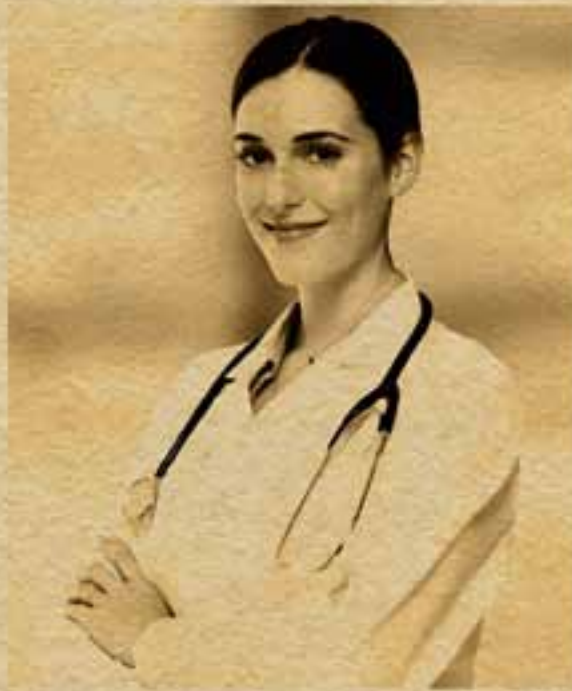


DGUV Forum

WANTED



**Ärztinnen und
Ärzte im Betrieb**

Aus der Forschung –
Sanfter Bodycheck vom Kollegen Roboter

„Kein Systemwechsel durch Freihandelsabkommen“ –
Interview mit Dr. Joachim Breuer

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Arbeit gehört zu jedem Leben dazu. Arbeit entwickelt und verändert sich beständig. Gerade hat Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles ihr Grünbuch „Arbeiten 4.0“ vorgestellt. Sie will damit eine breite Diskussion anregen, wie wir in Zukunft arbeiten wollen und welche Gestaltungschancen es gibt. Arbeit ist ein spannendes Thema – sollte man meinen.

Aber es gibt auch Gruppen, in denen das Interesse für die Arbeitswelt zurückgeht. Der Arbeitsmedizin – einer wichtigen Säule des Arbeitsschutzes – fehlt der Nachwuchs. Nach einer Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) müsste es statt der gegenwärtig gut 200 Neuanerkenntnisse von Ärztinnen und Ärzten mit arbeits-



Foto: DGUV/Stephan Floss Fotografie

„Es gibt auch Gruppen, in denen das Interesse für die Arbeitswelt zurückgeht. Der Arbeitsmedizin – einer wichtigen Säule des Arbeitsschutzes – fehlt der Nachwuchs.“

medizinischer Fachkunde pro Jahr gut 600 Anerkennungen geben, um in den kommenden zehn Jahren den Betreuungsbedarf auch nur annähernd zu decken. Und dabei nimmt der Bedarf nach jetziger Einschätzung nicht ab, eher wächst er noch. Nach dem Entwurf für ein Präventionsgesetz erhalten Betriebsärztinnen und Betriebsärzte umfangreiche neue Tätigkeiten. Das würde die verfügbaren Kapazitäten für die DGUV Vorschrift 2 nochmals verringern.

Offenbar erscheint den Studierenden die Arbeitsmedizin nicht attraktiv genug. Vielleicht können sie sich auch nichts Konkretes darunter vorstellen oder verbinden damit keine positiven Herausforderungen? Aber Spekulationen helfen nicht weiter. Unfallkassen und Berufsgenossenschaften haben das Problem erkannt, die Fachleute haben es im sogenannten „Hennefer Kreis“ diskutiert und versuchen, ihm jetzt auf verschiedenen Ebenen zu begegnen.

In Schleswig-Holstein wurde eine Stiftungsprofessur finanziert, an der Unfallklinik in Bochum bestehen großzügige Weiterbildungsmöglichkeiten, auch beteiligt sich die Unfallversicherung an einem „Aktionsbündnis Arbeitsmedizin“. Gleichzeitig gibt es Überlegungen, die Betreuung insbesondere kleiner Betriebe durch Kompetenzzentren auszuweiten und neue Modelle von Delegation und Kooperation auszuprobieren.

Werden wir einen Trend umdrehen können? Sicher ist das nicht, aber einige Weichen in die andere Richtung sind gestellt.

Mit den besten Grüßen

Ihr



Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ››› 2–3

› Aktuelles ››› 4–9

› Titelthema ››› 10–27

Zukunft der betriebsärztlichen Betreuung	
Ärztinnen und Ärzte im Betrieb – Phänomen mit Seltenheitswert?	10
<i>Walter Eichendorf, Frank Bell</i>	

Zweimal über den Zaun geschaut	
ASA-System	
Betriebsärztliche Betreuung in der Schweiz	12
<i>Claudia Pletscher</i>	
AUVAsicher	
Betriebsärztliche Betreuung in Österreich	14
<i>Peter Vavken, Barbara Libowitzky</i>	

Was tun, wenn der Nachwuchs fehlt?	
BAuA-Studie	
Zahlen, Daten, Fakten	18
<i>Thomas Remé</i>	

Aktionsbündnis Arbeitsmedizin	
Gemeinsam für den Nachwuchs engagieren	19
<i>Stephan Brandenburg</i>	

Hennefer Kreis	
Integration weiterer Professionen	20
<i>Torsten Kunz</i>	

DGUV Vorschrift 2	
Optimierung der Kleinbetriebsbetreuung	21
<i>Isabel Dienstbühl</i>	

Wir sitzen alle in einem Boot	
Lösungsvorschläge des VDBW	
„Unfallversicherungsträger sind gefordert“	24
<i>Wolfgang Panter</i>	

Lösungsvorschläge des VDSI	
„Verschlankte Ausbildung als Alternative“	25
<i>Michael Kloth</i>	

Lösungsvorschläge des PASiG	
„Arbeitsschutz als interdisziplinäre Gemeinschaftsaufgabe“	26
<i>Rüdiger Trimpop</i>	

Lösungsvorschläge der BDA	
„Betriebsärztemangel: Handeln dringend erforderlich!“	27
<i>Saskia Osing</i>	

› Unfallversicherung ››› 28–31

Interview	
„Freihandelsabkommen dürfen keinen Systemwechsel erzwingen“	28
<i>Gespräch mit Dr. Joachim Breuer</i>	



10



34

Teil 4 der Artikelserie für eine effektive Verwaltungssteuerung	
Kennzahlen in einem integrierten Controllingsystem	30
<i>Gabriele Sparing, Michael Schwanz</i>	

› Prävention ››› 32–36

Aus der Forschung	
Sanfter Bodycheck vom Kollegen Roboter	32
<i>Joachim Herrmann, Hans-Jürgen Ottersbach, Matthias Umbreit</i>	

Interview	
Warum schwer, wenn's leichter geht?	34
<i>Gespräch mit Arnd Spahn</i>	

› Aus der Rechtsprechung ››› 37

› Medien/Impressum ››› 38

125 Jahre Bergmannsheil: Die älteste Unfallklinik der Welt blickt nach vorn

Vor 125 Jahren wurde das Bergmannsheil in Bochum als erste Unfallklinik der Welt eröffnet. „Die Klinik war schon immer ein Schrittmacher des medizinischen Fortschritts“, sagte Johannes Schmitz, Geschäftsführer des Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikums, anlässlich der Jubiläumsfeier Mitte März. Dabei sehe sich das Haus nach wie vor seinem besonderen berufsgenossenschaftlichen Behandlungsauftrag verpflichtet.

Ehrengast war Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Das Bergmannsheil verkörpere wie keine andere Klinik Tradition und Moderne. Von der ersten reinen Unfallklinik der Welt bis zum modernen überregionalen Traumazentrum sei eine zielgerichtete Entwicklung zu erkennen, die jeden, der daran mitgewirkt habe, mit Stolz erfüllen müsse, sagte der Minister. „Heute leistet das Berufsgenossenschaftliche Universitätsklinikum einen wichtigen Beitrag für die gute Versorgung von Patientinnen und Patienten. Sie müssen sich überall in Deutschland

auf hochwertige Krankenhäuser verlassen können. Mit der geplanten Krankenhausreform ergreifen wir jetzt die nötigen Schritte“, betonte der Minister. Qualitativ hochwertige Behandlung verlange eine faire Vergütung für die erbrachte Leistung. Deshalb müsse es dafür auch Vergütungszuschläge geben.

DGUV-Hauptgeschäftsführer Dr. Joachim Breuer unterstrich das besondere Selbstverständnis des Bergmannsheil als Kopfklinik und Nummer eins unter den berufsgenossenschaftlichen Klinikeinrichtungen. Schon bei der Gründung habe man den Anspruch gehabt, nach dem neuesten Stand nicht nur zu pflegen, sondern auch zu rehabilitieren. Dies gelte unverändert bis zum heutigen Tag. Dem Haus und denen, die es zu dem machen, was es ist, könne man nur weitere 125 erfolgreiche Jahre des Bestehens wünschen.

Bochums Oberbürgermeisterin Dr. Ottilie Scholz kennzeichnete das Bergmannsheil als ein herausragendes Beispiel für den Strukturwandel in der Region. Scholz

verwies auf das neue Zentrum für Neurorobotisches Bewegungstraining am Bergmannsheil. Die deutsch-japanische Kooperation eröffnete bewegungseingeschränkten Patientinnen und Patienten mit Roboterhilfe neue Chancen auf eine Wiedergewinnung ihrer Mobilität.

Das Bergmannsheil wurde gegründet, um verunglückte Bergleute zu behandeln. Als erste spezialisierte Unfallklinik der Welt leistete das Haus Wegweisendes auf den Gebieten der Unfallchirurgie und der Rehabilitation. 1977 wurde es Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum. Kontinuierlich erweiterte es sein medizinisches und wissenschaftliches Spektrum, zuletzt mit der Abteilung für „BG Neurochirurgie und Neurotraumatologie“. Seit 2007 ist das Bergmannsheil eine GmbH, Hauptanteilseignerin ist die BG RCI. Als Akutklinik der Maximalversorgung verfügt es heute über insgesamt 652 Betten und versorgt mehr als 80.000 Patientinnen und Patienten pro Jahr stationär und ambulant.



Moderiert von Gudrun Loeb diskutierten Dr. Joachim Breuer (DGUV), Bundesminister Hermann Gröhe und Prof. Dr. Thomas A. Schildhauer, Ärztlicher Direktor des Bergmannsheil, die Zukunft der Krankenhauslandschaft (von links).

BGHM erhält Deutschen Compliance Preis 2015

Die Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM) wurde am 23. März 2015 im Rahmen der Deutschen Compliance Konferenz in Berlin mit dem Deutschen Compliance Preis 2015 ausgezeichnet. Der Preis wurde in diesem Jahr zum zweiten Mal vergeben. Die Preisträgerinnen und Preisträger sollten für ihre Vorbildfunktion und für den Nachweis gewürdigt werden, dass die Einhaltung aller Rechts- und Compliance-Pflichten ihres Unternehmens möglich, machbar und insbesondere zukunfts-

weisend ist. In ihrer Laudatio betonte Frau Dr. Matusche-Beckmann die Vorreiterrolle der BGHM im öffentlichen Dienst: „Die Berufsgenossenschaft Holz und Metall zeigt, dass eine funktionierende Compliance-Organisation auch in der öffentlichen Verwaltung etabliert werden kann. Compliance-Kultur wird bei der BGHM gelebt. Neben der Einhaltung von Recht und Gesetz werden auch Fairness, Integrität und Nachhaltigkeit als Bestandteile des Compliance-Verständnisses angeführt.

Dieses Gesamtpaket erscheint absolut preiswürdig.“ Die BGHM freut sich sehr über diese Auszeichnung und die Umsetzung weiterer Compliance-Vorhaben in den kommenden Jahren, denn sie hat als Treuhänderin für 2,3 Milliarden Euro, die ihre Mitgliedsunternehmen ihr jährlich anvertrauen, eine besondere Rolle. „Transparenz und Regeltreue sind in diesem Verhältnis unverzichtbar“, hebt Roland Trocha, Leiter der Stabsstelle Steuerung und Integrität der BGHM, hervor.

►
Preisverleihung (von links nach rechts): Sönke Reimers (Geschäftsführer des Deutschen Fachverbandes), Prof. Dr. Annemarie Matusche-Beckmann (stellvertretende Richterin am Verfassungsgerichtshof des Saarlandes), Roland Trocha (Leiter der Stabsstelle Steuerung und Integrität der BGHM), Melanie Albrecht (Mitarbeiterin der Stabsstelle Steuerung und Integrität der BGHM), Armin Fladung (Ressortleiter Arbeitsrecht)



Foto: BGHM

Jetzt Fachbeiträge zu BGW-Kongressen 2016 anmelden

Wer vor Ort die Gesundheitsversorgung von Patientinnen und Patienten sichert oder Hilfsleistungen bietet, wird auch mit eigenen gesundheitlichen Herausforderungen konfrontiert. Tipps und Tricks für einen sicheren und gesunden Arbeitsalltag von Selbstständigen und Beschäftigten in ambulanten medizinischen Einrichtungen vermitteln regionale Veranstaltungen der Reihe „BGW Forum“ im Jahr 2016. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ruft jetzt dazu auf, Fachbeiträge zu den vier Kongressen einzureichen.

Gesucht werden praxisorientierte Vorträge und Workshops, die zeigen, wie moderne Lösungen für Arbeitssicherheit und Ge-

sundheitsschutz aussehen können. Angesprochen sind insbesondere human-, tier- und zahnmedizinische Praxen, Apotheken, Labore und Dialyseeinrichtungen, psychotherapeutische Praxen sowie Hebammen und Entbindungspfleger. Die eingereichten Fachbeiträge sollen bei allen vier Veranstaltungen platziert werden, da diese das gleiche Programm haben.

Im Mittelpunkt steht der Gesundheitsschutz im Beruf. Dabei geht es unter anderem um folgende Fragestellungen: Wie lassen sich psychische und körperliche Belastungen reduzieren? Was ist in Sachen Hygiene und Infektionsschutz zu beachten? Wie kann die Gesundheit der Beschäftigten nachhaltig gefördert werden?

- ! Weitere Informationen unter:
www.bgwforum.de
 Meldeschluss ist der 31. Mai 2015.

Malu Dreyer eröffnet Fotoausstellung „Zurück im Leben“

Menschen, die nach einem schweren Arbeits- oder Schulunfall wieder zurück ins Leben gefunden haben, stehen im Mittelpunkt der Fotoausstellung „Zurück im Leben“. Mitte April eröffnete die Ministerpräsidentin Malu Dreyer die Ausstellung in der Sparkasse Vorderpfalz in Ludwigshafen. Auf Initiative der Unfallkasse Rheinland-Pfalz porträtierte der Fotograf Michael Hagedorn Versicherte der Unfallkasse während und nach der Rehabilitationsphase im Alltag. Malu Dreyer ist Schirmherrin der Wanderausstellung.

„Ich danke den Menschen, die bereit waren, einen Blick in ihre Privatsphäre zu gewähren, und durch ihre Offenheit anderen Mut machen. Diese aussagestarken Fotos strahlen Lebensfreude und Energie aus und haben trotz ihres tragischen Hintergrundes eine positive Botschaft. Sie zeigen Normalität und Selbstständigkeit“, erklärte Ministerpräsidentin Malu Dreyer, die der Unfallkasse Rheinland-Pfalz und ihrer Geschäftsführerin Beate Eggert für die Idee zu dieser Ausstellung und für deren Umsetzung dankte. „Sie

lenken den Blick der Öffentlichkeit auf Frauen und Männer, die sich dank großer Energie und Motivation wieder mitten im Leben bewegen. Zugleich sensibilisieren sie alle gemeinsam für Rehabilitation und Inklusion.“

Eindrucksvoll erzählen die Fotos des Hamburger Fotografen Michael Hagedorn aus dem Alltag der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie von der engen Zusammenarbeit mit dem Fachpersonal aus Therapie, Medizin und Rehabilitation.



Beim Rundgang durch die Ausstellung (von rechts): Ministerpräsidentin Malu Dreyer, Dr. Rüdiger Linnebank (Vorstandsvorsitzender der Sparkasse Vorderpfalz), Beate Eggert (Geschäftsführerin der Unfallkasse Rheinland-Pfalz) und Beate Läsch-Weber (Präsidentin des Sparkassenverbandes Rheinland-Pfalz)

Erste Hilfe: Grundausbildung seit dem 1. April nur noch eintägig

Seit dem 1. April ist die Erste-Hilfe-Aus- und -Fortbildung kompakter und praxisnäher. Bislang umfasste die Grundschulung 16 Unterrichtseinheiten, künftig werden es nur noch neun Unterrichtseinheiten sein. Gleichzeitig wird der Umfang der regelmäßigen erforderlichen Fortbildungen der Ersthelferinnen und Ersthelfer von acht auf neun Unterrichtseinheiten ausgeweitet. Hintergrund dieser Veränderungen sind Studien, die zeigen,

dass die bisherige zweitägige Grundausbildung zu theoretisch und nicht nachhaltig genug war. Viele Inhalte wurden wieder vergessen. Insbesondere in der Grundausbildung habe die Fülle der Informationen die Teilnehmenden überfordert.

Entwickelt wurde das neue Konzept der Erste-Hilfe-Kurse von der gesetzlichen Unfallversicherung und der Bundesarbeitsgemeinschaft Erste Hilfe. Die Revision be-

trifft nicht nur die Erste Hilfe im Betrieb, sondern zum Beispiel auch die Erste-Hilfe-Ausbildung beim Erwerb des Führerscheins. Die notwendige Änderung der Fahrerlaubnis-Verordnung soll in den nächsten Monaten erfolgen.



Weitere Informationen unter:
www.dguv.de/fb-ersthilfe

Gewalt und Mobbing am Arbeitsplatz

Gewalt und Mobbing wirken sich negativ auf die Gesundheit von Beschäftigten aus. Zu diesem Ergebnis kommt eine im Februar veröffentlichte Untersuchung der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Eurofound). Betroffene fühlen sich in ihrer Arbeit verunsichert, fehlen häufiger und können arbeitsunfähig werden. Die Untersuchung zeigt auch: Je höher die Arbeitsintensität, die Arbeitsplatzunsicherheit und die psychische sowie physische Belastung, desto wahrscheinlicher werden Übergriffe oder Mobbing am Arbeitsplatz. Einige Länder in Europa, darunter vor allem die nordeuropäischen wie Skandinavien, haben bereits eine Reihe von Richtlinien etabliert, um Gewalttaten und Mobbing vorzubeugen. Vor allem aber das Bewusstsein für das Thema und der Grad der Einbeziehung der Sozialpartner trügen dazu bei, dass Richtlinien zur Bekämpfung von Gewalt und Mobbing am Arbeitsplatz wirksam umgesetzt würden, so der Report.



Foto: Endostock / Fotolia

Laut Eurofound ist die physische Gewalt rückläufig, während andere Formen eines negativen Sozialverhaltens weiterhin bestehen.

Fortbildungsangebote für mehr Sicherheit im Straßenverkehr nur wenig genutzt

Ohne Pkw im Alter mobil bleiben? Für langjährige und erfahrene Autofahrerinnen und Autofahrer ist das unvorstellbar. Denn der eigene Wagen bedeutet für die meisten ein Stück Lebensqualität. Wer auch im höheren Lebensalter entspannt und unfallfrei mit dem Pkw unterwegs sein will, sollte sein Wissen in einer Fortbildung auffrischen und seine Fahrerfahrung hinsichtlich neuer Anforderungen hinterfragen. Die Teilnahme an Fortbildungsangeboten betrachten laut einer repräsentativen forsa-Umfrage im Auftrag des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR) mehr als ein Drittel der Autofahrerinnen und Autofahrer (38 Prozent) als notwendig. Bei den über 60-Jährigen sind sogar 42 Prozent dieser Ansicht.

Denn auch im Alter gilt: Übung macht den Meister. Mit zunehmendem Alter setzen sich viele jedoch immer seltener hinter Steuer. Zum Beispiel, weil die tägliche Strecke zur Arbeit entfällt. Dazu können Beeinträchtigungen wie eine einge-

schränkte Beweglichkeit das Fahren erschweren. Trotzdem haben 77 Prozent der Befragten noch kein Fahrsicherheitstraining oder -seminar absolviert, um ihre Fahrtüchtigkeit zu verbessern. Bei den über 60-Jährigen sind sogar 79 Prozent zurückhaltend beim Thema Fortbildung.

Profis können weiterhelfen, wenn Autofahrerinnen oder Autofahrer nicht mehr entspannt im Straßenverkehr unterwegs sind. So kann eine Fahrt mit einem Fahrlehrer oder einer Fahrlehrerin beispielsweise hilfreiche Rückmeldungen für noch sichereres Fahren geben.

Kay Schulte vom DVR rät auch zur Teilnahme an einem speziellen Sicherheitstraining (SHT), das auf die Bedürfnisse und Wünsche Älterer abgestimmt ist – wie zum Beispiel das DVR-Programm „SHT sicher mobil“. „Personen, die schon viele Jahre Fahrerfahrung aufweisen, erproben zielgerichtet, wie sie trotz möglicher Einschränkungen anstehende Fahraufgaben

auch zukünftig sicher, entspannt und souverän meistern.“



Weitere Informationen unter:
www.senioren-im-verkehr.de

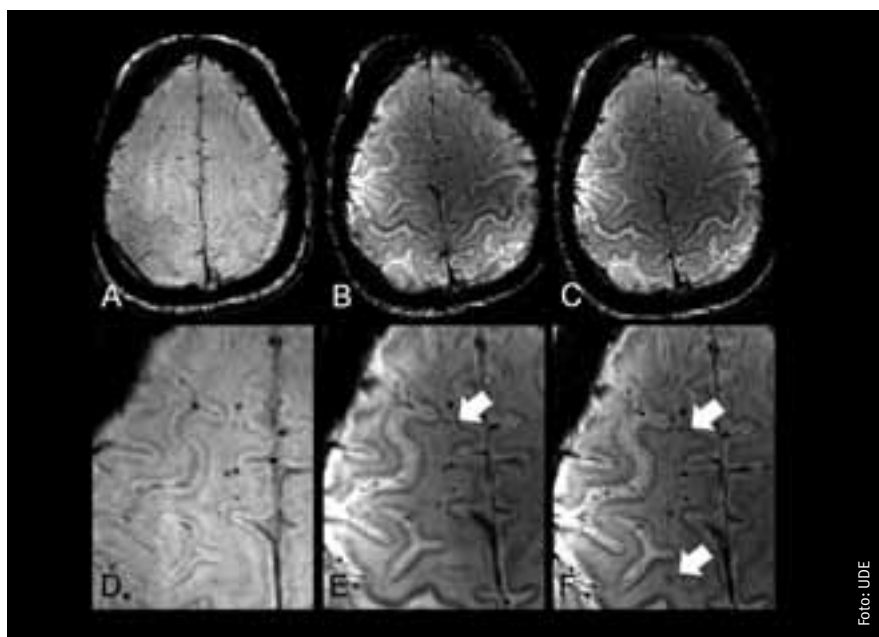
Bessere Diagnose schwerer Traumata

Oft sind es Autounfälle, bei denen der Kopf durch abruptes Bremsen verletzt wird: Schädel-Hirn-Traumata erleiden rund 270.000 Menschen pro Jahr. Bei etwa einem Drittel dieser Hochrasanz-Traumata lassen sich die schweren Hirnverletzungen jedoch bislang nicht nachweisen. An der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen (UDE) am Universitätsklinikum Essen (UK Essen) wurde nun erstmals der diagnostische Einsatz eines 7 Tesla Magnetresonanztomographen (MRT) untersucht.

„Bei Verdacht auf ein Schädel-Hirn-Trauma setzt man unter anderem auf radiologische Untersuchungen, in der Regel auf die Magnetresonanztomographie“, erläutert Prof. Dr. Michael Forsting, Direktor des Institutes für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Neuroradiologie am UK Essen. Ein neuer Ansatz gibt nun Hoffnung auf Klarheit. In einer Pilot-Studie am UK Essen konnten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Medizinischen Fakultät die Identifikation traumatischer Mikroblu-

tungen im Gehirn entscheidend verbessern. Sie verglichen dabei die Bilder der üblichen 3 Tesla Hochfeld-MRT mit der mehr als doppelt so starken 7 Tesla Ultrahochfeld-MRT.

Untersucht wurden zehn Probanden mit Schädel-Hirn-Traumata im Alter von 20 bis 74 Jahren. Die 7 T MRT stellte bei den Betroffenen signifikant mehr traumatische Mikroblutungen in der Hirnsubstanz dar als vergleichbare 3 Tesla-Aufnahmen. Dies führen die Forschenden darauf zurück, dass der sogenannte Suszeptibilitätseffekt der Blutabbauprodukte, also ihre Magnetisierbarkeit, mit steigender Magnetfeldstärke zunimmt. Zudem erlaubt die 7 T MRT Aufnahme des Gehirns eine höhere räumliche Auflösung als es mit klinisch gebräuchlichen MRT-Scannern von 1,5 T und 3 T Magnetfeldstärke möglich ist.



Als typisches radiologisches Kennzeichen für axonale Scherverletzungen sind die Mikroblutungen als kettenartig angeordnete Signalauslöschungen im frontalen Hirngewebe erkennbar. Sie erscheinen bei 7T (mittleres Bild) größer als bei 3T (linkes Bild), und nach Erhöhung der räumlichen Auflösung (high resolution) werden bei 7T zusätzliche Mikroblutungen sichtbar (rechtes Bild, Pfeile).

Zentrale Expositionsdatenbank ist online

Betriebe müssen genau erfassen und belegen, wann Beschäftigte während ihrer Arbeit Gefahrstoffen ausgesetzt sind. Die neue Zentrale Expositionsdatenbank (ZED) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) hilft dabei, diese gesetzliche Pflicht mit wenig Aufwand zu erfüllen.

Unternehmen sind laut Arbeitsschutzgesetz verpflichtet, Gefährdungen am Arbeitsplatz zu beurteilen und Schutzmaßnahmen zu ergreifen. Die Gefahrstoffverordnung präzisiert diese Pflicht für giftige, krankmachende oder explosive Substanzen. Dies betrifft auch krebserzeugende und erbgutverändernde Stoffe wie Dieselmotorabgase in Kfz-Werkstätten, Hartholzstäube in Schreinereien oder Benzol in der

Kunst- und Farbstoffindustrie. Laut Verordnung müssen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber die entsprechenden Belastungen ermitteln, Schutzmaßnahmen ergreifen sowie die Belastungen dokumentieren. Die Daten sind 40 Jahre aufzubewahren.

Die Zentrale Expositionsdatenbank der DGUV ist ein kostenfreies Angebot, in dem sich diese Daten erfassen und sicher speichern lassen. „Vor allem für kleine und mittlere Unternehmen reduziert sich damit der Aufwand, denn die ZED liefert ihnen fertige Strukturen, in denen sie ihre betriebseigenen Daten einfach und dauerhaft ablegen können“, sagt Dr. Roger Stamm, ZED-Projektleiter in der DGUV. „So sind Daten zukünftig auch dann noch

verfügbar, wenn zum Beispiel ein Betrieb gar nicht mehr existiert.“ Die DGUV verwaltet die übermittelten Daten treuhänderisch und übernimmt damit für das Unternehmen die Archivierungspflicht und auch die Aushändigungspflicht an Beschäftigte bei Ausscheiden. Die Teilnahme ist für alle Unternehmen freiwillig und kann jederzeit beendet werden. Die ZED wird vom Institut für Arbeitsschutz (IFA) der DGUV betrieben.

Die Datenbank kann unter <https://zed.dguv.de> aufgerufen werden.

Wissenschaftspreis für „Wismut-Studie“

Mit der Wiedervereinigung übernahm die gesetzliche Unfallversicherung die Verantwortung für die Betreuung und Entschädigung der Bergarbeiter aus dem Uranerzbergbau der ehemaligen „Sowjetisch-Deutschen Aktiengesellschaft (SDAG) Wismut“. Für sie wurde auch ein eigenes Betreuungsprogramm mit regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen geschaffen.

Von der Unfallversicherung in den 1990er Jahren erhobene Daten der SDAG Wismut fanden Eingang in die sogenannte Wismut-Studie, die das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) zu den gesundheitlichen Folgen der Beschäftigung im Uranerzbergbau durchführt. Jetzt erhielten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler vom BfS und von der Unfallversicherung den „Best Paper Award“ 2015 für den besten wissenschaftlichen Beitrag der Fachzeitschrift „ASU – Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin“. Die Jury würdigte unter anderem „die Bedeutung für die Fachwelt“ und die „Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse“.

Die „Wismut-Studie“ ist weltweit die größte Untersuchung zu Strahlen- und Staubbelastungen im Uranbergbau. Sie basiert auf den Daten von rund 60.000

im Bergbau arbeitenden Menschen und erstreckt sich über einen Zeitraum von 1946 bis heute. Die große und gut überprüfte Datenmenge ermöglicht weitreichende Erkenntnisse über die gesundheitlichen Folgen einer Strahlen- und Staubbelastung sowie deren Zusammenwirken.

Wichtig sind diese Erkenntnisse vor allem für den beruflichen Strahlenschutz. Für Berufsgenossenschaften und Unfallkassen bilden sie eine der Grundlagen in den Verfahren zur Anerkennung von Berufskrankheiten wie Lungenkrebs oder Silikose. Anhand der Studie lässt sich heute ein differenzierteres und mit Zahlen untermauertes Bild der strahlen- und staubbedingten Erkrankungen im Uranbergbau zeichnen.



Weitere Informationen unter:
www.bfs.de/de/bfs/forschung/projekte/wismut

Zahl des Monats: 2,70 €

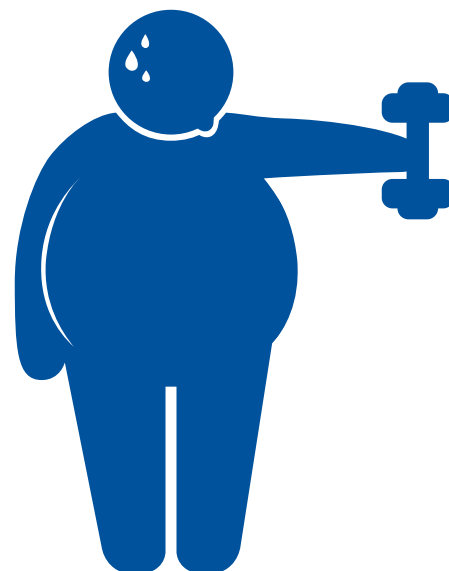
2,70 Euro können mit jedem investierten Euro in die betriebliche Gesundheitsförderung durch reduzierte Fehlzeiten eingespart werden. Das geht aus dem neuen Report der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) hervor. Auf Basis von rund 2.400 Studien zeigt der Report auch: Die krankheitsbedingten Fehlzeiten sinken durch Investitionen in die betriebliche Prävention um durchschnittlich ein Viertel. Auch die Beschäftigten profitieren. Ein Großteil der Studien belegt eine Verbesserung ihrer körperlichen beziehungsweise psychischen Verfassung.

Häufig ist der Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung besonders hoch, wenn Programme verschiedene Maßnah-

men berücksichtigen: etwa wenn sie Betroffene darin unterstützen, ihr Verhalten zu verändern und/oder ein gesundheitsförderndes Umfeld zu schaffen. Besonders deutlich wird dies bei der Prävention psychischer Erkrankungen, aber auch bei Programmen der Bewegungsförderung, der Gewichtsreduktion oder der Nikotinentwöhnung.



Den Report „Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention“ findet man unter:
www.iga-info.de >
Veröffentlichungen >
iga-Reporte > iga-Report 28



Zukunft der betriebsärztlichen Betreuung

Ärztinnen und Ärzte im Betrieb – Phänomen mit Seltenheitswert?

Der Mangel an Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern droht sich weiter zu verschärfen. Darum sind Konzepte erforderlich, wie die betriebsärztliche Betreuung auch künftig sichergestellt werden kann.

Trotz der aktuell steigenden Zahl junger Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sieht die DGUV ein kritisches Risiko für die betriebsärztliche Versorgung in Deutschland, da auch nach Zahlen des Jahres 2013 58 Prozent der ohnehin nur 12.430 Betriebsärztinnen und Betriebsärzte auf die

„Laut der BAuA-Studie müssten statt der gegenwärtig gut 200 über 600 Neuanerkenntnisse pro Jahr von Ärztinnen und Ärzten mit arbeitsmedizinischer Fachkunde erfolgen.“

Altersgruppe über 60 entfielen – und sogar 43 Prozent auf die über 65. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hat angesichts dieser schwierigen Situation eine Studie zum Thema „Arbeitsmedizinischer Betreuungsbedarf in Deutschland“ (Projekt F 2326) erstellt. Für das Jahr 2011 wurde eine deutliche Lücke zwischen der Nachfrage und dem Angebot von betriebsärztlichen Leistungen festgestellt und eine Verschärfung des Problems für die Zukunft prognostiziert. Laut der BAuA-Studie müssten statt der gegenwärtig gut 200 über 600 Neuanerkenntnisse pro Jahr

von Ärztinnen und Ärzten mit arbeitsmedizinischer Fachkunde erfolgen, um innerhalb von zehn Jahren die bestehende Betreuungslücke zu schließen.

Hinzu kommt, dass nach dem Entwurf für ein Präventionsgesetz (Stand: Ende April 2015) Betriebsärztinnen und Betriebsärzte drei umfangreiche neue Tätigkeiten (zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung) erhalten würden, nämlich die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen, die zwingende Beteiligung an Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung und die Durchführung von allgemeinen Schutzimpfungen. Dies würde die für die DGUV Vorschrift 2 verfügbaren Kapazitäten nochmals verringern. Um die Betreuungslücke zu schließen, sind konzertierte Anstrengungen aller Stakeholder zur Nachwuchssicherung sowie neue Wege kooperativer, effizienter Leistungserbringung notwendig.

Im Jahr 2013 haben Geschäftsführerkonferenz und Präventionsleiterkonferenz der DGUV den Hennefer Kreis (ein Gremium aus Geschäftsführerinnen, Geschäftsführern und Leitungskräften der Prävention für Grundsatzfragen der Prävention) mit einer Analyse der Situation und der Entwicklung darauf abgestimmter Lösungsvorschläge beauftragt. Wichtige Ergebnis-

se des Hennefer Kreises wurden im (internen) Dresdner Forum 2015 „Ärzte im Betrieb – Phänomen mit Seltenheitswert?“ den rund 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus der gesetzlichen Unfallversicherung vorgestellt.

Die Situation der Sicherheitsfachkräfte wurde aus zwei Gründen nicht betrachtet: Nach dem letzten von der Bundesregierung veröffentlichten SuGA-Bericht waren 2013 direkt in den Betrieben 75.623 Fachkräfte beschäftigt, die von 621.262 Sicherheitsbeauftragten unterstützt werden. Hinzu kommt eine erhebliche Anzahl von freiberuflichen Sicherheitsfachkräften und denen in überbetrieblichen Diensten. Der zweite Grund ist, dass es inzwischen gelungen ist, die Fachkraftausbildung in diverse Masterstudiengänge zu integrieren, sodass die frühere ausschließliche Fokussierung auf Ingenieurstudiengänge entfallen ist und jetzt ein größeres Nachwuchspotenzial vorhanden ist, das – im Vergleich zu Betriebsärztinnen und Betriebsärzten – auch relativ kurzfristig zur Verfügung steht.

1. Aus- und Weiterbildung

Die DGUV hat begonnen, in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) und dem Verband Deutscher

Autoren



Foto: DGUV

Dr. Walter Eichendorf

Stellvertretender Hauptgeschäftsführer der DGUV
E-Mail: walter.eichendorf@dguv.de



Foto: DGUV

Dr. Frank Bell

Abteilung Sicherheit und Gesundheit der DGUV
Referat „Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes“
E-Mail: frank.bell@dguv.de



Foto: DGUV

Der Ärztemangel in Deutschland führt auch in der Arbeitsmedizin zu Nachwuchsproblemen.

Betriebs- und Werksärzte (VDBW) stärker als früher die Ausbildung der Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner zu sichern. So haben die in Hamburg ansässigen Berufsgenossenschaften gemeinsam mit der Unfallkasse Nord in Lübeck eine Stiftungsprofessur Arbeitsmedizin finanziert, um weiterhin die Ausbildung in Schleswig-Holstein zu ermöglichen. Dies kann angesichts der Verpflichtung der Länder zur universitären Ausbildung aber nur eine absolute Ausnahme sein.

Parallel dazu wurden die Weiterbildungskapazitäten in Bochum und Dresden erhöht, damit für weiterbildungswillige junge Ärztinnen und Ärzte jederzeit Plätze verfügbar sind. Ebenso engagiert sich die DGUV in einem Aktionsbündnis für den arbeitsmedizinischen Nachwuchs zusammen mit der DGAUM.

2. Betreuung der Betriebe, insbesondere der Kleinbetriebe

Neben einer Verstärkung der alternativen Betreuung, des sogenannten Unternehmermodells, schlägt der Hennefer Kreis den Ausbau der betriebsärztlichen Versorgung durch mehr Delegation, Kooperation und Substitution durch andere Professionen vor, ebenso eine Verstärkung der Rolle des Assistenzpersonals. Ein wesentlicher Schwerpunkt wird darüber hinaus der Vorschlag sein, nach dem Modell der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel

und Gastgewerbe (BGN), der Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU), der Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft (BG Verkehr) sowie der Kommunalen Unfallversicherung Bayern (KUVB) flächendeckend bei allen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen den automatisierten Anschluss der Kleinbetriebe (mit Befreiungsmöglichkeit) umzusetzen und hierfür auch gemeinsame Kompetenzzentren für die Betriebe mehrerer oder aller Unfallversicherungsträger einzurichten. Dadurch würde die Problematik der langen Wegezeiten im ländlichen Raum entfallen, da diese Zentren Betriebe aller Branchen einschließlich der öffentlichen Verwaltungen und Schulen betreuen würden.

Details wie die Frage der Umlagefinanzierung könnten dennoch von jedem Unfallversicherungsträger individuell geregelt werden. Auch die Grenze (10 bis 50 Beschäftigte) für die von den Kompetenzzentren erfassten Betriebe kann individuell festgelegt werden.

3. Internationale Erfahrungen

Nicht zuletzt lohnt sich auch ein Blick über den Zaun. Dies wurde im Dresdner Forum Prävention 2015 gleich zweimal gemacht. Nach einer EU-weiten Analyse der vorhandenen Betreuungsmodelle wurde die betriebsärztliche Betreuung in der Schweiz und in Österreich von den

dortigen Institutionen vorgestellt. Insbesondere die Erfahrungen aus Österreich können sicherlich für die Optimierung

„Der Hennefer Kreis schlägt den Ausbau der betriebsärztlichen Versorgung durch mehr Delegation, Kooperation und Substitution durch andere Professionen vor.“

des deutschen Systems genutzt werden, ebenso Details des Schweizer Modells.

4. Ausblick

Im nächsten Schritt werden nicht nur die hier vorliegenden Artikel, sondern alle Materialien des Hennefer Kreises den relevanten Stakeholdern zur Verfügung gestellt – zum Beispiel Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Bundesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM), Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW), Bundesverband selbstständiger Arbeitsmediziner und freiberuflicher Betriebsärzte (BsAfb), Verband für Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit (VDSI). So lässt sich eine breite Diskussion sicherstellen, bevor es zu Entscheidungen in der gesetzlichen Unfallversicherung kommt. ●

ASA-System

Betriebsärztliche Betreuung in der Schweiz

In der von der eidgenössischen Koordinationskommission herausgegebenen ASA-Richtlinie ist geregelt, wann Spezialistinnen und Spezialisten der Arbeitssicherheit von Betrieben beigezogen werden müssen.

Einleitung

Die Arbeitsmedizin in der Schweiz ist seit je nicht in allen Gebieten des Landes gut vertreten. Entsprechend der Verteilung der Industrie gibt es sie im Bereich der Nordwestschweiz und im Mittelland häufig, kaum aber in den Randregionen. Es gibt erst seit dem Jahre 2000 einen eigenen Facharzttitel für Arbeitsmedizin. Vorher war dies eine Zusatzbezeichnung zu einem anderen Facharzttitel. Es gibt heute in der Schweiz rund 200 arbeitsmedizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte. Wegen ihrer schon immer geringen Zahl wurden Aufgaben im Bereich des Gesundheitsschutzes bereits früher von Ärztinnen und Ärzten mit Ausbildung Allgemeine Innere Medizin vor Ort übernommen.

„Wenn in einem Betrieb bestimmte Risiken vorhanden sind und er das notwendige Fachwissen nicht hat, muss er eine Spezialistin oder einen Spezialisten der Arbeitssicherheit beziehen.“

fig, kaum aber in den Randregionen. Es gibt erst seit dem Jahre 2000 einen eigenen Facharzttitel für Arbeitsmedizin. Vorher war dies eine Zusatzbezeichnung zu einem anderen Facharzttitel. Es gibt heute in der Schweiz rund 200 arbeitsmedizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte. Wegen ihrer schon immer geringen Zahl wurden Aufgaben im Bereich des Gesundheitsschutzes bereits früher von Ärztinnen und Ärzten mit Ausbildung Allgemeine Innere Medizin vor Ort übernommen.

Gesetzliche Grundlagen

Der Gesundheitsschutz in der Schweiz ist in verschiedenen Gesetzen und Verordnungen geregelt. Ein Blick darauf hilft, das Schweizer System zu verstehen.

Es sind folgende Gesetze, in denen hauptsächlich die Aspekte des betrieblichen Gesundheitsschutzes behandelt werden:

- Unfallversicherungsgesetz (UVG)
- Verordnung zur Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (VUV)
- Arbeitsgesetz (ArG)

Das Unfallversicherungsgesetz enthält die Vorschriften zur Arbeitssicherheit und damit zur Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten. Die Verordnung zur Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten regelt die Rechte und Pflichten der Arbeitgeberinnen, Arbeitgeber und Beschäftigten. Darin sind auch die Aufgaben der Spezialistinnen und Spezialisten der Arbeitssicherheit, verschiedene Sicherheitsanforderungen, die Pflichten der Durchführungsorgane sowie der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) festgelegt. Die Durchführungsorgane beaufsichtigen die von Seiten der Betriebe getroffenen Maßnahmen im Bereich der Arbeitssicherheit.

In der Verordnung zur Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (VUV) sind insbesondere auch die konkreten Aufgaben der Schweizerischen Unfallversicherung (Suva) zur Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten, für die

arbeitsmedizinische Vorsorge und das Festlegen von Grenzwerten definiert. Die EKAS koordiniert Maßnahmen zur Berufs-unfallprävention der Durchführungsorgane (Suva, Staatssekretariat für Wirtschaft Seco, Kantone).

Im Arbeitsgesetz und seinen zugehörigen Verordnungen sind „weichere“ Faktoren wie Arbeitszeit, Jugendschutz, Mutterschutz, Nichtraucherenschutz, Ergonomie, Hygiene und Raumklima geregelt. Als Durchführungsorgane des Arbeitsgesetzes sind das Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco) und die kantonalen Arbeitsinspektorate zuständig.

ASA-System

In der von der eidgenössischen Koordinationskommission herausgegebenen EKAS-Richtlinie 6508 ist geregelt, wann Spezialistinnen und Spezialisten der Arbeitssicherheit von Betrieben beigezogen werden müssen. Man nennt diese Richtlinie

„Welche Berufsgruppen Spezialistinnen und Spezialisten der Arbeitssicherheit sind und welche Ausbildung sie dazu vorweisen müssen, ist in einer Eignungsverordnung definiert.“

deshalb auch ASA-Richtlinie. Hier ist festgelegt, bei welchen Risiken, die in einem Betrieb vorhanden sind, Spezialistinnen und Spezialisten der Arbeitssicherheit (Arbeitshygienikerinnen, Arbeitshygieniker, Arbeitsmedizinerinnen, Arbeitsmediziner) beigezogen werden müssen. Welche Berufsgruppen Spezialistinnen und Spezialisten der Arbeitssicherheit sind und welche Ausbildung sie dazu vorweisen müssen, ist in einer Eignungsverordnung definiert. Es sind Arbeitsärztinnen, Arbeitsärzte, Arbeitshygienikerinnen, Ar-

Autorin



Foto: Suva

Dr. med. Claudia Pletscher

Fachärztin für Arbeitsmedizin und Allgemeine Innere Medizin, Chefärztin und Leiterin Abteilung Arbeitsmedizin Schweizerische Unfallversicherung (Suva)
E-Mail: claudia.pletscher@suva.ch

beitshygieniker, Sicherheitsfachleute sowie Sicherheitsingenieurinnen und Sicherheitsingenieure, die als Spezialistinnen und Spezialisten der Arbeitssicherheit gelten. In der Schweiz ist die Arbeitshygiene traditionellerweise von der Arbeitsmedizin getrennt. Es sind in der Regel Ingenieurinnen, Ingenieure, Chemikerinnen, Chemiker, Physikerinnen und Physiker, die sich in Arbeitshygiene weiterbilden und dann als Arbeitshygienikerinnen oder Arbeitshygieniker tätig sind, sei es in der Industrie oder in einem der Durchführungsorgane. Es gibt aber auch in der Schweiz zu wenig Arbeitsärztinnen und Arbeitsärzte sowie Arbeitshygienikerinnen und Arbeitshygieniker.

„In der Schweiz ist die Arbeitshygiene traditionellerweise von der Arbeitsmedizin getrennt.“

Die Beizugspflicht ist von der Größe des Betriebs und den vorhandenen Risiken abhängig. Wenn in einem Betrieb bestimmte Risiken vorhanden sind und er das notwendige Fachwissen nicht hat, muss er eine Spezialistin oder einen Spezialisten der Arbeitssicherheit beiziehen. Dies gilt für Betriebe ab zehn Mitarbeitenden. Besondere Risiken sind besondere Arbeitsplatzverhältnisse, Brand- und Explosionsgefahr, chemische, biologische und physikalische Einwirkungen. Diese Risiken sind in einem Anhang zur EKAS-Richtlinie 6508 aufgeführt.

Anstelle des individuellen Beizugs kann die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber auch einen Anschluss an eine von der EKAS genehmigte Branchen-, Betriebsgruppen- oder Modelllösung wählen.

Dann erfolgt die Betreuung via diese übergeordnete Lösung. Es werden den Betrieben dann auch Ausbildungsmaterial,

Zugang zu den Spezialistinnen und Spezialisten der Arbeitssicherheit und anderen Dienstleistungen zur Verfügung gestellt. Dies ermöglicht auch Kleinbetrieben einen Zugang zu einer Arbeitsärztin oder einem Arbeitsarzt via Branche.

Arbeitsmedizinische Vorsorge

In der Schweiz ist die Suva für die Berufskrankheitenverhütung in allen Betrieben der Schweiz zuständig. Dabei wird die technische von der arbeitsmedizinischen Berufskrankheitenverhütung unterschieden. Die Abteilung Arbeitsmedizin der Suva ist zuständig für die arbeitsmedizinische Vorsorge und die Beurteilung der Eignung. Diese Vorsorge ist außerhalb der Beizugspflicht und wird jeweils zwischen Suva, Abteilung Arbeitsmedizin und Betrieb direkt geregelt. Die Suva kann einen Betrieb oder Betriebsteil oder einzelne Beschäftigte durch Verfügung den Vorschriften der arbeitsmedizinischen Vorsorge unterstellen. Die Untersuchungen im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge werden aber mehrheitlich nicht durch die Suva selbst, sondern durch von ihr beauftragte Ärztinnen und Ärzte (Arbeitsmedizinerinnen, Arbeitsmediziner, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte) durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden der Suva von den Ärztinnen und Ärzten zugestellt und es erfolgt die Beurteilung der Eignung ausschließlich durch die Arbeitsmedizin Suva.

Es ist in der Schweiz so, dass die meisten Arbeitsärztinnen und Arbeitsärzte nicht ausschließlich als solche tätig sind, sondern auch als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Die meisten verfügen neben dem Facharzt für Arbeitsmedizin noch über einen weiteren Facharztstitel. Dadurch kennt man sich in der Regel regional sehr gut und arbeitet auch gut zusammen. Die Arbeitsärztinnen und Arbeitsärzte sind meist auch Mitglieder der regionalen Ärztesellschaften. ●

„In der Schweiz ist die Suva für die Berufskrankheitenverhütung in allen Betrieben der Schweiz zuständig.“

AUVAsicher

Betriebsärztliche Betreuung in Österreich

Die AUVA bietet mit dem Präventionsmodell AUVAsicher Kleinbetrieben mit bis zu 50 Beschäftigten eine kostenlose arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung nach den Bestimmungen des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes (ASchG) an.

Der EU-Beitritt Österreichs im Jahre 1995 brachte auch im Bereich der Prävention einige Änderungen mit sich. So musste unter anderem die Rahmenrichtlinie vom 12. Juni 1989 über die „Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit“ in nationalem Recht verankert werden. Dies geschah durch das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, das am 1. Januar 1995 in Kraft trat. Dieses Gesetz sah vor, dass ab Juli 2000 alle Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber Österreichs für ihre Beschäftigten eine sicherheitstechnische wie auch arbeitsmedizinische Betreuung zur Verfügung zu stellen haben.

Dieser Verpflichtung können Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber dadurch nachkommen, dass sie eine Arbeitsmedizinerin oder einen Arbeitsmediziner mit den gesetzlich vorgesehenen Aufgaben betrauen, sei es durch Anstellung oder Invertragnahme. Um den besonderen Bedürfnissen der Klein- und Mittelbetriebe Rechnung zu tragen, wurde auch die Möglichkeit geschaffen, die arbeitsmedizinische Betreuung nach dem „Begehungsmodell“ durchzuführen. Das bedeutet, dass der Kleinbetrieb (bis 50 Beschäftigte) je nach Beschäftigtenzahl in jährlichen oder zweijährlichen Abständen durch Arbeitsmedizinerinnen oder Arbeitsmedizi-

ner und Sicherheitsfachkräfte begangen werden muss. Die Unfallversicherungsträger wurden damit beauftragt, Präventionszentren für die kostenlose Betreuung der Betriebe bis 50 Beschäftigte einzurichten. Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) kam dieser Verpflichtung nach, indem der Service AUVAsicher ins Leben gerufen wurde.

Ausbildungsvoraussetzung

Um als Arbeitsmedizinerin oder Arbeitsmediziner in Österreich tätig werden zu dürfen, benötigen diese ein abgeschlossenes Studium mit zumindest der Qualifikation Allgemeinmedizin („ius practici“) und zusätzlich eine achtwöchige per Verordnung geregelte Ausbildung zur Arbeitsmedizinerin beziehungsweise zum Arbeitsmediziner. Die Ausbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Arbeitsmedizin ist hierfür in Österreich nicht erforderlich.

Zahlen, Daten, Fakten

Die AUVA versichert circa 3,3 Millionen Erwerbstätige in Österreich gegen die Versicherungsfälle Arbeitsunfall und Berufskrankheit, circa 1,5 Millionen davon sind in Betrieben beschäftigt, die von AUVAsicher betreut werden können. Von diesen werden aktuell knapp 58 Prozent durch AUVAsicher betreut (siehe Abbildungen 1 und 2).

Das Modell AUVAsicher im Detail

AUVAsicher ist die kostenfreie arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung von Klein- und Mittelunternehmen (1 bis 50 Beschäftigte). Sollte der Betrieb auch Lehrlinge und/oder begünstigte Behinderte beschäftigen, so erhöht sich die Höchstzahl der Beschäftigten auf 53. Auch Filialbetriebe können den Service AUVAsicher in Anspruch nehmen, sofern die Gesamtzahl der Beschäftigten 250 nicht übersteigt und pro Filiale höchstens 50 Beschäftigte tätig sind.

„Für AUVAsicher wurden eigene Strukturen geschaffen, um den regionalen Anforderungen der österreichischen Betriebe Rechnung zu tragen.“

Wesentlich zu erwähnen ist, dass die Zahlen die Personen erfassen – also auch Teilzeitbeschäftigte zählen „voll“; die Berechnung von Vollzeitäquivalenten kommt hier nicht zum Einsatz.

Welche Alternativen gibt es zur kostenlosen Betreuung durch AUVAsicher?

Jeder Unternehmerin und jedem Unternehmer (auch jenen bis 50 Beschäftigte)

Autor und Autorin



Foto: AUVA

Dipl.-Ing. Peter Vavken

Generaldirektor Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)
E-Mail: peter.vavken@auva.at



Foto: AUVA

Mag. Barbara Libowitzky

Unfallverhütung und Berufskrankheitenbekämpfung Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)
E-Mail: barbara.libowitzky@auva.at

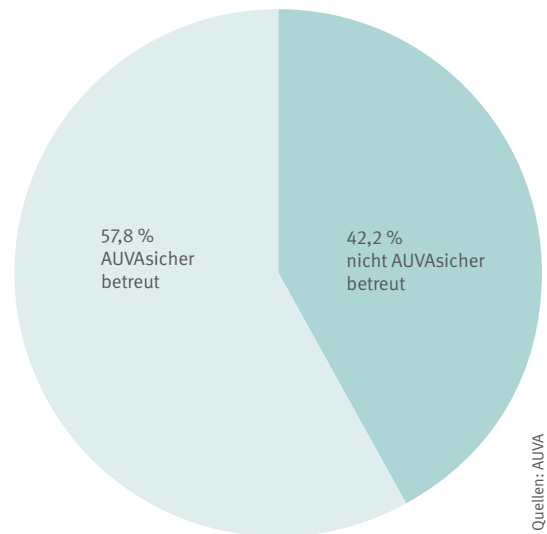


Abbildung 2: Marktanteil der betreubaren Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer 2013

Quellen: AUVA

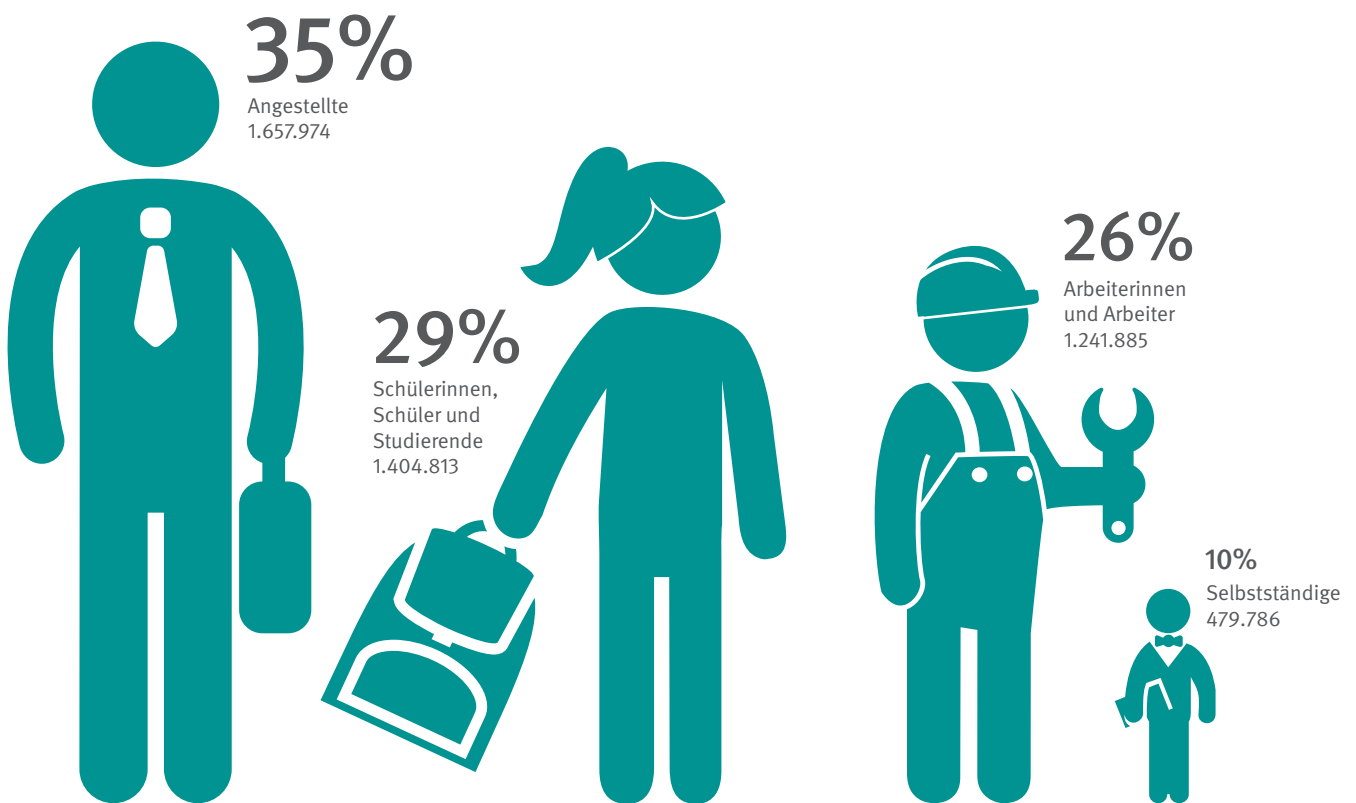


Abbildung 1: Versichertenlandschaft 2013

ist es überlassen, die sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuung selbst zu organisieren. Dies kann beispielsweise dadurch erfolgen, dass ein arbeitsmedizinisches und sicherheitstechnisches Zentrum mit den Aufgaben betraut wird. Eine andere Möglichkeit ist die Anstellung einer Fachkraft für Arbeitssicherheit (Sicherheitsfachkraft/SFK) und

einer Arbeitsmedizinerin oder eines Arbeitsmediziners durch einen Arbeitsvertrag. Im Falle der sicherheitstechnischen Betreuung können auch die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber die sicherheitstechnische Betreuung selbst übernehmen, sofern sie über die gesetzlich geforderte Fachkunde verfügen (Unternehmermodell, § 78b ASchG).

Struktur von AUVAsicher im Bereich der AUVA

Für AUVAsicher wurden eigens Strukturen geschaffen, um den regionalen Anforderungen der österreichischen Betriebe Rechnung zu tragen. Die Leitung von AUVAsicher obliegt dem obersten Qualitätsmanagementbeauftragten, dem Generaldirektor der AUVA. Ihm berichtet die

„Sollte sich im Zusammenhang mit der Regelfallbetreuung herausstellen, dass zusätzliche Unterstützung erforderlich ist, wird dem Betrieb eine sogenannte Anlassfallbetreuung angeboten.“

zentrale Koordinatorin, die in der Zentrale der AUVA im Bereich der Prävention auf Abteilungsleitungsebene angesiedelt ist, unterstützt durch vier Kolleginnen und Kollegen. In jeder Landesstelle der AUVA (Wien, Linz, Salzburg, Graz) ist eine Person mit der Koordination und Durchführung der Aktivitäten der Sicherheitsfachkräfte und Arbeitsmedizinerinnen oder Arbeitsmediziner betraut. Die Koordinatoren werden in allen Bundesländern Österreichs durch jeweils eine Referentin oder einen Referenten der Einsatzleitung für Qualitätssicherung unterstützt (siehe Abbildung 3).

Budgetär wird durch AUVAsicher jährlich ein Volumen von circa 22 Millionen Euro bewegt, wobei circa 7,5 Millionen Euro für Personal aufgewendet werden, der Rest betrifft Sachaufwand und Investitionen.

Die Arbeitsmedizinerinnen, Arbeitsmediziner und Sicherheitsfachkräfte bei AUVAsicher werden entweder im Rahmen eines Arbeitsvertrags beschäftigt oder durch einen Werkvertrag mit der Betreuung von zugewiesenen Betrieben beauftragt. Die Relation der eigenen Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner zu Vertragspartnerinnen- und Vertragspartnern-Arbeitsmedizin beläuft sich auf 12:134. Von diesen in Summe 146 Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern werden jährlich circa 50.000 bis 55.000 Arbeitsstätten betreut.

Die Grundlage für die Werkverträge ist ein Rahmenvertrag, der zwischen AUVA und der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossen wurde. Er ist die Basis für die jeweiligen Einzelverträge mit den Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern oder Arbeitsmedizinischen Zentren.

Tätigkeit der AUVAsicher Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner

Österreichische Arbeitsstätten mit 1 bis 10 Beschäftigten werden regelmäßig alle zwei Jahre jeweils eine Stunde lang durch Arbeitsmedizinerinnen oder Arbeitsmediziner betreut. Betriebe mit 11 bis 50 Beschäftigten werden regelmäßig jährlich im Ausmaß von 1,6 Stunden (bis 20 Beschäftigte) oder 3,6 Stunden betreut.

„Um die hohe Qualität der Arbeit zu erhalten, sind alle Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner zur Teilnahme an Qualitätszirkeln im Ausmaß von mindestens 30 Stunden jährlich verpflichtet.“

Im Zuge dieser regelmäßigen Betreuungen werden die Themen Erste Hilfe, vorgeschriebene Untersuchungen, Ergonomie und Arbeitsplatzgestaltung, arbeitsbedingte und psychische Belastungen und spezielle Vorschriften betreffend besondere schutzbedürftige Personengruppen besprochen.

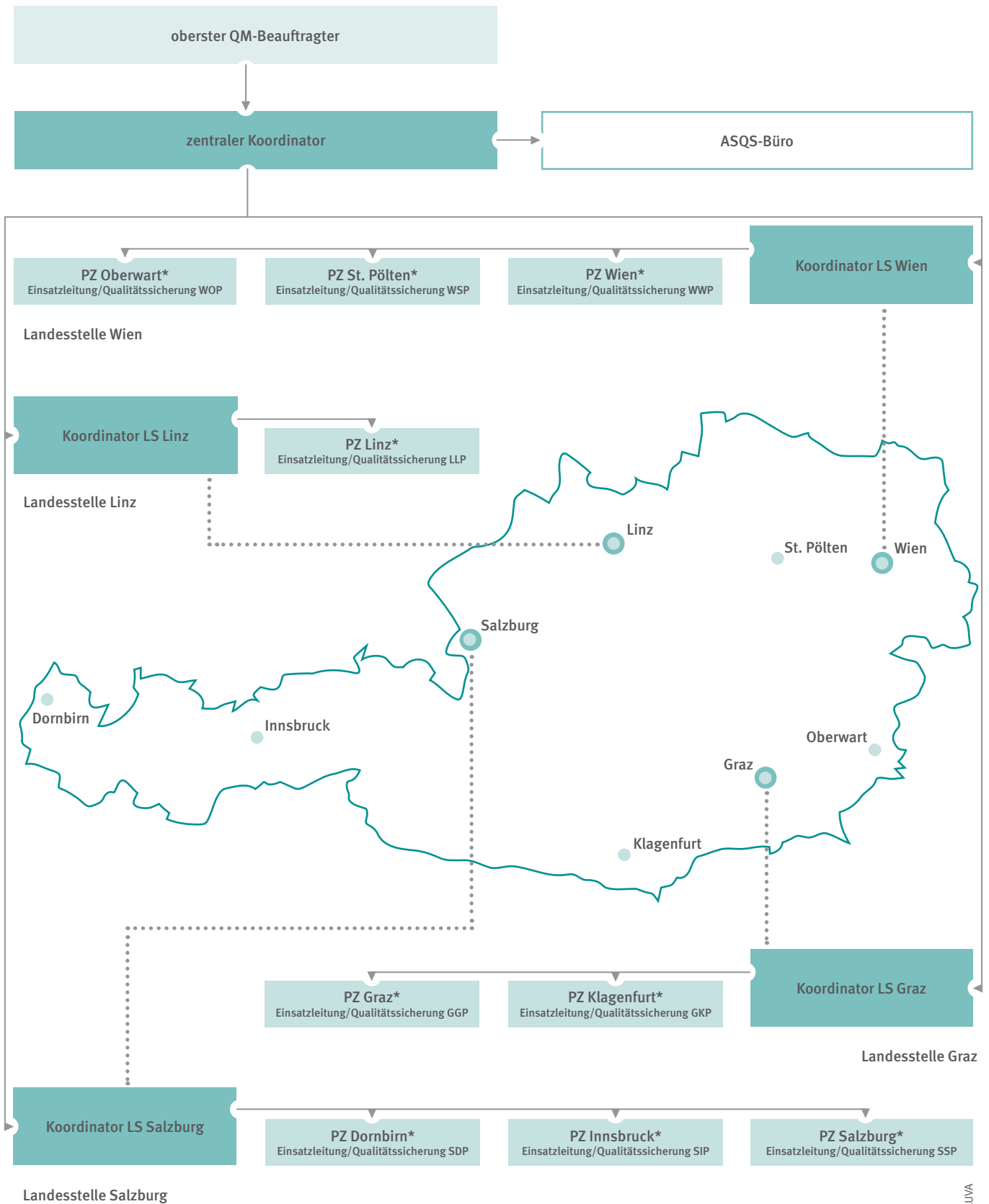
Sollte sich im Zusammenhang mit der Regelfallbetreuung herausstellen, dass zusätzliche Unterstützung erforderlich ist, besteht die Möglichkeit, dem Betrieb eine sogenannte Anlassfallbetreuung anzubieten. Auch diese zusätzlichen Betreuungen sind für die Betriebe kostenlos.

Die Arbeit der Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner beinhaltet auch die Beratung zu Schwerpunkten. Es sind dies einerseits Beratungsschwerpunkte aus Kampagnen und Arbeitsgruppen wie die branchenbezogene Kampagne „start!klar“

(Friseurinnen und Friseure) oder der themenbezogene Beratungsschwerpunkt Asbestnachsorge. Andererseits wählen die Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner jährliche Arbeitsschwerpunkte wie „Gesunde Haut“, „Evaluierung arbeitsbedingter psychischer Belastungen“ oder „Lungenerkrankungen“ aus.

Qualitätssicherung und Weiterbildungsangebote

Um die hohe Qualität der Arbeit zu erhalten und stetig zu verbessern, sind alle Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner zur Teilnahme an Qualitätszirkeln im Ausmaß von mindestens 30 Stunden jährlich verpflichtet (Bestandteil des oben angeführten Rahmenvertrages). Zusätzlich werden im Netzwerk Arbeitsmedizin, das mit den internen Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern besetzt wird, Schwerpunkte definiert und Unterlagen für alle Kolleginnen und Kollegen zur Erleichterung der Betriebsberatung erstellt. Fachliche Weiterbildung erfahren die Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner bei AUVAsicher durch die Teilnahme am größten Präventionskongress Österreichs, dem Forum Prävention, das jährlich durch die AUVA ausgerichtet wird, und durch die Teilnahme am AUVAsicher internen Kongress, den jährlich stattfindenden AUVAsicher-Tagen in Wagrain. ●



*In jedem Präventionszentrum ist eine Person mit der Koordination der Administrationskräfte, Sicherheitsfachkräfte, Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner betraut

Quelle: AUVA

Abbildung 3: Organigramm AUVAsicher

BAuA-Studie

Zahlen, Daten, Fakten

Wie ist es um den arbeitsmedizinischen Betreuungsbedarf in Deutschland bestellt? Eine Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) liefert Daten für das Jahr 2011 und prognostiziert die Entwicklung bis zum Jahr 2021.

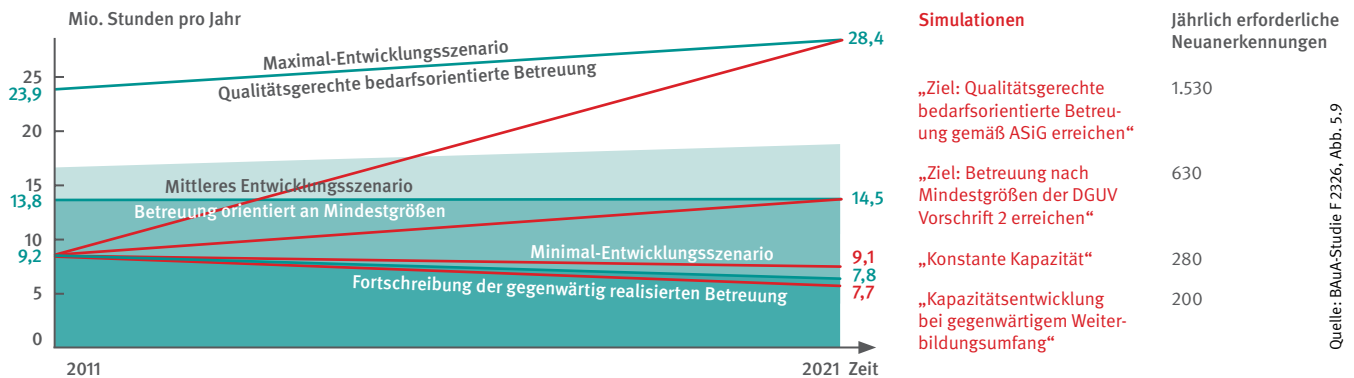


Abbildung 1: Übersicht zu den Simulationen zur Bedarfsdeckung

Um die Frage zu klären, was die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) unternehmen kann, um die arbeitsmedizinische Versorgung in der Zukunft sicherzustellen, wurde vom Hennefer Kreis zunächst die von Christof Barth et al. im Jahr 2011 durchgeführte Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) F 2326 „Arbeitsmedizinische Betreuungsbedarf in Deutschland“ (publiziert 2014) als Grundlage für die Überlegungen analysiert.

Die Studie hatte zur Aufgabe, den gegenwärtigen arbeitsmedizinischen Betreuungsbedarf in Deutschland darzustellen und eine Prognose zur Entwicklung des zukünftigen Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten mit arbeitsmedizinischer Fachkunde abzugeben.

Für die quantitative und qualitative Beschreibung des gegenwärtigen Betreuungsbedarfs wurden drei Szenarien definiert:

1. Minimales Szenario: Betreuungsbedarf unterhalb der gesetzlichen Anforderungen (gegenwärtig realisiert)
2. Mittleres Szenario: Basisbetreuung einschließlich der Klein- und Mittelbetriebe
3. Maximales Szenario: Bedarfsorientierte Betreuung

Berücksichtigt man neben der arbeitsmedizinischen Betreuung nach Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) noch die Vorsorge, zusätzliche Leistungen und Wegezeiten,

ergeben sich für das minimale Szenario 9,2 Millionen Stunden, für das mittlere Szenario 13,8 Millionen Stunden und für das maximale Szenario 23,9 Millionen Stunden pro Jahr. Dem steht, bei circa 12.000 fachkundigen Ärztinnen und Ärzten, von denen aber nur 51 Prozent betriebsärztlich tätig sind, eine Kapazität von bis zu 10.500 Stunden gegenüber. Das bedeutet, dass gegenwärtig nur eine Betreuungskapazität unterhalb der gesetzlichen Anforderungen existiert.

Zur Aufrechterhaltung dieses Status quo müssten jährlich 280 fachkundige Ärztinnen und Ärzte hinzukommen. Momentan werden aber durch die Ärztekammern nur 200 Neuankerkennungen ausgesprochen. Hier droht über die nächsten 10 Jahre eher ein Defizit (bis zu 15 Prozent).

Die Prognose bis 2021 kann man in Abbildung 1 sehen.

Will man zum Beispiel eine arbeitsmedizinische Betreuung bis 2021 gewährleisten, die die Mindestanforderungen der DGUV Vorschrift 2 erfüllt, würden danach jährlich 630 Anerkennungen erforderlich. Eine optimale, bedarfsorientierte Betreuung benötigte laut Studie eine utopische Anerkennungsrate von 1.530 fachkundigen Ärztinnen und Ärzten.

Autor



Dr. med. Thomas Remé
 Leiter Abteilung Grundlagen der Prävention und Rehabilitation Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
 E-Mail: thomas.reme@bgw-online.de

Foto: Dag von Boor

Quelle: BAuA-Studie F 2326, Abb. 5.9

Aktionsbündnis Arbeitsmedizin

Gemeinsam für den Nachwuchs engagieren

Mittel zur Förderung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses beschaffen und vergeben – so lautet ein wesentliches Ziel des „Aktionsbündnisses zur Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses“, das im April 2014 gegründet wurde.

Der Ärztemangel in Deutschland betrifft auch die Arbeitsmedizin. Gleichzeitig wächst der Bedarf an einer guten arbeitsmedizinischen Betreuung in den Unternehmen aufgrund steigender wirtschaftlicher Anforderungen, des demografischen Wandels und längerer Lebensarbeitszeiten. Einen wichtigen Beitrag zur Nachwuchssicherung leistet das „Aktionsbündnis zur Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses e. V.“, kurz „Aktionsbündnis Arbeitsmedizin“. Der Förderverein wurde, initiiert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) am Rande der 54. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM) im April 2014 gegründet. Zu den 39 Gründungsmitgliedern zählen Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Unternehmen, Universitäten und Berufsverbänden sowie der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Schirmherrschaft hat die Bundesministerin für Arbeit und Soziales, Andrea Nahles, übernommen.

Das Aktionsbündnis hat sich auf die Fahnen geschrieben, in den kommenden Jahren ausreichend junge Ärztinnen und Ärzte für arbeitsmedizinische Aufgaben zu gewinnen. Dazu gehört beispielsweise, das Themengebiet während des Medizinstudiums stärker zu akzentuieren. Oder das vielfältige Tätigkeitsfeld der Arbeits-

und Betriebsmedizin Medizinstudierenden näherzubringen, zum Beispiel durch das Angebot gezielter Praktika. Und es bedeutet nicht zuletzt, die Bedeutung der Arbeitsmedizin als präventionsmedizinisches Fachgebiet – und damit als wesentliche Grundlage für erfolgreiche und gesunde Unternehmen – im öffentlichen Diskurs zu stärken.

Um das Interesse der Studierenden zu wecken, plant das Aktionsbündnis konkrete Maßnahmen – finanziert durch Fördermittel. Dazu gehören unter anderem:

- Förderung der arbeitsmedizinischen Ausbildung von Medizinstudierenden sowie die Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten durch Stipendien, Weiterbildungsstellen
- Vergabe von Wissenschaftsstipendien für arbeitsmedizinische Promotionen, Habilitationen und (Junior)Professuren
- Unterstützung, Organisation und Durchführung von Veranstaltungen zur Verbesserung der arbeitsmedizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Familienfreundliche Maßnahmen wie die Kinderbetreuung während Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie beim Besuch von Kongressen

Mittlerweile hat das Aktionsbündnis sein erstes Projekt auf den Weg gebracht: Mitte Oktober 2014 wurde in Lübeck ein Vertrag zur Einrichtung einer Stiftungsprofessur für Arbeitsmedizin und Prävention an der Universität zu Lübeck unterzeichnet. Zusammen mit der Stiftungsprofessur soll ein Institut für Arbeitsmedizin eingerichtet werden. Dies ist das Ergebnis der erfolgreichen Zusammenarbeit einzelner Unfallversicherungsträger mit Land, Universität und Aktionsbündnis. Neben der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG), der Berufsgenossenschaft Transport und Verkehrswirtschaft (BG Verkehr) und der Unfallkasse Nord engagieren sich das Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein und die Universität zu Lübeck. ●

Autor



Professor Dr. Stephan Brandenburg

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

! Sie möchten die Nachwuchsförderung in der Arbeitsmedizin unterstützen? Dann werden Sie Mitglied des „Aktionsbündnisses Arbeitsmedizin e. V.“. Schicken Sie uns eine E-Mail an: aktionsbuendnis@arbeitsmedizin.email. Gern senden wir Ihnen Satzung und Aufnahmeantrag zu.

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.aktionsbuendnis-arbeitsmedizin.de



Hennefer Kreis

Integration weiterer Professionen

Eine Arbeitsgruppe des Hennefer Kreises beschäftigte sich mit der Frage, unter welchen Bedingungen es durch Einbeziehen weiterer geeigneter Professionen möglich ist, trotz des sich drastisch vergrößernden Betriebsärztemangels die Beratung der Betriebe in Fragen der Gesundheit am Arbeitsplatz sicherzustellen.

Änderung der DGUV Vorschrift 2

Die DGUV Vorschrift 2 fordert von den Betrieben, eine definierte Anzahl an betriebsärztlichen Beratungsstunden in der Grundbetreuung zu gewährleisten und darüber hinaus eine betriebsspezifische Betreuung sicherzustellen, deren Inhalte und Umfang sich an den konkreten Gefährdungen und Belastungen vor Ort orientieren. Diese Forderung ist gerade für kleine Betriebe und solche im ländlichen Raum aufgrund des Mangels an Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern schon heute unrealistisch.

Da die Unfallversicherungsträger in ihren Vorschriften aber keine Forderungen verankern können, die ihre Mitglieder objektiv nicht erfüllen können, führt an einer Anpassung der DGUV Vorschrift 2 an die geänderten Rahmenbedingungen kaum ein Weg vorbei. Zur Verbesserung der geschilderten Situation kommen dabei primär drei Stellschrauben in Betracht:

Wegfall der Mindesteinsatzzeiten

Die aktuelle Version der DGUV Vorschrift 2 sieht eine Mindesteinsatzzeit der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte (BÄ) und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit (SiFa) in Höhe von 20 Prozent der Gesamteinsatzzeit (beziehungsweise 0,2 Einsatzstunden) vor. Für diesen Wert gibt es keinerlei wissenschaftliche Be-

gründung – er wurde „politisch“ festgelegt. Es wäre somit möglich, die Arbeitgeberin und den Arbeitgeber zwar zu verpflichten, sich durch beide Professionen (BÄ und SiFa) beraten, die Relation der Betreuung aber offen zu lassen. Sie würde durch die Arbeitnehmerin oder den Arbeitnehmer in Zusammenarbeit mit der Personalvertretung festgelegt.

„An einer Anpassung der DGUV Vorschrift 2 an die geänderten Rahmenbedingungen führt kaum ein Weg vorbei.“

Selbstverständlich blieben Tätigkeiten, für die eine Approbation vorgeschrieben ist, auch weiterhin den BÄ vorbehalten.

Mit einer solchen Regelung könnten zum Beispiel SiFa ihre Beratungen zur Organisation von Sicherheit im Betrieb auch auf gesundheitliche Themen ausweiten. Ein solches Vorgehen entspricht in vielen Betrieben bereits heute der Realität. Dies würde die BÄ zeitlich entlasten. Zudem wäre es möglich, SiFa auszubilden, die zusätzlich zur üblichen Qualifikation auch über fundierte Kenntnisse in ergonomischen und gesundheitlichen Themen verfügen und Unternehmerinnen und Unternehmer entsprechend breit be-

raten können. Einige Hochschulen planen bereits die Einführung von Studiengängen zur „Sifa-Plus“.

Einbeziehung weiterer Professionen

Bereits heute enthält die DGUV Vorschrift 2 für Kleinbetriebe eine Regelung, dass BÄ und SiFa im Rahmen der betriebsspezifischen Betreuung nicht mehr tätig werden müssen, wenn Aufgaben bereits durch andere fachkundige Professionen erledigt wurden. Diese Regelung könnte auf die Betreuung der Betriebe über 10 Beschäftigte ausgeweitet werden. Zum Einsatz kommen bereits heute etwa Fachkundige aus Arbeits-, Gesundheits- und Sportwissenschaften, Suchtberatung, Psychologie, Ergonomie oder Hygienefachkräfte. Diese sind in ihrem Fachgebiet meist besser qualifiziert als BÄ oder SiFa und ergänzen deren Tätigkeit daher bestens.

Koordination der Professionen

Bereits heute beinhaltet die DGUV Vorschrift 2 die Verpflichtung zur Abstimmung der Tätigkeiten von BÄ und SiFa. In vielen Betrieben wird diese Koordination durch die Person wahrgenommen, die sich um die Organisation von Sicherheit und Gesundheit im Betrieb kümmert. In einigen Fällen übernehmen auch SiFa oder BÄ die Koordination. Diese Koordination der Aufgaben ist selbstverständlich auch notwendig, wenn weitere Professionen an der Beratung teilnehmen. Es stellt sich aber die Frage, wer diese Koordination übernehmen soll. Grundsätzlich geeignet wären neben Personen, die die Betriebe beraten, auch die innerbetrieblichen Akteurinnen und Akteure, die sich um die Sicherheit und Gesundheit kümmern.

Eine Koordination kostet Zeit. Aus diesem Grund sind Pläne kontraproduktiv, die Koordination den BÄ zu übertragen (Delegationsmodell): Durch die koordinati-

Autor



Dr. Torsten Kunz

Leiter Prävention
Unfallkasse Hessen
E-Mail: t.kunz@ukh.de

„Für die in der DGUV Vorschrift 2 festgelegten Mindesteinsatzzeiten gibt es keinerlei wissenschaftliche Begründung.“

ven Aufgaben bliebe noch weniger Zeit für „echte“ ärztliche Tätigkeiten. Es sollte daher Unternehmerinnen und Unternehmern – in Abstimmung mit der Personalvertretung – überlassen bleiben, wer mit der Koordination beauftragt wird und welchen Umfang diese haben soll.

Fazit

Zur zeitlichen Entlastung der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte ist eine Anpassung der drei genannten Stellenschrauben im Rahmen der DGUV Vorschrift 2 unumgänglich und vergleichsweise einfach möglich. Hierzu liegen bereits konkrete Formulierungsvorschläge des Hennefer Kreises vor. Die Anpassungen sollten schnell umgesetzt werden, um zu verhindern, dass aufgrund des Mangels an Betriebsärztinnen und Betriebsärzten Beratungsstunden gewohnheitsmäßig ersatzlos entfallen und damit insbesondere in kleinen Betrieben keinerlei Beratung zu gesundheitlichen Themen mehr stattfindet. Eine Einbeziehung weiterer Professionen in die Beratung der Betriebe würde auch deren fachliche Qualität steigern, da jede Profession Spezialwissen einbringen kann, das das der anderen gut ergänzt. ●

DGUV Vorschrift 2

Optimierung der Kleinbetriebsbetreuung

Das Ungleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage betriebsärztlicher Leistungen führt zu einer Verschärfung der Situation bei der Kleinbetriebsbetreuung. Die geringe Anzahl an Einsatzstunden macht den Kleinbetrieb oftmals zum Verlierer im Wettbewerb um die Betriebsärztin oder den Betriebsarzt. Wie kann das System der alternativen Betreuung nach DGUV Vorschrift 2 für eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Betreuung genutzt werden?

Die DGUV Vorschrift 2 ist im Segment der Kleinbetriebe eine durchaus flexible Vorschrift. Die Unternehmerinnen und Unternehmer können sich bei der Erfüllung ihrer Aufgaben entsprechend den §§ 3 und 6 des Arbeitssicherheitsgesetzes alternativ zur Regelbetreuung bei einer Beschäftigtenzahl bis 50 für eine alternative, am tatsächlichen Bedarf im Betrieb orientierte Betreuungsform entsprechend der Anlage 3 oder 4 der Vorschrift entscheiden. Voraussetzung dafür ist, dass einerseits die für sie zuständigen Unfallversicherungsträger eine solche Alternative anbieten und andererseits sie selbst soweit ausgebildet und in das Betriebsgeschehen eingebunden sind, dass sie den erforderlichen Bedarf an arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Betreuung in ihren Betrieben selbst erkennen können.

Die alternative Betreuung findet letztlich da ihre Grenzen, wo Betriebsgröße, mangelnde Qualifikation zum Arbeitsschutz und Entfernung zum tatsächlichen Betriebsgeschehen eine Steuerung und Bedarfserkennung nicht zulassen. Insoweit

kann die alternative Betreuungsform immer nur auch eine Alternative zur Regelbetreuung darstellen.

Alternative bedarfsorientierte Betreuung durch Kompetenzzentren

Bei diesem Modell nach Anlage 4 der DGUV Vorschrift 2 stellt der zuständige Unfallversicherungsträger ein Netzwerk aus Kompetenzzentren zur Verfügung, welches die Qualifizierungs- und Betreuungsleistungen bundesweit organisiert. Dem Unternehmen steht somit regional eine konkrete Ansprechperson zur Verfügung, zu der es im Bedarfsfall direkten Kontakt aufnehmen kann.

Umsetzung durch umlagefinanzierte Kleinstbetriebsbetreuung

Zu einer realistischen Betrachtungsweise der Situation in der arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Betreuung gehören auch die monetären Aspekte. Speziell im Segment der Kleinstbetriebe mit bis zu 10 Beschäftigten darf davon ausgegangen werden, dass die wirtschaftliche Situation dieser Betriebe in vielen Fällen nicht

Autorin



Foto: Oliver Rütter

Isabel Dienstbühl

Leiterin Prävention

Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe

E-Mail: isabel.dienstbuehl@bgn.de

„Zu einer realistischen Betrachtungsweise der Situation in der arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Betreuung gehören auch die monetären Aspekte.“

dazu geeignet ist, für eine rege kostenpflichtige Nachfrage zu sorgen. Die Entwicklung der Marktpreise in den letzten Jahren dürfte dies noch gefördert haben. Eine alternative Betreuungsform für Kleinbetriebe muss, will sie erfolgreich im Sinne eines adäquaten Arbeitsschutzes sein, dafür sorgen, dass erkannter Bedarf auch abgerufen wird. Dies funktioniert in vielen Fällen nur dann, wenn diese Leistungen keine direkten Kosten für Unternehmerinnen und Unternehmer verursachen. Erreicht werden kann dies dadurch, dass diese Kosten über die Umlage der Unfallversicherungsträger finanziert werden. Zu rechtfertigen im Sinne der Beitragsgerechtigkeit aller Mitgliedsbetriebe ist dies mit einer positiven Einflussnahme auf das Unfall- und Berufskrankheiten-Geschehen sowie insbesondere damit, dass sich das Aus- und Fortbildungssegment der Unfallversicherungsträger überwiegend nur an größere Unternehmen richtet und von den Kleinbetrieben mitfinanziert wird.

Schließen der Lücken im System durch automatisierten Anschluss

Eine flächendeckende Umsetzung nach DGUV Vorschrift 2 kann durch Einführung eines automatisierten Anschlusses ermöglicht werden. Betriebe, die nicht innerhalb von 6 Monaten eine Betreuung nachweisen können oder sich für die Teilnahme an der alternativen Betreuung qualifiziert haben, werden automatisch einem arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Dienst der Unfallversicherungsträger angeschlossen. Bei Nachweis einer Betreuung oder der Qualifizierung für die alternative Betreuung wird der Betrieb wieder befreit. Dieser automatisierte Anschluss besteht bei der Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU), der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) und der Berufsgenossenschaft

für Transport und Verkehrswirtschaft (BG Verkehr). Eine bundesweit flächendeckende Einführung eines automatisierten Anschlusses würde organisatorische Rahmenbedingungen erfordern, beispielsweise Satzungsänderungen bei den Unfallversicherungsträgern und gegebenenfalls einen gemeinsamen, von den Unfallversicherungsträgern getragenen, sicherheitstechnischen und arbeitsmedizinischen Dienst. Durch den Mechanismus eines automatisierten Anschlusses werden auch diejenigen Betriebe zur Erfüllung der DGUV Vorschrift 2 geführt, die sich bislang entzogen haben und aufgrund der begrenzten Besichtigungszahlen der Aufsichtsdienste der Unfallversicherungsträger und der Länder nur unzureichend identifiziert werden konnten.

Ein solches Vorgehen garantiert langfristig eine Stärkung des Arbeitsschutzes in Deutschland, verschärft aber zunächst die Situation. Je gesetzes- und vorschriftenkonformer sich die Gesamtheit an Unternehmerinnen und Unternehmern verhält, umso größer ist die Nachfrage nach arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Leistungen. Stellt man sich den tatsächlichen, speziell in Kleinbetrieben bestehenden Gegebenheiten, muss nüchtern festgestellt werden, dass das Nachfragepotenzial noch bei Weitem nicht ausgeschöpft ist.

Zusammenfassendes Fazit

Die alternativen Betreuungsformen sind grundsätzlich gut geeignet, eine den Anforderungen des Arbeitsschutzes und gleichzeitig den besonderen Bedingungen der Betriebe entsprechende arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung zu gewährleisten. Eine fundierte Bedarfsorientierung kanalisiert hierbei den optimalen Betreuungsbedarf und kann

eine Unter- oder Überschätzung vermeiden. Grundvoraussetzung für die Funktionalität dieser Betreuungsform sind gleichermaßen eine entsprechende Eignungsqualifikation der Unternehmerin und des Unternehmers sowie eine spätere Inanspruchnahme einer bedarfsorientierten Betreuung. Aufgabe des Unfallversicherungsträgers muss es sein, hierfür die geeigneten Bedingungen zu schaffen. Hierzu zählen neben geeigneten Qualifizierungs- und Fortbildungsmaßnahmen auch die Einrichtung, Vernetzung und Qualitätssicherung von entsprechenden Dienstleisterstrukturen. Eine Finanzierung des Systems über die Solidargemeinschaft eröffnet

„Eine alternative Betreuungsform für Kleinbetriebe muss, will sie erfolgreich im Sinne eines adäquaten Arbeitsschutzes sein, dafür sorgen, dass erkannter Bedarf auch abgerufen wird.“

Chancen für die Schaffung einer von der wirtschaftlichen Situation unabhängigen Präventionskultur in den Klein- und Kleinbetrieben. Vor dem Hintergrund der bestehenden Angebotsproblematik besteht die Notwendigkeit, die alternativen Betreuungsformen weiter zu forcieren, um letztlich nur den Bedarf auf den Markt zukommen zu lassen, der konkret auch in den Betrieben vorhanden ist. Ohne alternative Betreuungssysteme wären für viele Kleinbetriebe bereits heute erhebliche Versorgungslücken zu verzeichnen. Angebotene Pseudobetreuungen durch Billiganbieter nutzen die Notlage der Betriebe aus und sind ein nicht zu tolerierendes Symptom der aktuellen Versorgungslage. ●

Betriebsärztliches Management

www.universum.de/shop



- Vermittelt unternehmerisches und betriebswirtschaftliches Know-How mit direktem Bezug zur arbeitsmedizinischen Praxis
- Liefert Inhalte von der Praxisgründung über das Dienstleistungsmanagement bis hin zur Personalstrategie
- Verfasst von zahlreichen renommierten Experten aus der Praxis
- Zielgruppe: Betriebsärzte, insbesondere diejenigen, die Dienste oder Praxen leiten oder dies in Zukunft planen
- Inklusive Downloadbereich mit hilfreichen Materialien

Herausgeber:

Dr. med. Michael Vollmer, Facharzt für Arbeitsmedizin, selbstständiger Betriebsarzt und Unternehmensberater

Dr. med. Rana Jurkschat, Fachärztin für Arbeitsmedizin, Umweltmedizin, Psychotherapie, B.A.D Gesundheitsvorsorge- und Sicherheitstechnik GmbH, Präsidiumsmitglied im Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW)

Dr. med. Martin Kern, Facharzt für innere Medizin und Facharzt für Arbeitsmedizin. Verantwortlich für den Arbeits- und Gesundheitsschutz bei der Infraseriv GmbH & Co. Höchst KG, Wissenschaftlicher Leiter beim VDBW

392 Seiten
ISBN 978-3-89869-400-1
Preis 45,00 €

Einfach bestellen unter:
www.universum.de/shop
per E-Mail: vertrieb@universum.de
oder per Fax: 0611 9030-181

Universum Verlag GmbH · Taunusstraße 54 · 65183 Wiesbaden · Telefon 0611 90 30-501
Fax: 0611 90 30-181 · Internet: www.universum.de · E-Mail: vertrieb@universum.de · Registriert
beim Amtsgericht Wiesbaden, HRB 2208 · Geschäftsführer: Siegfried Pabst, Frank-Ivo Lube

UV **Universum**
Verlag

Lösungsvorschläge des VDBW

„Unfallversicherungsträger sind gefordert“

1. Nachwuchs gewinnen

Der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) setzt sich seit vielen Jahren für das Thema Nachwuchsgewinnung ein. Wir haben im Jahre 2009 die Aktion docs@work ins Leben gerufen und dafür insgesamt Mittel von rund 150.000 Euro eingesetzt. Diese Aktion war ein voller Erfolg und hat uns bei jungen Ärztinnen und Ärzten bekannter gemacht. Derzeit konzipieren wir diese Aktion neu und setzen regionale Schwerpunkte.

Die berufsgenossenschaftlichen Kliniken

Die Berufsgenossenschaften sind einer der ganz großen Player auf dem Kliniksektor. Sie setzen über 1,2 Milliarden Euro damit um und haben 11.000 Beschäftigte sowie mehr als 1.600 Ärztinnen und Ärzte. Die Inhalte der Versorgung in den Kliniken haben sich wesentlich geändert – das Thema Rehabilitation und damit arbeitsmedizinischer Sachverstand spielen eine größere Rolle. Wir wünschen uns Fortbildungsverbünde mit diesen Kliniken. Damit können die Berufsgenossenschaften einen originären Beitrag zum Thema Weiterbildung leisten. Gleichzeitig erwerben die Kliniken neues Know-how und verbessern ihr Angebot.

2. Delegation

Der VDBW bearbeitet derzeit das Thema Delegation betriebsärztlicher Leistungen. Eine erste wichtige Grundlage haben wir mit dem VDBW Sonderheft Delegation im Jahr 2011 gesetzt. Jetzt sind wir dabei, für den betriebspezifischen Teil das Thema Delegation aufzugreifen – dazu gehört ins-

besondere die Qualifikation des arbeitsmedizinischen Assistenzpersonals. Der Verband führt dazu entsprechende Qualifikationskurse nach dem bisherigen Curriculum der Bundesärztekammer durch. Wir haben uns auch intensiv dafür eingesetzt, das Fortbildungscurriculum für das Assistenzpersonal bei der Bundesärztekammer weiterzuentwickeln. In der letzten Sitzung des Ausschusses Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ wurde dieses Fortbildungscurriculum verabschiedet. Es spiegelt heute den modernsten Stand wider und setzt Schwerpunkte zum Beispiel bei den Themen Gefährdungsbeurteilung, Gesundheitsförderung vor Ort, Haut und Gehörschutz. Damit wird das Potenzial an delegierbaren Leistungen erheblich erweitert.

Das Thema Delegation ist durch ein Institut mit Erfahrung auf dem Sektor Versorgungsforschung aufzugreifen. Dort ist der derzeitige Stand des ärztlichen Berufsfeldes zu klären und die Zukunftsperspektiven müssen mit Expertinnen und Experten erarbeitet werden. Die Unfallversicherungsträger sollten dieses Vorhaben finanziell unterstützen.

3. Telemedizin

Dies ist ein Thema der Zukunft in der gesamten Medizin. Viele Aufgabenfelder in der Arbeitsmedizin bieten sich für die Telemedizin an. Vorhandene Strukturen, wie zum Beispiel Audiobile, könnten genutzt werden, um vorhandenes Personal, etwa Audiometristinnen und Audiometristen, einzusetzen. Mit intelligenten technischen Lösungen könnte so der Arzt-Patient-Kontakt gemäß der Verordnung zur



arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) sichergestellt werden. Erste Ansätze dazu gibt es bereits bei einer Berufsgenossenschaft. Hier bedarf es dringend der Intensivierung. Damit werden Ressourcen gerade für Kleinbetriebe geschaffen.

4. Übergangsphase

Große arbeitsmedizinische Dienste sammeln positive Erfahrungen mit Senior Experts, die während ihres Ruhestandes zum Beispiel für Qualifikationsmaßnah-

„Das Thema Delegation ist durch ein Institut mit Erfahrung auf dem Sektor Versorgungsforschung aufzugreifen.“

men und Anleitungen von Weiterbildungen eingesetzt werden. Große Potenziale liegen sicher auch darin, dass mit Unterstützung der Telemedizin häusliche Arbeitsplätze für Ärztinnen und Ärzte in der Erziehungsphase geschaffen werden können, die ansonsten eine berufliche Tätigkeit nur sehr eingeschränkt ausüben können. Die Unfallversicherungsträger sind hier gefordert, dies mit ihren Mitteln zu unterstützen. ●

Autor



Dr. med. Wolfgang Panter

Präsident Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. – Berufsverband Deutscher Arbeitsmediziner
E-Mail: wolfgang.panter@vdbw.de

Lösungsvorschläge des VDSI

„Verschlankte Ausbildung als Alternative“

Sicherheit und Gesundheit sind ein hohes Gut. Um hierfür ein Höchstmaß in den Betrieben zu realisieren, hat der Gesetzgeber den Unternehmen die Sicherheitsfachkraft sowie die Betriebsärztin und den Betriebsarzt gemäß Arbeitssicherheitsgesetz

desteinsatzzeiten für beide Fakultäten aus der DGUV Vorschrift 2 herauszunehmen, um hiermit die betriebsbezogene beste Lösung zu ermöglichen. Die arbeitsmedizinische Vorsorge als Teil der betriebs-spezifischen Betreuung bleibt hiervon unberührt.



„Hat die Länge der arbeitsmedizinischen Ausbildung Auswirkungen auf die Qualität der arbeitsmedizinischen Betreuung?“

und DGUV Vorschrift 2 als beratende Personen zur Seite gestellt. Bei vielen Themen können Unternehmerinnen und Unternehmer zwischen beiden Beratungsarten wählen oder auch bei einem Thema beide hinzuziehen. Im Alltag zeigt sich, was auch durch Studien belegt ist, dass Betriebsärztinnen und Betriebsärzte nicht in ausreichender Zahl verfügbar sind und hiermit nicht alle ihnen zugeordneten Aufgaben wahrnehmen können. Eine grundsätzliche Änderung der personellen Situation ist bis auf Weiteres nicht zu erwarten. Entsprechend müssen Betriebsärztinnen und Betriebsärzten in Zukunft die Aufgaben zugeordnet werden, die sie aufgrund ihrer ärztlichen Ausbildung ausschließlich wahrnehmen können. Alle weiteren Aufgaben können zumindest in weiten Teilen von der Sicherheitsfachkraft wahrgenommen werden.

Ziel dieses Vorschlages ist es, Fachkräfte für Arbeitssicherheit dort einzusetzen, wo sie, gegebenenfalls nach einer Schulung, wirksam unterstützen können und Betriebsärztinnen und Betriebsärzte da zu entlasten, wo andere Fakultäten objektiv diese Aufgaben wahrnehmen können.

Arbeitsmedizinische Ausbildung

Bei einem Blick zu unseren geografischen Nachbarn Österreich und Schweiz zeigt sich, dass dort die notwendige Länge der arbeitsmedizinischen Ausbildung wesentlich kürzer ist als in Deutschland. Hier

„Ziel ist, Fachkräfte für Arbeitssicherheit dort einzusetzen, wo sie, gegebenenfalls nach einer Schulung, wirksam unterstützen können.“

sollte geprüft werden, ob dies Auswirkungen auf die Qualität der arbeitsmedizinischen Betreuung hat. Sobald die entsprechenden Ergebnisse vorliegen, ist zu entscheiden, inwieweit die derzeit in Deutschland existierenden Ausbildungen um eine weitere, im zeitlichen Umfang wesentlich verschlankte Ausbildung als Alternative angeboten werden kann. ●

Anpassung der DGUV Vorschrift 2

Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, bei der Grundbetreuung die Min-

Autor



Michael Kloth

Vorstand – Nationale Zusammenarbeit
VDSI – Verband für Sicherheit,
Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit e. V.
E-Mail: m.kloth@vdsi.de

Lösungsvorschläge des PASiG

„Arbeitsschutz als interdisziplinäre Gemeinschaftsaufgabe“

Die Herausforderungen an den modernen Arbeitsschutz kommen aus vielen Richtungen. Dabei überwiegen gegenwärtig menschliche und organisationale Problemstellungen. Mit circa 40 Prozent lie-

„Bei psychischen Belastungsfaktoren sind die Anforderungen an eine Gefährdungsbeurteilung und geeignete Maßnahmen erheblich komplexer.“

gen psychische (Mit-)Ursachen weit vor Unfällen, wobei psychische Faktoren auch noch zu Unfällen beitragen, da sie die Fehlerzahl erhöhen, Entscheidungen beeinflussen und sich auf die Sicherheit, Gesundheit und Freizeit auswirken. Während psychische Belastungen aber auch positive Wirkungskomponenten haben – bis zu einem bestimmten, individuell allerdings unterschiedlichen Niveau sind sie persönlichkeits- und gesundheitsförderlich –, gilt für Gefahrstoffe der einfache Satz „Je mehr, desto schlechter“. Bei psychischen Belastungsfaktoren, seien es psychische Fehlbelastungen, Verkehrsteilnahme oder Kommunikationsaufgaben, sind die Anforderungen an eine Gefährdungsbeurteilung und geeignete Maßnahmen erheblich komplexer. Deshalb sind hier stets bedingungsbezogene (Verhältnisprävention) und individuumbezogene (Verhaltensprävention) Maßnahmen erforderlich.

Forschungen zeigen, dass die traditionell beratenden Berufsgruppen den Anforderungen nur teilweise genügen. Gleiches gilt für die Aufsichts- und Beratungsorganisationen. In vielen Berufsgruppen finden psychische Faktoren in der Ausbildung keine hinreichende Berücksichtigung; und bei den Medizinerinnen und Medizinern liegt zudem noch ein Nachwuchsproblem zur Deckung der ohnehin bereits vielfältigen Aufgaben vor.

„In vielen Berufsgruppen finden psychische Faktoren in der Ausbildung keine hinreichende Berücksichtigung.“

Wir streben an, die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz als eine interdisziplinäre Gemeinschaftsaufgabe zu optimieren. Zur Erkennung von Gefährdungen, Entwicklung und Durchführung der Maßnahmen und deren Verankerung im Arbeitsalltag werden jeweils die Professionen herangezogen, die das jeweilige Gefährdungs- beziehungsweise Maßnahmengbiet am besten beherrschen. Bei verhaltens- oder einstellungsbezogenen Ursachen und Maßnahmen in Kombination mit der Arbeitswelt ist also arbeits- und organisationspsychologisches Know-how gefordert. Für Standardsituationen sollten bisherige betriebliche Akteurinnen und Akteure in psychologischen Fragestellungen weitergebildet werden, für die Analyse,



Bewertung und Gestaltung der psychisch wirksamen Arbeitsbedingungen dagegen sollten diejenigen Expertinnen und Experten herangezogen werden, die diese Thematik ihr Berufsleben lang kompetent erfüllen. Schließlich lernt man kompetentes arbeitspsychologisches Handeln genauso wenig über Nacht wie das Bauen von Brücken oder die Diagnose von Atemwegserkrankungen.

Zwingende Voraussetzung ist, dass die Vorschriften es ermöglichen, dass andere Berufsgruppen ihre Kompetenz – basierend auf den Anforderungen zur Gefährdungsbeurteilung – einbringen können. Wir erarbeiten deshalb ein Weiterbildungsprogramm für Psychologinnen und Psychologen, um sie für den Einsatz im Betrieb in den Themen fit zu machen, die bisher nicht zu ihrer Expertise gehörten. Gleiches erwarten wir von allen Professionen, sodass wir dann jeweils Fachleute in ihrem Gebiet mit Grundlagenkenntnissen in den angrenzenden Gebieten der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes haben und Lücken bedarfsgerecht füllen können. Wenn jede Profession ihre Kompetenz in die Bewegung des Bootes je nach Anforderung des Wellengangs einbringt, sollte das Boot schnell laufen, ohne dass die Ruderer überfordert werden. ●

Autor



Foto: Uni Jena

Prof. Dr. Rüdiger Trimpop

Vorstandsvorsitzender PASiG –
Psychologie für Arbeitssicherheit und Gesundheit e. V.,
Lehrstuhl Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie
Friedrich-Schiller-Universität Jena
E-Mail: ruediger.trimpop@uni-jena.de

Lösungsvorschläge der BDA

„Betriebsärztemangel: Handeln dringend erforderlich!“

Der Ärztemangel in Deutschland führt auch in der Arbeitsmedizin zu Nachwuchsproblemen. Um die bereits bestehende Lücke in der betrieblichen Betreuung zu schließen, bedarf es baldiger Lösungen. Zum Abbau dieses Mangels müssen unterschiedliche Maßnahmen ergriffen und verschiedene Akteurinnen und Akteure aktiv werden.

Steigender Bedarf in den Betrieben

Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber haben ein großes Interesse daran, dass ihre Beschäftigten motiviert, qualifiziert und gesund sind. Denn nur mit solchen Beschäftigten können sich die Betriebe den Herausforderungen des Wettbewerbs und der Märkte erfolgreich stellen. Die Unternehmen leisten bereits heute sehr viel, um die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass möglichst viele Beschäftigte möglichst lange und auch möglichst produktiv arbeiten können.

Der demografische Wandel, die Verlängerung der Lebensarbeitszeit und damit das Altern der Belegschaften sowie der zunehmend schwerer zu deckende Fachkräftebedarf werden Themen wie Beschäftigungsfähigkeit und Gesundheit der Beschäftigten weiter in den Vordergrund rücken. Auch die DGUV Vorschrift 2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ mit ihrem erweiterten Aufgabenkatalog für die sicherheitstechnische und betriebsärztliche Betreuung sowie das breite Themenfeld der psychischen

Gesundheit in der Arbeitswelt werden die Betriebe weiter fordern und voraussichtlich vermehrt Unterstützungsleistungen beanspruchen. Einer – technisch gesprochen – steigenden Nachfrage nach Betreuungsleistungen stehen jedoch schon heute nicht genügend betriebsärztliche Betreuungskapazitäten gegenüber. In manchen Regionen können die Betriebe deshalb trotz intensiver Bemühungen nicht ihrer Verpflichtung nach DGUV Vorschrift 2 nachkommen.

„Die Fachrichtung Arbeitsmedizin muss für die angehenden Ärztinnen und Ärzte attraktiver werden.“

Unterschiedliche Maßnahmen erforderlich

Um diese Lücke zwischen Angebot und Nachfrage zu schließen, sind verschiedene Lösungsansätze erforderlich. Zunächst müssen Maßnahmen zur Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses getroffen werden. Die Fachrichtung Arbeitsmedizin muss für die angehenden Ärztinnen und Ärzte attraktiver werden. Auch muss es wieder eine ausreichende Anzahl an Lehrstühlen geben. Hier sind vor allem die Bundesärztekammer sowie die einschlägigen Fachverbände VDBW und DGAUM gefragt. Das Sponsoring von Lehrstühlen, welches einzelne Berufsgenossenschaften bereits begonnen haben, kann hier ein sinnvoller Beitrag sein.



Dies alleine wird aber nicht ausreichen. Erforderlich ist es insbesondere, die geltende DGUV Vorschrift 2 an verschiedenen Stellen zügig anzupassen, um den Unternehmen eine „gesetzeskonforme“ Betreuung ihrer Betriebe zu ermöglichen. Ein Ansatzpunkt ist, die alternative Betreuung auch auf Unternehmen mit mehr als 50 Beschäftigten auszudehnen. Weiterhin sollte es ermöglicht werden, verstärkt Aufgaben an medizinische Assistenzkräfte zu übertragen. Daneben ist es notwendig, die Beteiligung weiterer Fachkompetenzen neben Betriebsärztinnen, Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit in der Unfallverhütungsvorschrift zu verankern. Verschiedene Aufgaben können beispielsweise von Fachleuten aus den Bereichen Ergonomie, Arbeitshygiene, Arbeitspsychologie, Ergotherapie, Physiotherapie, Sport- oder Gesundheitswissenschaften übernommen werden. Darüber hinaus ist es erforderlich, dass die Unfallversicherungsträger für kleine und mittlere Unternehmen branchenspezifische Beratungsangebote, wie beispielweise Kompetenzzentren, zur Verfügung stellen. Auch bei diesen Beratungsangeboten sollten neben den klassischen Fachgebieten die oben genannten weiteren Fachkompetenzen einbezogen werden. ●

Autorin



Saskia Osing

Stellvertretende Abteilungsleiterin
Abteilung Soziale Sicherung
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
E-Mail: s.osing@arbeitgeber.de

Interview

„Freihandelsabkommen dürfen keinen Systemwechsel erzwingen“

Noch nie wurde über Freihandel so stark diskutiert wie bei TTIP und CETA. In die Debatte haben sich auch Berufsgenossenschaften und Unfallkassen eingebracht. Wir sprachen mit dem Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) darüber, was die Abkommen für Arbeitsschutz und soziale Sicherheit bedeuten.

Herr Dr. Breuer, die Freihandelsabkommen TTIP, CETA und TiSA erregen derzeit die Gemüter. Wirtschaftsverbände, Verbraucher- und Umweltorganisationen, politische Parteien haben sich dazu geäußert, aber auch die gesetzliche Unfallversicherung. Das überrascht. Was hat eine Sozialversicherung mit Freihandel zu tun? Bleibt sie nicht außen vor?

Das wissen wir eben nicht so genau.

Wieso? Es geht doch um freien Handel, und wenn nötig – wie etwa bei dem Abkommen mit Kanada (CETA) – sind doch Ausnahmeklauseln für die soziale Sicherheit vorgesehen.

Das ist richtig. Aber wenn man sich diese Klauseln anschaut, ist manches nicht so eindeutig, wie es auf den ersten Blick scheint.

Das müssen Sie erklären.

Soziale Sicherungssysteme per se stehen zunächst nicht im Fokus dieser Abkommen. Wenn Bestimmungen eines Freihandelsabkommens – etwa zu Dienstleistungen – aber Auswirkungen auf die Struktur und Organisation dieser Systeme haben können, müssen wir uns die Formulierungen ganz genau ansehen. Besondere Vorsicht ist dann geboten, wenn die Verhandlungspartner ihre bisherige Praxis ändern. So hat die EU erstmals in CETA mit einer schwierig zu handhabenden „Negativliste“ gearbeitet.

„Negativliste“ bedeutet, dass alle Dienstleistungssektoren liberalisiert werden, es sei denn, eine Vertragspartei erwähnt ausdrücklich, dass sie bestimmte Bereiche ausnimmt.

Die Gefahren liegen dabei auf der Hand. Wer einen Bereich vergisst oder nicht prä-

zise genug definiert, muss mit ungewollten Überraschungen rechnen. Ein Beispiel: Im kanadisch-europäischen Freihandelsabkommen CETA wird ein Vorbehalt für Gesundheitsdienstleistungen formuliert, die mit „public funding“ unterlegt sind.

Was übersetzt so viel heißt wie „öffentlich finanziert“.

Aber nur „in etwa so viel“. Was genau „öffentlich finanziert“ bedeutet, ist mehr als unklar. So stellt sich die Frage, ob eine Sozialversicherung, die sich über Beiträge finanziert, öffentlich finanziert ist. Ein weiteres Beispiel: Im Rahmen von TTIP ist die Rede von „public entities“. Diese sollen in Bezug auf Finanzdienstleistungen ausgenommen sein. Was ist damit gemeint? Eine Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft ist zwar eine Körperschaft öffentlichen Rechts – aber in unserer Rechtstradition ist sie gerade nicht eine staatliche Institution, da sie von den Versicherten und Arbeitgebern verwaltet wird. Sie sehen, es gibt Grauzonen und sprachliche Unklarheiten, die uns etwas beunruhigen.

Ist das nicht etwas übernervös? In Europa gibt es seit Jahrzehnten einen Binnenmarkt. Er hat auch nicht das Ende der Unfallversicherung gebracht.

Das ist ein gutes Beispiel. Die europäischen Verträge sehen die Sozialversicherung auch ausdrücklich als eine Angelegenheit der Mitgliedstaaten. Und trotzdem wurde von 2004 bis 2008 versucht, über das Europarecht Wettbewerb in der Unfallversicherung zu erzwingen. Bisher wird zwar immer wieder betont, dass TTIP oder TiSA keinen Binnenmarkt vergleichbar der EU schaffen sollen. Aber manche Vorschläge, die bekannt gewor-

den sind, hätten im Ergebnis ähnliche Wirkung. Ein koordinierender Rechtsrahmen wie die EU-Verträge würde aber fehlen. Solange hier keine eindeutigen Regelungen vereinbart wurden, können wir nicht beruhigt sein.

Wäre Wettbewerb so schlimm?

Wir sind überzeugt, dass das gegenwärtige System den Unternehmen und Versicherten die bestmögliche Leistung zum günstigsten Preis bietet. Aber das ist hier nicht der Punkt. Der Punkt ist: Jedes Land muss selbst entscheiden können, wie es soziale Sicherheit organisiert. Freihandelsabkommen dürfen nicht die Möglichkeit eröffnen, Systemwechsel gegen den Willen des betroffenen Staates zu erzwingen. Dafür fehlt ihnen die Legitimation.

In ihrer Stellungnahme schreiben Berufsgenossenschaften und Unfallkassen auch, dass TTIP ungewollt negative Folgen für den Arbeitsschutz haben könnte. Ist das wirklich zu erwarten?

Auch hier lautet meine Antwort: Sicher kann das niemand sagen. Die zuständige EU-Kommissarin Malmström hat uns zwar versichert, dass es keine Absenkung der Arbeitsschutzstandards geben werde, aber für ein Abkommen brauchen Sie ja mindestens zwei Parteien. Und was die Amerikaner wollen, wissen wir nicht.

Was befürchten Sie konkret?

Wir wüssten gerne, ob die Vorgaben zum Investitionsschutz nicht doch unsere Freiheit einschränken könnten, neue Regelungen zu Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit zu treffen. Ein Beispiel: Vor zehn Jahren wurde Chromat in Zement verboten, weil er zu schmerzhaften Ekzemen bei Bauleuten führen kann. Stellen Sie sich

„Wir befürchten insgesamt, dass eine pauschale gegenseitige Anerkennung zunichtemacht, was Europa mühsam in der Normung aufgebaut hat: nämlich dass für jeden Sachverhalt eine Norm gilt.“



Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der DGUV

vor, damals hätten wir schon ein Investitionsschutzabkommen gehabt. Wäre es nun möglich gewesen, dass ein amerikanischer Zementexporteur Deutschland wegen dieses Verbots verklagt? Immerhin wären seine Investitionen mit dem Verbot hinfällig gewesen. Würde die Angst, Schadenersatz zahlen zu müssen, Staaten daran hindern, neue Wege für sichere und gesunde Arbeit zu beschreiten? Eine spannende Frage, die eine Antwort wert ist.

Sie warnen auch vor einer pauschalen gegenseitigen Anerkennung von Standards zur Produktsicherheit.

Wir haben gute Gründe dafür. Kaum ein Feld ist so sehr von der jeweiligen Kultur geprägt wie die Sicherheit. Das bedeutet nicht, dass es auf der einen Seite des Atlantiks mehr Sicherheit gibt als auf der anderen. Meist bedeutet es einfach nur, dass es anders zugeht. Das mag bei Autoblindern kein Problem sein. Aber gerade in der Arbeitswelt sind Standards häufig mit der jeweiligen Praxis verwoben.

Ein Beispiel?

Nehmen Sie Persönliche Schutzausrüstungen für Feuerwehrleute. In den USA sind Feuerwehrleute bestimmten Aufgaben wie Brandbekämpfung oder Menschenrettung zugeordnet. Je nach Aufgabe unterscheidet sich auch der Standard für ihre Schutzkleidung. In Europa sollen Feuerwehrleute möglichst universell einsetzbar sein; entsprechend soll ihre Schutzkleidung auch für alle üblichen Einsatzfälle Schutz bieten. Bei pauschaler gegenseitiger Anerkennung haben Sie nun ein Problem: Spezifische Einsatzkleidung schützt zwar in dem konkreten Fall, für den sie konzipiert wurde, besser als universell einsetzbare Kleidung. In allen anderen Fällen schützt sie aber schlechter. Wenn derjenige, der die Kleidung auswählt, das nicht berücksichtigt, kann es dazu kommen, dass die weniger geeignete Schutzkleidung eingesetzt wird. Für den Mann oder die Frau im Einsatz könnte das schwerwiegende Folgen haben. Aber das ist nur ein Beispiel. Wir be-

fürchten insgesamt – und diese Position teilen wir zum Beispiel mit dem TÜV –, dass eine pauschale gegenseitige Anerkennung zunichtemacht, was Europa mühsam in der Normung aufgebaut hat: nämlich dass für jeden Sachverhalt eine Norm gilt.

Herr Dr. Breuer, das klingt, als ob Sie gegen TTIP und CETA wären. Korrekt?

Ausdrücklich nein! Wenn Freihandel die deutsche Wirtschaft stärkt, begrüßen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen das. Wir wären doch mit dem Klammerbeutel gepudert, wenn wir nicht wollten, dass es unseren Beitragszahlern gut geht. Aber es wäre falsch, wenn wir mit Bedenken hinter dem Berg halten, bis alles unter Dach und Fach ist. Unsere Hinweise können dafür genutzt werden, diese Abkommen besser zu machen. Darum bringen wir uns ein.

Das Interview führte Stefan Boltz, Pressesprecher der DGUV. ●

Teil 4 der Artikelserie für eine effektive Verwaltungssteuerung

Kennzahlen in einem integrierten Controllingssystem

Der vierte Teil der Artikelserie zur effektiven Verwaltungssteuerung in Unfallversicherungsträgern befasst sich mit dem Thema „Kennzahlen“.

In den vorangegangenen Teilen der Artikelserie wurden Impulse zu folgenden Themen der Verwaltungssteuerung gegeben: den Grundlagen einer effektiven Verwaltungssteuerung, dem Geschäftsprozessmanagement sowie der Kosten- und Leistungsrechnung. Mithilfe der eingesetzten Instrumente und Anwendungssysteme kann eine Vielzahl von Daten gewonnen werden, welche zur Steuerung und Weiterentwicklung der Geschäftsprozesse eines Unfallversicherungsträgers herangezogen werden können. Für die mit Steuerungsaufgaben betrauten Führungskräfte bestehen dabei folgende Herausforderungen:

- Aus der Vielzahl der zur Verfügung stehenden Daten die für ihre konkreten Anforderungen relevanten Informationen zu identifizieren und zu plausibilisieren (auf ihre Steuerungs- und/oder Erklärungsrelevanz hin prüfen)
- Aus diesen Informationen die richtigen Schlüsse zu ziehen
- Gegebenenfalls notwendige Maßnahmen zur Prozessanpassung zu entwickeln und umzusetzen

Eine wirksame und effektive Möglichkeit, die Menge vorhandener Informationen so

aufzubereiten, dass sie als Grundlage für zu treffende Entscheidungen dienen können, ist, diese zu steuerungsrelevanten Kennzahlen zu verdichten. Der größte Nutzen von Kennzahlen besteht darin, dass sie die hohe Anzahl von Informationen zu den Abläufen und Ergebnissen der Geschäftsprozesse in wenige relevante numerische Messgrößen zusammenfassen können. Mithilfe dieser Messgrößen lassen sich die Geschäftsprozesse gezielt beurteilen und steuern, zum Beispiel um ein noch höheres Qualitätsniveau zu erreichen.

Ziele als Dreh- und Angelpunkte

Um für einen Geschäftsprozess eine steuerungsrelevante Kennzahl zu bilden, wird mindestens ein konkret beschriebenes Prozess-Ziel benötigt. Fehlt dieses, ist der sinnvolle Einsatz einer steuerungsrelevanten Kennzahl schwer möglich. Dies erscheint logisch und auf den ersten Blick nicht sehr komplex – solange es sich um ein einzelnes, isoliert zu betrachtendes Ziel handelt.

Die Praxis zeigt jedoch, dass mit Geschäftsprozessen regelmäßig mehrere Ziele verfolgt werden, die sich gegenseitig beeinflussen. Betrachten wir als Beispielprozess die Steuerung der Rehabilitation unfallverletzter versicherter Personen. Hier ist

ein gesetzlich normiertes Ziel die Rehabilitation mit allen geeigneten Mitteln (Qualitäts-Ziel). Daneben besteht das ebenfalls gesetzlich normierte Ziel der wirtschaftlichen und sparsamen Verwendung der Haushaltsmittel (Kosten-Ziel). Die versicherte Person erwartet darüber hinaus eine zügige und zeitnahe Bearbeitung ihrer Anliegen (Zeit-Ziel).

„Mithilfe von Kennzahlen lassen sich Geschäftsprozesse gezielt beurteilen und steuern, zum Beispiel um ein noch höheres Qualitätsniveau zu erreichen.“

Das Zusammentreffen mehrerer Ziele aus unterschiedlichen Dimensionen (Qualität – Kosten – Zeit) wird als Mehrdimensionalität bezeichnet und muss in der Gestaltung der Geschäftsprozesse (im vorgenannten Beispiel der Rehabilitation) berücksichtigt werden. Welche Priorität die einzelnen Ziel-Dimensionen bekommen, ist von jedem Unfallversicherungsträger idealerweise in seiner Strategie beschreiben. Ausgehend von der Strategie können dann detaillierte Prozess-Ziele definiert werden.

Autorin und Autor



Foto: Privat

Gabriele Sparing

Leiterin Referat Controlling und Statistik, Berufsgenossenschaft Holz und Metall
E-Mail: gabriele.sparing@bghm.de



Foto: Privat

Michael Schwanz

Projektmanagement
Benchmarking & Controlling, DGUV
E-Mail: michael.schwanz@dguv.de

„Maßnahmen zur Veränderung der Kennzahl bewirken auch Veränderungen der Kennzahlen anderer Ergebnisdimensionen wie Qualität, Kosten, Zeit.“

Nach der Festlegung der Ziele können aus den vorhandenen Daten Kennzahlen gebildet werden, welche das Erreichen der Ziele abbilden und damit die erfolgreiche Durchführung der Geschäftsprozesse dokumentieren können. Die Auswahl von Kennzahlen kann sich dabei an folgenden Fragestellungen orientieren:¹

1. Steuerungsrelevanz der Kennzahl

Die Kennzahl stellt die zur Steuerung der Geschäftsprozesse notwendigen Informationen zur Verfügung. Ein Beispiel hierfür ist die Kennzahl „Laufzeit eines Berufskrankheiten-Verfahrens (BK-Verfahren) vom Eingang der Verdachtsmeldung bis zur ersten versicherungsrechtlichen Entscheidung“. Eine Beschleunigung der Tätigkeiten oder Verkürzung von Fristen im BK-Verfahren trägt dazu bei, die Zeitspanne von der Verdachtsmeldung bis zur ersten versicherungsrechtlichen Entscheidung zu verkürzen. Wenn es Ziel ist, das BK-Verfahren zu beschleunigen, trägt diese Kennzahl dazu bei, die Beschleunigung messbar zu machen.

2. Validität der Datenquelle

Die den Rohdaten der Kennzahl zugrunde liegende Datenquelle hat eine hohe Vertrauensbasis. Die Rohdaten werden zweifelsfrei als korrekt und vergleichbar angesehen. Grundlage ist eine vereinbarte, trägerübergreifende Erhebungsrichtlinie. Ein Beispiel für eine hohe Validität ist die Kennzahl „Laufzeit einer eingehenden DALE-Rechnung vom Eingang bis zur Bezahlung“. Die zur Bildung der Kennzahl benötigten Informationen „Datum Eingang DALE-Rechnung“ und „Datum Geldabgang Bankkonto“ können zweifelsfrei bestimmt werden, es gibt keine individuellen Spielräume zur Beeinflussung der Daten. Ein Beispiel für eine geringere Validität ist die Kennzahl „Zeitraum vom Erkennen bis

Reaktion auf definierte Störungen im Heilverlauf“. Die zur Bildung der Kennzahl benötigten Informationen sind in der Regel nicht im IT-System vorhanden und können nur durch Aktenanalyse ermittelt werden. Eine vollständige und lückenlose Dokumentation ist nicht sichergestellt.

3. Ermittlungsaufwand

Kosten und Nutzen der Datengewinnung müssen in einem angemessenen Verhältnis stehen. Ein Beispiel für einen geringen Erhebungsaufwand zeigt die Kennzahl „Laufzeit einer eingehenden DALE-Rechnung vom Eingang bis zur Bezahlung“. Die zur Bildung der Kennzahl benötigten Informationen „Datum Eingang DALE-Rechnung“ und „Datum Geldabgang Bankkonto“ können über eine einfache IT-Auswertung (Datenbankabfrage) ermittelt werden. Ein Beispiel für einen vergleichsweise hohen Aufwand zeigt die Kennzahl „Kundenzufriedenheit mit der Laufzeit im BK-Verfahren“. Die zur Bildung der Kennzahl benötigten Daten sind über eine Versichertenbefragung zu generieren. Diese Versichertenbefragung wird über einen Papierfragebogen durchgeführt. Die von der versicherten Person manuell eingetragenen Daten müssen ebenfalls manuell in eine Tabelle übernommen werden und können anschließend (teil)automatisiert zu einer Kennzahl verdichtet werden.

4. Einfluss auf weitere Ergebnisdimensionen (Qualität, Kosten, Zeit)

Maßnahmen zur Veränderung der Kennzahl bewirken auch Veränderungen der Kennzahlen anderer Ergebnisdimensionen. Ein Kennzahlen-Beispiel mit Einfluss auf andere Dimensionen zeigt die „Laufzeit des BK-Verfahrens vom Eingang der Verdachtsmeldung bis zur ersten versicherungsrechtlichen Entscheidung“. Die Verkürzung der Laufzeit ohne Quali-

tätsverlust – aber nun durch Bearbeitung mehrerer Personen Laufzeit (Ergebnisdimension Zeit) – erhöht gleichzeitig auch den Ressourceneinsatz (Ergebnisdimension Kosten).

Idealerweise fließen bei einem integrierten Steuerungsansatz (wie er in dieser Artikelserie beschrieben wird) alle benötigten Kennzahlen in einem zentralen Berichtswesen zusammen. Dieses Berichtswesen stellt den steuerungsverantwortlichen Personen die Kennzahlen in den von

„Die Praxis zeigt, dass mit Geschäftsprozessen regelmäßig mehrere Ziele verfolgt werden, die sich gegenseitig beeinflussen.“

ihnen benötigen Detaillierungsgraden, Zeitverläufen und weiteren gewünschten Ausprägungen in den benötigten Intervallen zur Verfügung. Aufgabe der mit Steuerungsaufgaben betrauten Personen ist es nun, die erhaltenen Informationen zu analysieren, zu bewerten und gegebenenfalls Anpassungsmaßnahmen zur Weiterentwicklung der Geschäftsprozesse abzuleiten und umzusetzen. Ein Instrument, mit dessen Hilfe diese Aufgabe bewältigt werden kann, ist das Benchmarking. Dieses Instrument wird im letzten Teil dieser Artikelserie in der nächsten Ausgabe näher vorgestellt. ●

Fußnote

[1] DGUV „Benchmarkingstandards in der gesetzlichen Unfallversicherung“



Aus der Forschung Sanfter Bodycheck vom Kollegen Roboter

Wie stark können Maschinenteile auf bestimmte Körperteile mechanisch einwirken, ohne dass es zu Schmerzen kommt? Eine Forschungskooperation der Universitätsklinik Mainz mit dem Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) sowie dem Fachbereich Holz und Metall der DGUV hat jetzt erstmals Druckschmerzschwellen systematisch bestimmt.

Roboter sind längst keine Seltenheit mehr in der industriellen Produktion. In der Kfz-Montage, Medizintechnik oder in vielen anderen industriellen Fertigungsbereichen trifft man auf diese starken, präzisen und schnellen Maschinen. Typischerweise verrichten sie ihre oft raumgreifende Tätigkeit in abgetrennten Zonen, jedoch gibt es einen klaren Trend dahin, dass leichte Roboter und Menschen gewissermaßen Hand in Hand arbeiten. Hier kommt es darauf an, dass Zusammenstöße oder Klemmungen möglichst gar nicht eintreten, zumindest aber glimpflich verlaufen. Auf keinen Fall dürfen Kollisionen mit kollaborierenden Robotern zu Verletzungen führen. Aber selbst wenn sie „nur“ schmerzhaft verlaufen, kann das für die

Betroffenen eine erhebliche gesundheitliche Belastung bedeuten.

Ermittlung der Schmerzempfindlichkeit

Wie stark Maschinenteile auf bestimmte Körperteile mechanisch einwirken können, ohne dass es zu Schmerzen kommt, war bisher nur ansatzweise bekannt, und systematische Untersuchungen zu dieser wichtigen Frage fehlten völlig. Dies zu ändern, war das Ziel einer Forschungskooperation der Universitätsklinik Mainz mit dem Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) sowie dem Fachbereich Holz und Metall der DGUV. Dazu konstruierte das IFA ein neuartiges Algometer, in welchem ein Stößel mit langsam und kons-

tant zunehmender Kraft auf eine bestimmte Körperstelle der Versuchsperson drückt. Sobald das Druckgefühl in einen Schmerz übergeht – das ist die Definition der Schmerzschwelle –, stoppt die Person den Stößel mit einem Schalttaster. Ein im Algometer angebrachter Kraftsensor und eine Druckmessfolie auf dem Stößel erlauben es, die in diesem Moment anliegende Gesamtkraft, die effektive Kontaktfläche und die lokale Druckverteilung exakt zu bestimmen. Das Algometer wurde vor dem praktischen Einsatz eingehend geprüft und zudem zertifiziert, um eine mögliche Gefährdung der Versuchspersonen jederzeit auszuschließen. Das Studiendesign wurde von der Ethikkommission der Landesärztekammer Rhein-

Autoren

Dr. Joachim Herrmann

DGUV-Forschungsförderung
E-Mail: forschungsfoerderung@dguv.de

Hans-Jürgen Ottersbach

Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: hans-juergen.ottersbach@dguv.de

Dr. Matthias Umbreit

Fachbereich Holz und Metall der DGUV
E-Mail: fb-holzundmetall@bghm.de



Algometer zur Bestimmung von Druckschmerzschwellen

land-Pfalz positiv bewertet. Das Mainzer Team aus den Fachrichtungen Arbeitsmedizin, Psychologie und Bioinformatik realisierte die aufwendigen Versuche mit insgesamt 100 Probandinnen und Probanden, darunter 40 Beschäftigte aus der Metallbearbeitung, und zwar jeweils mehrfach an 29 für den Arbeitsschutz relevanten Körperstellen. Insgesamt wurden etwa 12.000 Messungen durchgeführt und ausgewertet.

„Das Algometer wurde vor dem praktischen Einsatz eingehend geprüft und zudem zertifiziert, um eine mögliche Gefährdung der Versuchspersonen jederzeit auszuschließen.“

Analyse der Daten

Die so erhaltenen mittleren Schwellenwerte für das Auftreten von Druckschmerz betragen beispielsweise für den Kaumuskel 15 N beziehungsweise 66 N/cm² oder für die Zeigefingerbeere der nichtdominanten Hand 58 N beziehungsweise 185 N/cm². (1 N, ausgeschrieben 1 Newton, entspricht in etwa dem Gewicht 0,1 kg.) Dabei bestanden von Individuum zu Individuum deutliche Unterschiede. Dennoch zeigte die weitere Datenanalyse unter anderem klar, dass der Bereich der

Hände und Unterarme deutlich höhere Schmerzschwellen aufweist als zum Beispiel der Kopf- oder Halsbereich. Diese Informationen ermöglichen es Systemintegratoren, eine fundierte Risikobeurteilung durchzuführen. Beschäftigte aus der Metallbearbeitung haben im Vergleich zu den übrigen Probandinnen und Probanden etwas höhere Schmerzschwellen. Das Alter der Versuchspersonen hatte dagegen keinen wesentlichen Einfluss auf das Schmerzempfinden.

Ausblick

Die in diesem Projekt erstmals auf reproduzierbare Weise ermittelten repräsentativen Druckschmerzschwellen werden eine bedeutende Rolle bei der technischen Auslegung und Sicherheitsprüfung von Industrierobotern spielen. So ist beabsichtigt, die Ergebnisse in die Normungsarbeit zur ISO/TS 15066 und ISO 10218 einzubringen. Der Fachbereich Holz und Metall wird die Ergebnisse in einer praxisgerechten DGUV Information zusammenstellen. Hersteller und Anwender werden damit konkrete und verlässliche Gestaltungsvorgaben für den bestimmungsgemäßen, sicheren Praxiseinsatz haben. Auch in anderen Produktionsbereichen, in denen die Gefahr einer Kollision von Werkzeugen oder Werkstücken mit Menschen besteht, könnte der Arbeitsschutz von den Erkenntnissen profitieren.

„Die ermittelten Druckschmerzschwellen werden eine bedeutende Rolle bei der technischen Auslegung und Sicherheitsprüfung von Industrierobotern spielen.“

! Weitere Informationen findet man unter: www.dguv.de (Webcodes d130119 und dp58434)



Für die Aussaat können Landwirtinnen und Landwirte anstatt zu 50 Kilogramm schweren Saatgutsäcken zu halben Portionen greifen.

Interview

Warum schwer, wenn's leichter geht?

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) hat die Markteinführung kleinerer Gebindegrößen für Saatgut und Düngemittel maßgeblich vorangetrieben. Im Interview nennt Arnd Spahn, Vorstandsvorsitzender der SVLFG, die Gründe für den Vorstoß der SVLFG und erklärt die Bedeutung der 25-Kilogramm-Säcke für alle in der Landwirtschaft Tätigen, insbesondere für Jugendliche, Frauen und Ältere.

Ob beim Ausbringen der Saat, beim Düngen oder beim Füttern der Tiere: Saatgut, Dünge- und Futtermittel werden lose – oder auch in Säcken abgefüllt – ausgeliefert. Vor allem in den alten Bundesländern ist Sackware nach wie vor beliebter als in den neuen Ländern. Säcke wiegen in der Regel 50 Kilogramm. Sind keine maschinellen Hilfseinrichtungen – wie etwa ein Vakuumheber – vorhanden, müssen die Säcke mit Muskelkraft bewegt werden. Das Heben und Tragen belastet vor allem die Lendenwirbelsäule einseitig und schwer. Dabei tröstet es auch nicht, dass die zu bewegenden Gewichte früher noch schwerer waren – Säcke mit 80 Kilogramm waren durchaus üblich. Die gute Botschaft lautet: Sackware ist heute auch in handlichen 25-Kilogramm-Säcken erhältlich – nicht zuletzt dank einer Initiative der SVLFG, die durch ihre beharrlichen Vorstöße Saatguthersteller dazu

bewegen konnte, auch kleinere Gebinde in ihr Angebot aufzunehmen. Arnd Spahn, Vorstandsvorsitzender der SVLFG, erzählt, wie dieser Erfolg erreicht werden konnte.

Herr Spahn, es ist geschafft, endlich können Landwirtinnen und Landwirte beispielsweise bei der Aussaat anstatt zu 50 oder 40 Kilogramm schweren Saatgutsäcken zu „halben Portionen“ greifen ...

Ja, das stimmt. Ein schöner Erfolg! Aber bis dahin waren viele Verhandlungen notwendig, um die Hersteller für die Idee der leichteren Gebinde zu gewinnen. Letztlich kam es dann vor rund zwei Jahren mit der Firma Stroetmann Saatgut GmbH & Co. KG zu einem ersten Kooperationsprojekt. Diese stellte ihre Produktion Zug um Zug auf kleinere Gebinde um. Das Wissen um die ständig steigende Zahl der Muskel-Skelett-

Erkrankungen in den grünen Berufen, das entsprechende Memorandum zum Arbeitsschutz in der Landwirtschaft des Bundeslandwirtschaftsministeriums und viele Gespräche mit Versicherten haben uns immer wieder darin bestärkt, das Thema weiter voranzutreiben. Die Handhabung dieser schweren Säcke wird im wahrsten Sinne des Wortes als sehr belastend empfunden.

Gerade Frauen, die in der Landwirtschaft oft genug auch in der Außenwirtschaft „ihren Mann stehen“, haben bei solchen Fehlbelastungen des Rückens ein besonders hohes Risiko, ihre Wirbelsäule zu schädigen. Vor allem dann, wenn Hilfsmittel wie beispielsweise ein Vakuumheber oder ein Gabelstapler fehlen oder situationsbedingt nicht eingesetzt werden können. Dann bleibt nichts anderes übrig als selbst anzupacken.

Wie sieht das in der Praxis aus?

In der Saison, beispielweise bei der Aussaat, verbringen Beschäftigte insgesamt mehrere Stunden am Tag nur mit dem Nachfüllen des Saatgutes in die Sämaschine. Jedes Mal muss der Sack vom Anhänger, der am Feldrand steht, zum Schlepper getragen, abgesetzt, aufgehoben und das Saatgut in den Saatgutbehälter der Sämaschine gefüllt werden.

Welche Schritte waren denn notwendig, um die Einführung der leichten Gebinde zu ermöglichen?

Hilfreich war sicher, dass wir den Herstellern eine gemeinsame, schlagkräftige Öffentlichkeitsarbeit anbieten konnten. So zum Beispiel auf der Grünen Woche 2014 und 2015 in Berlin. Dort haben wir die rückschonenden Gebinde zusammen mit der Firma Stroetmann Saat GmbH & Co. KG vorgestellt und sie später – auch mit ande-

„Ganz gleich also, ob die Muskulatur durch Arbeit überlastet wird oder ob zu wenig Bewegung für eine Schwächung des Rückens sorgt: Das Ergebnis ist immer schmerzhaft.“

ren Herstellern – immer wieder der Öffentlichkeit präsentiert. Zum Beispiel auch in unserem Mitgliedermagazin „LSV kompakt“ und auf unserer Homepage. Die Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ der DGUV, an der sich die SVLFG natürlich beteiligt, bietet uns dafür nach wie vor einen optimalen Rahmen. Als zusätzlichen Anreiz haben wir einen Aufkleber entwickelt, der auf den leichteren Gebinden angebracht ist. Damit empfiehlt die SVLFG den Kauf der 25-Kilogramm-Säcke aus Gründen des Gesundheitsschutzes bei der Arbeit. Die gesetzliche Grundlage zum Handeln gab uns die Lastenhandhabungsverordnung des Arbeitsschutzgesetzes.

Hatte die öffentlichkeitswirksame Gemeinschaftsaktion Erfolg?

Schon jetzt kann man sagen, dass es sich gelohnt hat. Seitens der Hersteller haben wir die Information, dass die Nachfrage durchaus rege ist. Inzwischen werden zum Beispiel rund 30 Prozent des abgepackt auf den Markt kommenden Saatgutes in verträglichen 25-Kilogramm-Säcken angeboten. Die Firma Stroetmann will für

Im Zuge der Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ werden 25-Kilogramm-Säcke mit einem Aufkleber versehen, der auf die Umstellung auf das geringere Gewicht und damit die verringerte Belastung hinweist.



die Aussaat 2015 nun auch Saatgut für Weizen und Triticale in der kleineren Abpackung auf den Markt bringen. Neben Stroetmann bietet inzwischen auch die BayWa AG Saatgut in 25-Kilogramm-Säcken an. Ich gehe davon aus, dass wir künftig ausschließlich „halbe Portionen“ in der Landwirtschaft haben werden, ich bin hier wirklich optimistisch.

Wieso kam es eigentlich zu diesem Vorstoß? Haben die alten Verpackungsgrößen nicht über lange Zeit gut funktioniert?

Die Aufgabe von Prävention und Primärprävention ist es, Krankheiten möglichst zu vermeiden, bevor sie entstehen können. Die SVLFG hat hier eine große Verantwortung. Wir wissen: Das falsche Heben und Tragen schwerer Lasten ist eine Hauptursache für Rückenschmerzen. Sie gelten als Volkskrankheit Nummer eins! Glaubt man der Statistik, leiden mehr als zwei Drittel der Deutschen früher oder später darunter. Oft treten die Schmerzen nur vorübergehend auf, bei vielen Beschäftigten sind sie jedoch ein schmerzhafter Dauerzustand und etwa jeder zehnte Krankheitstag in Deutschland geht auf das Konto der Muskel-Skelett-Erkrankungen. In unseren grünen Berufen kommt dazu, dass sich der demografische Wandel stark bemerkbar macht. Wie bereits oben erwähnt, übernehmen Frauen zunehmend auch schwerere körperliche Arbeiten, jugendliche Helfende und Auszubildende wollen und müssen kräftig mit anpacken.

Durch kleinere Gebindegrößen wird diesen Personengruppen die Arbeit entschieden erleichtert, wenn nicht sogar mitunter erst ermöglicht. Ebenso wie andere Berufsgruppen leiden die Land- und Forstwirtschaft sowie der Garten- und Landschaftsbau unter Fachkräftemangel. Die teils schwere körperliche Arbeit schreckt man-

che ab, die sich eigentlich für diese Berufe interessiert hätten. Leichtere Verpackungseinheiten können einen Beitrag leisten, Menschen wieder für unsere Berufe zu begeistern. Den Anstoß zu geben, dass schwere 50-Kilogramm-Säcke durch leichtere Gebinde ersetzt werden, ist also eine sehr sinnvolle Präventionsmaßnahme! Im Einzelnen trifft die Muskel-Skelett-Erkrankung einer Arbeitnehmerin oder eines Arbeitnehmers die Unternehmerin beziehungsweise den Unternehmer, die im Betrieb auf eine teure und schwer zu ersetzende Arbeitskraft verzichten müssen. Gesamtwirtschaftlich gesehen ist die Behandlung von Muskel-Skelett-Erkrankungen ein immenser Kostenfaktor. Sie sehen also: Hier geht es sowohl um Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz als auch um handfeste wirtschaftliche Gründe. Auch unter diesen monetären Gesichtspunkten ist eine Umstellung auf leichtere Gebinde längst überfällig. Was sich im gewerblichen Bereich, zum Beispiel auf Baustellen, schon lange bewährt hat, sollte ebenso für uns in der Land- und Forstwirtschaft sowie im Gartenbau Verwendung finden, oder?

Wie lange gibt es die Rückenkampagne schon und wo liegt der Nutzen für die Versicherten der SVLFG?

Wir sind mit der Kampagne nun im dritten und letzten Jahr. Es war und ist unser erklärtes Ziel, unsere Versicherten darüber aufzuklären, wie wichtig es ist, aktiv zu werden für einen starken Rücken. Hier kann Prävention gezielt helfen. Das kann zum Beispiel durch den Einsatz von Hilfsmitteln geschehen. Beim Bewegen von schweren Säcken denke ich zum Beispiel an den Einsatz der bereits angesprochenen Vakuumentheber, immer dort, wo es möglich ist. Solche Hilfsmittel werden im Rahmen der Aktion von der SVLFG auf Messen und Ausstellungen aktiv beworben. Mindestens ebenso wichtig ist aber



Foto: SVLFG

Arnd Spahn (Vorstandsvorsitzender der SVLFG) und Anna Hüseemann (ehemalige Disponentin und Projektbetreuerin der Firma Stroetmann)

die Stärkung der Rückenmuskulatur. Die Rückenmuskulatur ist für mehr als 90 Prozent aller Rückenschmerzen verantwortlich. Und diese Muskeln können trainiert und gestärkt werden! Auf www.svlfg.de unter „Prävention“ und „Denk an mich. Dein Rücken“ finden Interessierte wertvolle Informationen, wie sie selbst aktiv werden können. Ein Filmbeitrag zeigt Übungen aus dem Bereich der Rückenschule. Unser kostenloses Plakat zum Download kann jeden Tag daran erinnern, ein paar Minuten in die eigene Rückengesundheit zu investieren. Im Rahmen der Primärprävention fördert die SVLFG auch die Teilnahme an Gesund-

heitskursen. Dazu gehören auch Angebote zur Rückenschule. Rückenprobleme entstehen sowohl durch Überlastung als auch durch zu wenig Beanspruchung. Ganz gleich also, ob die Muskulatur durch Arbeit überlastet wird oder ob zu wenig Bewegung für eine Schwächung des Rückens sorgt: Das Ergebnis ist immer schmerzhaft. Durch richtiges, individuell angepasstes Training kann sich jeder gesunde Mensch vor Rückenschmerzen schützen – und es ist nie zu spät, damit zu beginnen! Wer bereits an einer Muskel-Skelett-Erkrankung leidet, sollte vor Trainingsbeginn sicherheitshalber ärztliche Rücksprache halten. Wer so vorgeht und

wer Überlastungen und Fehlbelastungen vermeidet, sorgt dafür, dass die Wirbelsäule gesund bleibt.

Das Interview führte Frau Martina Opfermann-Kersten, stellvertretende Pressesprecherin der SVLFG.

Hintergrundinformationen zum Einsatz von kleineren Gebinden bei Saatgut, Futter- und Düngemitteln

Im Merkblatt zur Berufskrankheit Nr. 2108 Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung sind die Gewichte aufgelistet, die auf ein erhöhtes Risiko für eine Gesundheitsgefährdung hinweisen (siehe Tabelle 1).

Daraus folgt, dass es einen großen Unterschied macht, ob man einen 50-Kilogramm-Sack bewegen muss – oder einen halb so schweren!

Diese Aussage wird auch gestützt durch die Empfehlung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt 1981/11, S. 96 (siehe Tabelle 2).

Tätigkeit	Frauen	Männer
Beidhändiges Heben	10 kg	20 kg
Einhändiges Heben	5 kg	10 kg
Beidhändiges Umsetzen	20 kg	30 kg
Einhändiges Umsetzen	5 kg	10 kg
Beidseitiges Tragen neben dem Körper, auf den Schultern oder dem Rücken	20 kg	30 kg
Tragen vor oder einseitig neben dem Körper	15 kg	25 kg

Quelle: BMAS

Tabelle 1

Zumutbare Last in kg / Häufigkeit des Hebens und Tragens				
Lebensalter	gelegentlich ¹		häufiger ²	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
15 bis 18 Jahre	15 kg	35 kg	10 kg	20 kg
19 bis 45 Jahre	15 kg	55 kg	10 kg	30 kg
älter als 45 Jahre	15 kg	45 kg	10 kg	25 kg

¹ Heben und Tragen der Last höchstens einmal pro Stunde bei einem Transportweg bis längstens vier Schritte
² Heben und Tragen der Last wenigstens zweimal pro Stunde bei einem Transportweg von fünf und mehr Schritten

Quelle: BMAS

Tabelle 2

Zu Hause arbeiten – ein lückenhafter (?) Unfallversicherungsschutz

Auch bei einer überwiegend von zu Hause aus arbeitenden Selbstständigen ist ein Sturz auf einer Treppe im selbstbewohnten Einfamilienhaus auf dem Weg vom Arbeitszimmer zur Haustür zur Entgegennahme eines Postpaketes kein unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung stehender Arbeitsunfall.

Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 09.02.2015 – L 1 U 1882/14, juris

Die Klägerin, selbständige Journalistin, arbeitete in ihrem häuslichen Arbeitszimmer im 1. Stock, als der Postbote X, den sie schon vom Fenster aus gesehen hatte, klingelte. Sie ging die Treppe hinunter zur Tür, kam ins Straucheln, stürzte und verletzte sich dabei. Entgegen ihrer Annahme, dass bestelltes Büromaterial geliefert werde, handelte es sich um privat bestellte Kaffeekapseln. Der zuständige UV-Träger, das SG Heilbronn sowie das LSG Baden-Württemberg verneinten einen Arbeitsunfall der Klägerin.

Unabhängig von der rein subjektiven Handlungstendenz der Klägerin, bestelltes Büromaterial entgegen nehmen zu wollen, (in Wahrheit waren es ja „private Kaffeekapseln“), wird in solchen Fällen seit Jahrzehnten in Rechtsprechung und Praxis auf objektive Gegebenheiten abgestellt. Ausgangspunkt ist zunächst, dass es keinen sogenannten Betriebsbann gibt, das heißt es sind nicht alle Tätigkeiten (unfall)versichert, nur weil sie während der Arbeitszeit und auf der Arbeitsstätte verrichtet werden. Dies gilt auch für Wege, die oft nur der eigentlich versicherten Tätigkeit vor- oder nachgelagert sind. Sie sind nur versichert, wenn ein sachlicher Zusammenhang zwischen der eigentlich versicherten Tätigkeit und der Zurücklegung des Weges besteht. Hierbei ist wiederum zu berücksichtigen, dass die Rechtsprechung das Prinzip der „Außentür des Gebäudes“ kennt und betrieblich bedingte Wege im Grundsatz nur (draußen) im öffentlichen Verkehrsraum versichert, nicht aber im privat genutzten Gebäude (Haus; Wohnung).

Genau das ist das Problem unseres Falles, weil das Haus der Klägerin sowohl für private als auch für betriebliche Zwecke genutzt wird. Nach welchen Kriterien beurteilen wir, ob hier UV-Versicherungsschutz besteht? Seit Jahrzehnten stellt das BSG darauf ab, ob der persönliche Lebensbereich schon verlassen wurde bzw., wenn dies nicht eindeutig ist, ob der Ort des Unfalls auch Betriebszwecken wesentlich diene (vgl. BSG, Urteil vom 29.01.1960 – 2 RU 265/56 – juris). Als Kriterium für die Frage dieser Wesentlichkeit wird – neben der Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles – darauf abgestellt, ob der Unfallort ständig, also nicht nur gelegentlich für betriebliche Zwecke genutzt wird (vgl. BSG, Urteile vom 12.12.2006 – B 2 U 28/05 R und B 2 U 1/06 R – juris).

Das LSG Baden-Württemberg interpretiert dies so, dass es eine „überwiegend betriebliche Nutzung der Treppe“ (als Unfallort) fordert (Rz 29), was im Falle der Klägerin nicht vorgelegen habe, da sie diese Treppe in aller Regel privat benutze, um vom Erdgeschoss (Küche, Essbereich, Wohnzimmer) in den 1. Stock (Arbeitszimmer, Schlafzimmer, Badezimmer) zu gelangen.

So gesehen dürfte die Klägerin Probleme haben, außerhalb des Arbeitszimmers in ihrem Haus überhaupt (unfall)versichert zu sein; zum Beispiel beim Gang zum WC, in die Küche oder eben, wenn ein Postbote an der Haustür klingelt. Das klingt auf den ersten Blick plausibel, wenn wir das Kriterium der „Außentür des Gebäudes“ vor Augen haben und den häuslichen Bereich grundsätzlich (bis auf das Arbeitszimmer) dem privaten Bereich zuordnen. Bei einem zweiten Blick auf das Ganze tauchen aber Fragen auf:

- Bei einer abhängigen Beschäftigung sind Wege (auf der Arbeitsstätte) vom Arbeitszimmer etwa in die Kantine und zur Außentüre der Arbeitsstätte versichert, ohne dass es zum Beispiel bei Stolperunfällen (etwa aus Unachtsamkeit) auf irgendwelche spezifischen Gefahren der Örtlichkeit ankommt. Warum nicht auch, wenn die/der Betreffende selbstständig ist und zu Hause arbeitet?
- Das Kriterium einer wesentlichen (überwiegenden?) betrieblichen Nutzung einer Örtlichkeit im eigenen Haus (oder Wohnung) kann außerhalb des eigentlichen Arbeitszimmers kaum je erfüllt werden. Ist es also als „K.O.-Kriterium“ gedacht, weil der Arbeit im eigenen Haus (oder in der Wohnung) doch irgendwie „misstraut“ wird?

Dahinter steht aber wohl ein größeres Problem. In unserer sich ständig ändernden Arbeitswelt verschieben sich vermehrt die ehemals getrennten Blöcke „Arbeit“ und „Privatleben“ hin zu einer Verwobenheit beider. Diese Verwobenheit hat nicht nur eine inhaltliche und zeitliche Komponente, sondern auch eine örtliche, wie der hiesige Fall zeigt. Wenn die moderne Arbeitswelt mehr und mehr Arbeit und Privates vermischt, kommt eine Sichtweise – hier die unfallversicherungsspezifische Rechtsprechung –, die um Kriterien der Trennung von Arbeit und Privatem ringt, zwangsläufig in Probleme. Spitz formuliert: Die Rechtsprechung hinkt mit veralteten Kriterien der sich rasant verändernden Arbeitswelt hinter her. Das ist schon ein Problem.



Kontakt:

Prof. Dr. Laurenz Mülheims, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg,
E-Mail: laurenz.muehlheims@h-brs.de

Neue Wege bis 67 – Praxistipps für ein längeres Arbeitsleben

Für viele Beschäftigte in körperlich harten Berufen wie in der Metallindustrie bedeutet es eine Herausforderung, bis 67 zu arbeiten. Die ZEIT-Stiftung hat zusammen mit der Handelskammer Hamburg und dem Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG) Beschäftigte zweier Hamburger Betriebe befragt und aus den Ergebnissen nun Handlungsempfehlungen für Beschäftigte und deren Personalverantwortliche in den belastenden Berufen entwickelt. Die Praxistipps zeigen, wie Arbeitnehmende bis zum gesetzlichen Rentenalter von 67 Jahren gesund, arbeitsfähig und leistungstark bleiben können und welche Maßnahmen Personalentwickler ergreifen können, um das zu gewährleisten.

„Neue Wege bis 67 – gesund und leistungsfähig im Beruf“ liefert Ergebnisse aus der Metallindustrie, die sich gut auf viele Arbeitsplätze in anderen Branchen des produzierenden Gewerbes übertragen lassen“,

unterstreicht Helmut Schmidt, Bundeskanzler a. D. und Initiator der Studie. Bislang gehen viele „Metaller“ aufgrund gesundheitlicher Probleme verfrüht in Rente. Die Studie arbeitet exemplarisch heraus, welche ersten gesundheitlichen Anzeichen auf ein drohendes Berufsende hindeuten. Insbesondere ältere Beschäftigte erläutern, was nach ihrer Erfahrung hilfreich ist, um im Metallberuf tätig zu bleiben. Beschäftigte, die bereits erfolgreich ihre Tätigkeit oder ihren Beruf gewechselt haben, schildern, wie sie ihre berufliche Laufbahn gestaltet haben.

! Weitere Informationen unter: www.zeit-stiftung.de > Mediathek > Broschüren und Flyer > „Neue Wege bis 67 – gesund und leistungsfähig im Beruf“

Alkohol und Arbeit – zwei, die nicht zusammenpassen

In ergänzter Form, praxisnah und anschaulich hat die Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM) die Kurzbroschüre rund um das Thema Alkohol am Arbeitsplatz neu aufgelegt. Insbesondere die Rechtslage wurde in den Mittelpunkt gerückt, denn die gesetzlichen Grundlagen betonen unmissverständlich, was auch der Broschüren-Titel zum Ausdruck bringt: „Alkohol und Arbeit – zwei, die nicht zusammenpassen“. Die Broschüre informiert unter anderem Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Vorgesetzte über ihre Fürsorgepflicht, auf alkoholisierte Beschäftigte einzuwirken, sie zeigt Möglichkeiten zur Suchtprävention im Betrieb und führt Ansprechpersonen sowie Literatur zum Thema auf.



Quelle: BG ETEM

Broschüre „Alkohol und Arbeit – zwei, die nicht zusammenpassen“

! Weitere Informationen unter: www.bgetem.de (Webcode 12201321)

Impressum

DGUV Forum

Fachzeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Entschädigung
www.dguv-forum.de

7. Jahrgang. Erscheint zehnmal jährlich
Herausgeber • Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer, Glinkastraße 40, 10117 Berlin-Mitte, www.dguv.de

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

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

Redaktionsassistenten • 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/Kurhan

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.

Sechste Fachtagung **Psychische Belastungen und Gesundheit im Beruf** am 28. und 29. Mai 2015

» **Bildungsstätte der BG ETEM in Bad Münstereifel**

Aus der Themenliste:

- » Mobil und flexibel – und wo bleibt die Familie?
- » Betriebliche Prävention und die Rolle des Betriebsarztes
- » Kollegen helfen bei psychischen Problemen
- » Online-Gesundheitstrainings für Berufstätige
- » Risikofaktor Arbeitsunterbrechung
- » Betriebliches Eingliederungsmanagement
- » Konformität im Berufsleben
- » Job on the Training – Psychosomatische Tagesklinik
als Hilfe für die Rückkehr in den Beruf

Weitere Informationen unter www.universum.de/ppg

Einfach anmelden: per Fax **0611 9030-181**

per E-Mail: fachtagung@universum.de

oder per Telefon **0611 9030-244**

Tagungspreis **€ 380,-**

Kombination Tagung plus „Praxishandbuch
psychische Belastungen im Beruf“ **€ 428,-**

(Tagungsgebühr einschließlich Übernachtungs- und Verpflegungskosten)

Die Zertifizierung bei der Ärztekammer
Nordrhein ist beantragt.



Die DGUV hat die Veranstaltung mit
10 Stunden im Rahmen der Aufrecht-
erhaltung des Zertifikats zum Certified
Disability Management Professionals
anerkannt.

Veranstalter:



Universum Verlag GmbH · Taunusstraße 54
65183 Wiesbaden · Registriert beim Amts-
gericht Wiesbaden, HRB 2208

Die humorvolle
Anti-Stress-
Kampagne für Ihr
Unternehmen

RELAX

- RELAX E-Learning Online
- RELAX Kampagnenpaket
- RELAX Motivkarten in Postkartenbox
- RELAX Poster
- RELAX Broschüre für Führungskräfte



Sport treiben



Wenn nötig
NEIN sagen



ERINNERUNG

Nobody is perfect!

