

DGUV Forum

Rehabilitation aus einer Hand



Aus der Forschung –
Nachhaltigkeit von Präventionskampagnen

Das erste Jahr im Amt –
Interview mit den DGUV-Vorstandsvorsitzenden Leoprechting und Wirsch

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Rehabilitation lohnt sich – davon sind wir überzeugt. Deshalb gehören die soziale, berufliche und medizinische Rehabilitation zu den drei Grundpfeilern der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Erfahrungen, die wir in diesem Bereich gesammelt haben, erklären die guten Ergebnisse, die wir erzielen: Im Schnitt kehren 97 von 100 Menschen, die durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit Einschränkungen erlitten haben, wieder in den Job zurück. Das ist ein großer Erfolg.



Foto: DGUV/Stephan Floss Fotografie

Aber nicht nur das, diese Zahl zeigt noch mehr: Qualität macht einen Unterschied. Wer in gute Rehabilitation investiert, der wird insgesamt Kosten sparen. Und vielleicht noch wichtiger: Gute Reha

hilft Menschen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Menschen mit Behinderungen

„Menschen mit Behinderungen eine Teilhabe an allen Lebensbereichen zu ermöglichen, ist für uns eine dauerhafte Aufgabe.“

eine Teilhabe an allen Lebensbereichen zu ermöglichen, ist für uns eine dauerhafte Aufgabe. Dazu gehört es auch, immer wieder zu hinterfragen, ob unsere Angebote den Bedürfnissen der Versicherten entsprechen. Und das funktioniert am besten, wenn man die Betroffenen selbst mit einbezieht.

Genau darauf zielt unsere jüngst gestartete Versichertenbefragung zum Reha-Management ab: Wie beurteilen unsere Versicherten den Reha-Prozess? Fühlen sie sich eingebunden? Welche Faktoren sind ihnen besonders wichtig? Auf diese Fragen und vieles mehr soll die Befragung unserer Versicherten, die ein Reha-Management erfahren haben, Antworten geben.

Damit machen wir einen wichtigen Schritt, um die Qualität unserer Rehabilitationsangebote zu sichern und weiterzuentwickeln. Reha-Management ist ein dynamischer Prozess, in den ständig neue Erkenntnisse einfließen müssen. Nur so können wir den Erfordernissen aus der Praxis gerecht werden. Und nur so können wir sicherstellen, dass Maßnahmen zur Rehabilitation lohnende Investitionen bleiben.

Mit den besten Grüßen
Ihr

Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ››› 2–3

› Aktuelles ››› 4–6

› Nachrichten aus Brüssel ››› 7

› Titelthema ››› 8–31

Besonderheiten und Herausforderungen
in der Kommunikation
Reha-Management für Kinder und Jugendliche 8
Birgit Morgenstern, Andreas Schuhmann

Baustein der Qualitätssicherung
Start der Versichertenbefragung zum Reha-Management 14
Doris Habekost, Nicola Schmidt

Veranstaltung der Berufsförderungswerke (BFW)
„LTA zukunftssicher gestalten“ 16
*Interview mit Thomas Köhler, Ludger Peschkes,
Thomas Meiser*

Zwischenbilanz
**Drei Jahre Psychotherapeutenverfahren der
gesetzlichen Unfallversicherung** 18
Claudia Drechsel-Schlund, Dirk Scholtysik, Utz Ullmann

Zwischenbericht
Das Klinikbaukonzept für die BG-Kliniken 24
Petra Thiel, Malte Brink

EDA UVT Reha
**Elektronischer Datenaustausch in der
Heilverfahrenssteuerung** 27
Petra Thiel, Peter Libowski

Rahmenvereinbarung orthopädische Schuhe der DGUV
**„Gute Schuhe sollen einem Menschen helfen,
seine Füße zu vergessen ...“** 30
Andreja Schneider-Dörr

› Prävention ››› 32–33

Aus der Forschung
**„Die Nachhaltigkeit von Präventionskampagnen
vom Nutzen her denken“** 32
Eşin Taskan-Karamürsel

› Unfallversicherung ››› 34–40

Interview
„Sie werden ihre Erfahrungen zu Hause weitergeben“ 34
Gespräch mit Hans-Joachim Fuchtel



8



30

Interview
Highlights und Herausforderungen 38
*Gespräch mit Rainhardt von Leoprechting und
Manfred Wirsch*

› Aus der Rechtsprechung ››› 37

› Personalien ››› 41

› Medien/Impressum ››› 42

Freiwillige Helfer und Helferinnen erfolgreich einsetzen

Das Elbehochwasser im Frühsommer 2013 zeigte einmal mehr, wie wichtig der Einsatz freiwilliger Helferinnen und Helfer ist. Zu Tausenden waren sie aktiv, füllten Sandsäcke oder verteilten Lebensmittel. Nach wie vor gibt es viele Menschen, die Mitglied einer freiwilligen Feuerwehr, des Technischen Hilfswerks oder eines Rettungsdienstes sind. Viele von ihnen aber sehen sich heute nicht mehr in der Lage, regelmäßig dabei zu sein – zum Beispiel wegen hoher Arbeitsbelastung oder weil die Zeit für die Familie zu knapp ist. Gleichzeitig sind heute viele Menschen bereit, im Notfall zu helfen, wollen aber kein festes Mitglied einer Hilfsorganisation sein.

Forschende vom Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO in Stuttgart haben deshalb gemeinsam mit dem Deutschen Roten Kreuz als Konsortialführer, der Berliner Feuerwehr sowie den Universitäten Stuttgart und Greifswald und dem Bundesverband Bürgerschaftliches Engagement im Projekt „Professionelle Integration freiwilliger Helferinnen und Helfer in Krisenmanagement und Katastrophenschutz INKA“ untersucht, wie sich auch künftig Ehrenamtliche gewinnen lassen. Dabei betrachteten sie sowohl die Situation der Ehrenamtlichen, die bereit sind, festes Mitglied in Organisationen zu werden, als auch die der Spontanhelfen-

den, die im Katastrophenfall kurzfristig anpacken möchten.

In zahlreichen Workshops wurde die Situation in Behörden und Organisationen analysiert, die mit Sicherheitsaufgaben betraut sind. Vor Ort wurden Führungskräfte und ehrenamtlich Helfende befragt. „Ein Wunsch vieler ehrenamtlich Aktiver ist es, dass auf ihre Bedürfnisse mehr Rücksicht genommen wird. So übersteigt in vielen Fällen die Zahl der Einsätze, Ausbildungen oder Übungen das Zeitbudget“,

sagt Dr. Wolf Engelbach, Abteilungsleiter am IAO. Die Studie zeigt auf, dass es zahlreiche Möglichkeiten gibt, um die Bedingungen für Ehrenamtliche zu verbessern. Jene, die während einer Katastrophe vor allem administrative Aufgaben haben, müssten beispielsweise nicht an allen technischen Geräten geschult werden. Wünschenswert wäre es auch, die Fähigkeiten der Ehrenamtlichen besser zu nutzen – technisches Know-how, Fremdsprachenkenntnisse oder eine pädagogische Ausbildung.



Bei der Hochwasserkatastrophe im Osten Deutschlands im Juni 2013 packten freiwillige und professionelle Helferinnen und Helfer Seite an Seite mit an.

Kampagne „Jobs für Menschen mit Behinderung“ gestartet

Menschen mit Behinderung haben es nach wie vor oft schwerer, einen Job auf dem ersten Arbeitsmarkt zu finden. Die Kampagne „Jobs für Menschen mit Behinderung“ will das ändern. Zusammen mit einem breiten Aktionsbündnis aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft wird die Stiftung „MyHandicap“ Arbeitssuchende mit Behinderung und Unternehmen in Kontakt bringen. Zum Auftakt startete am 14. September eine einwöchige Artikelserie in der BILD Zeitung. Sie

verdeutlicht an fünf Beispielen, welche Stärken Beschäftigte mit Behinderung in einen Betrieb einbringen können.

Viele Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen sind offen dafür, Menschen mit Behinderung einzustellen. Häufig bestehen jedoch Berührungängste, es fehlen Kenntnisse und Kontakte. Dazu Joachim Schoss, Stiftungsgründer von MyHandicap: „Genau hier setzt unsere Kampagne an. Meine Erfahrung zeigt: Wenn Arbeitgeber erst einmal die Berührung Angst verloren haben, stellen sie vielfach fest, dass hervorragende Leistungen erbracht werden, dass die Loyalität hoch ist und dass man sich ohne viel Aufwand auf die Behinderung einstellen kann.“

Zentrales Element der Kampagne „Jobs für Menschen mit Behinderung“ ist die Internet-Plattform www.myhandicap.de. Sie will einen Beitrag dazu leisten, die Vernetzung von potenziellen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit den Betrieben zu verbessern. Bewerberinnen und Bewerber können im Portal ein Persönlichkeitsprofil erstellen und dieses zur Vorbereitung auf ein Bewerbungsgespräch verwenden.

Arbeit ist ein wichtiger Bestandteil der Inklusion von Menschen mit Behinderung. Dazu Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der DGUV: „Eine Behinderung kann das Leben jedes Menschen verändern. Gleichberechtigte Teilhabe am Berufsleben muss daher unser aller Ziel sein.“



Quelle: DGUV

BGW-Fachtagung in Dortmund: Demenz – unbekannter Alltag

Die Betreuung und Pflege von Menschen mit demenziellen Erkrankungen stellt hohe Anforderungen an Pflegekräfte. Gleichzeitig ist sie mit spezifischen psychischen Belastungen verbunden bis hin zur Gefahr krankheitsbedingter Übergriffe. Wie Einrichtungen ihre Beschäftigten im Umgang mit herausforderndem Verhalten Demenzerkrankter unterstützen können, erfahren Interessierte am 10. November 2015 bei der Fachtagung „Demenz – unbekannter Alltag“ der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

(BGW) in Dortmund. Sie bietet neben Fakten und Hintergrundwissen zum Thema konkrete Impulse und Anregungen für die stationäre und ambulante Pflege. Auf dem Programm stehen Fachvorträge, Foren und Diskussionsrunden mit Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis. Die Veranstaltung im Kongresszentrum Westfalenhallen Dortmund richtet sich an Heim-, Pflegedienst- und Stationsleitungen, Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen, Personalvertretungen, Arbeitsschutzfachleute sowie Interessierte aus Verbänden, Auf-

sichts- und Genehmigungsbehörden sowie weiteren Institutionen. Teilnehmen können Personen aus Mitgliedsbetrieben der BGW und eine begrenzte Anzahl an Gästen. Die Teilnahme ist kostenfrei.

! Weitere Informationen unter: www.bgw-fachtagung.de/dortmund, Anmeldeschluss ist der 30. Oktober 2015.

„150.000 Schritte“ – Robotergestütztes Gehtraining für Querschnittgelähmte

In der BG Klinik Tübingen können Patientinnen und Patienten mit Querschnittlähmungen seit Mitte letzten Jahres mithilfe eines computergestützten Gehroboters, dem sogenannten Exoskelett, trainieren. Die neuartige Therapie zeigt positive Wirkungen auf zahlreiche Begleiterscheinungen der Lähmung. „Bereits in den 1990er Jahren wurde die Laufbandtherapie in die Behandlung von Querschnittgelähmten eingeführt und nimmt mittlerweile einen festen Platz in der Akutbehandlung inkomplett gelähmter Menschen ein“, berichtet Privatdozent Dr. Andreas Badke, Chefarzt der Abteilung für Querschnittgelähmte, technische Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie an der BG Klinik Tübingen. „Anfang des letzten Jahrzehnts wurde diese Therapie durch die Einführung des sogenannten Exoskeletts erweitert. Dieses Gerät kombiniert das Laufband mit einem Gehapparat, der die Beine des Patienten bewegt.“

In den letzten Jahren kamen mehrere Systeme auf den Markt, die als computergetriebene Gehapparate, sogenannte „Gehroboter“, für die Gelähmten ein Gehen außerhalb des Laufbandes ermöglichen. „Die in den Medien teilweise euphorischen Berichte über einzelne Methoden suggerieren den Betroffenen fälschlicherweise die Möglichkeit eines einfachen Einsatzes dieser Geräte im Alltag“, stellt Dr. Badke fest. Diese Hoffnung habe sich bislang nicht erfüllt. Es zeige sich jedoch, dass die Exoskelette in der Therapie sehr

wirksam eingesetzt werden können. „Die ersten Erfahrungen sind sehr positiv. Insbesondere die Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten zeigen, dass sowohl hinsichtlich ihrer Mobilität als auch in Bezug auf andere Symptome der Querschnittlähmung wie zum Beispiel die Kreislaufregulationsstörung sehr gute Trainingseffekte berichtet werden.“ Mitt-

lerweile wurden in der BG Klinik 22 Patientinnen und Patienten mit dem Exoskelett behandelt, die zusammen über 150.000 Schritte gemacht haben. Badke: „Die Trainingstherapie wird durch intensive Forschung begleitet, um die optimalen Einsatzmöglichkeiten und Trainingsbedingungen und damit den maximalen Erfolg für die Menschen zu erreichen.“



Gehtraining mit dem computergesteuerten Exoskelett

„Selbstverwaltung – Auslaufmodell oder Innovationsmotor?“

Unter diesem Motto „Selbstverwaltung – Auslaufmodell oder Innovationsmotor?“ stand die Festveranstaltung am 9. September 2015 bei der DGUV anlässlich des 65. Geburtstags ihres Vorstandsvorsitzenden Dr. Rainhardt Freiherr von Leoprechting.

Dr. Andrea Römmele, Professorin für politische und zivilgesellschaftliche Kommunikation von der Hertie School of Governance, thematisierte in ihrem Festvortrag die Rolle der Selbstverwaltung in unserer heutigen Demokratie. Sie zeigte dem Publikum anhand der aktuellen politischen Trends und gesellschaftlichen Strömungen Reformansätze für die soziale Selbstverwaltung. Vor allem die sozialen Medien böten Raum für mehr Bürgerbeteiligung, Interaktion und Evaluation in selbstverwalteten Institutionen, so Prof. Römmele.

Manfred Wirsch, der alternierende Vorstandsvorsitzende der DGUV, gratulierte und bedankte sich bei seinem Kollegen von Leoprechting mit einer persönlichen Laudatio für die langjährige partnerschaftliche Zusammenarbeit.

Die musikalische Untermalung der Veranstaltung übernahm eine Nachbarin der DGUV: die Komische Oper Berlin. Ein Ensemble rund um den ersten Konzertmeister der komischen Oper, Gabriel Adorján,

unterhielt die Gäste mit einer guten Mischung aus klassischen Stücken von Joseph Haydn bis Fritz Kreisler und Filmmusiken von Ennio Morricone bis Astor Piazzolla.



Dr. Rainhardt Freiherr von Leoprechting (1. v. li.)

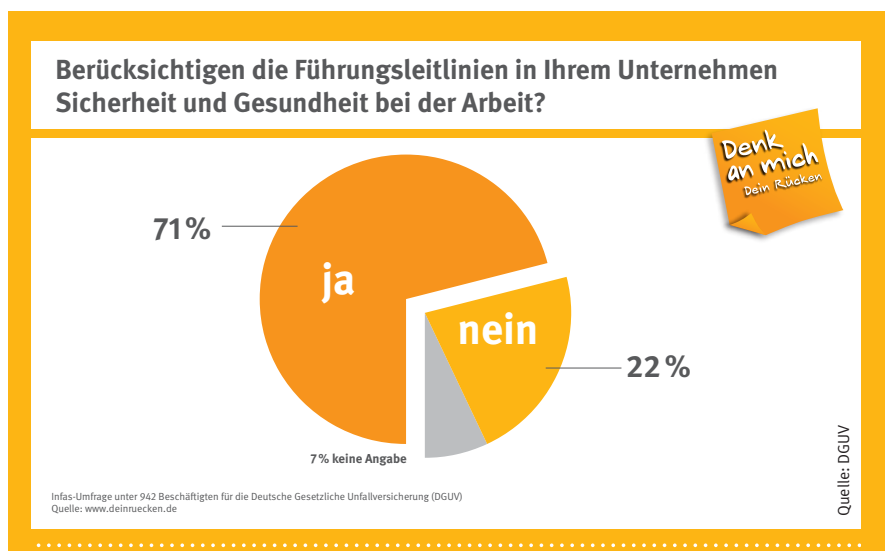
Zahl des Monats: 71%

71 Prozent der Beschäftigten arbeiten in Unternehmen, die Sicherheit und Gesundheit in den Führungsleitlinien berücksichtigen. Das geht aus einer Umfrage unter 942 Beschäftigten für die Träger der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ hervor. Rund 669 der Befragten gaben damit an, dass die Unternehmensleitung bei der Prävention von Rückenbelastungen mit gutem Beispiel vorangeht.

„Führungskräfte sind Vorbilder für ihre Mitarbeiter“, so Benjamin Heyers, Referatsleiter Personal bei der Unfallkasse Rheinland-Pfalz. „Nehmen sie selbst an Angeboten wie Rückenschulen, Massagen oder Gesundheitstagen teil, kann dies die Akzeptanz der Belegschaft für solche Maßnahmen deutlich erhöhen.“ Zudem sollten Führungskräfte ihr Team ausdrücklich zur Teilnahme an solchen Aktionen auffordern, regelmäßig auf Rückenbelastungen bei der Arbeit ansprechen und gemeinsam nach Lösungen

suchen. „So kann zum Beispiel eine Mitarbeiterbefragung mehr Aufschluss da-

rüber geben, wo der Schuh drückt und welche Angebote noch fehlen.“



Rund ein Fünftel der Beschäftigten arbeitet einer Umfrage zufolge in Unternehmen, die Sicherheit und Gesundheit nicht in den Führungsleitlinien berücksichtigen.

Hürden bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt abbauen

Wiedereingliederungsmaßnahmen für Menschen mit Behinderungen sind insbesondere in grenzüberschreitenden Fällen eine Herausforderung für die gesetzliche Sozialversicherung in Europa. Darüber haben am 16. September 2015 viele Interessierte im EU-Parlament diskutiert. Gastgeber der Veranstaltung war die EU-Abgeordnete Jutta Steinruck (S & D), die gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft der Europäischen Sozialversicherung (ESIP) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) auf das Thema aufmerksam machte.

Jutta Steinruck betonte, dass immer noch zahlreiche Hürden zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt abgebaut werden müssten. Wichtig sei, dass auch das EU-Parlament von den Erfahrungen und Problemen der Betroffenen sowie der Akteurinnen und Akteure erfahre, die für die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zuständig sind.

Die ESIP hat die Veranstaltung genutzt, um die Ergebnisse zweier Projekte vor-

zustellen, die von dem Ausschuss „Reintegration und Menschen mit Behinderung“ durchgeführt worden sind. Beide Projekte unterstreichen die Bedeutung von Aktivierungsmaßnahmen auf nationaler, europäischer und grenzüberschreitender Ebene. Die Diskussion mit den Teilnehmenden hat gezeigt, dass einige Mitgliedstaaten in Europa viele Beispiele guter Praxis aufweisen, zum Beispiel die Verwendung von Gutscheinen, Aktionsplänen, Kampagnen sowie eine individuelle Schritt-für-Schritt-Integration älterer Erwerbsfähiger. Abschließend waren die Teilnehmenden sich einig, dass ein Handeln auf EU-Ebene notwendig ist,



EU-Abgeordnete Jutta Steinruck

und verwiesen dabei auf den Europäischen Zugänglichkeitsakt, dessen Veröffentlichung von der EU-Kommission immer wieder verschoben wird.

Wohnsitzerfordernis für Leistungen für Menschen mit Behinderungen rechtmäßig?

Stellen Beihilfen für Menschen mit Behinderungen eine Leistung im Sinne der Verordnung Nr. 883/2004/EG dar? Diese Frage hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) in seiner Entscheidung vom 16. September 2015 (C-433/13) verneint und damit eine Klage der EU-Kommission gegen die Slowakei abgelehnt.

In der Slowakei erhalten schwerbehinderte Menschen ein Betreuungsgeld oder eine Beihilfe zum Ausgleich der mit ihren besonderen Bedürfnissen verbundenen Kosten. Darüber hinaus

kann Personen, die die Pflege von Menschen mit Behinderungen sicherstellen, ein Pflegegeld gezahlt werden. Diese Leistungen werden nur dann gewährt, wenn die begünstigte Person ihren Wohnsitz in der Slowakei hat.

Die EU-Kommission hat diese Beihilfen als Leistungen bei Krankheit im Sinne der Verordnung 883/2004/EG eingeordnet, die grundsätzlich eine Diskriminierung aufgrund des Wohnsitzstaates verbietet, und deswegen die Slowakei verklagt.

Der EuGH ist dieser Auffassung nicht gefolgt. Die Leistungen würden nach einer Beurteilung der persönlichen Umstände derjenigen, die den Antrag stellen, gewährt und nicht – so wie es die Verordnung Nr. 883/2004/EG verlange – aufgrund objektiver Kriterien. Denn die Beihilfen würden erst dann bewilligt, wenn für die Begünstigten nach einer individuellen, medizinisch-sozialen Begutachtung festgestellt wurde, dass sie auf persönliche Betreuung, einen Ausgleich der Mehrkosten oder Pflege angewiesen seien.

Besonderheiten und Herausforderungen in der Kommunikation

Reha-Management für Kinder und Jugendliche

Aus Sicht eines Arztes, einer Reha-Managerin und eines Jugendlichen/seiner Eltern wird das Thema näher beleuchtet, und es gibt Hinweise für die tägliche Praxis.

Das Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung beinhaltet die umfassende Planung, Koordinierung und zielgerichtete, aktivierende Begleitung bei der medizinischen Rehabilitation, den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft.¹

Ein „Herzstück“ bildet hierbei der individuelle Rehabilitationsplan, der unter Einbindung aller beteiligten Akteurinnen und Akteure gemeinsam entwickelt und bei Bedarf angepasst wird.

Zur Zielerreichung erfolgt die persönliche Beratung und Betreuung durch die Reha-Managerin respektive den Reha-Manager, die die Planung und Durchführung einer nahtlosen und zielorientierten Rehabilitation von Beginn an begleiten, um eine schnellstmögliche Wiedereingliederung in das bestehende Tätigkeitsfeld zu erreichen. Dies betrifft nicht nur erwerbstätige Erwachsene, sondern auch Kinder und Jugendliche. Aufgrund der noch nicht voll abgeschlossenen körperlichen Entwicklung bestehen im Heilverlauf von Kindern und Jugendlichen Besonderheiten, die individuell zu beachten sind. Hierzu bedarf es zudem einer besonderen Kompetenz der am Reha-Prozess beteiligten Ärztinnen und Ärzte. Das Verletzungsartenverfahren

(VAV) hat hier unter Einschluss des neuen Schwerstverletzungsartenverfahrens (SAV) bereits Besonderheiten erfasst. Auch die Anforderungen an Durchgangsärztinnen (D-Ärztinnen) und Durchgangsärzte (D-Ärzte) hinsichtlich der kindertraumatologischen Weiterbildung sind angepasst worden. Im Vergleich zur Gruppe der Erwachsenen bilden die Eltern eine neue Gruppe von Beteiligten im gesamten Rehabilitationsprozess. „Kinder sind ‚anders‘, weil sie immer in der Gesellschaft von Eltern auftreten und schon deshalb eine kommunikative Herausforderung darstellen“, so beschreibt es Prof. von Laer.

In den Workshops des DGUV-Forums „Reha-Management“, in Dresden im Jahr 2013, ist deutlich geworden, dass im Reha-Management von Kindern und Jugendlichen der Umgang mit den Eltern die Beschäftigten der Unfallversicherungsträger vor eine besondere Herausforderung stellt.

Um die Thematik näher beleuchten zu können, haben wir in einem Interview die wichtigsten Beteiligten im Reha-Management (Arzt, Reha-Managerin und Versicherter/Eltern) um ihre Einschätzung gebeten. Interviewt wurden Prof. Dr. Bertil Bouillon, Sabine Stanton und die Mutter von Alessandro Ehmcke.

Das Reha-Management aus Sicht des Arztes:

Was unterscheidet aus Ihrer Sicht das Reha-Management bei Erwachsenen vom Reha-Management bei Kindern und Jugendlichen?

Zunächst gibt es viele Gemeinsamkeiten. Es geht um medizinische Kompetenz, das Eingehen auf die Sorgen der Patientinnen und Patienten sowie die Fähigkeit, eine realistische Perspektive und Erwartungshaltung zu schaffen. Zuversicht und eine positive Einstellung helfen dabei, die gemeinsam gesteckten Ziele zu erreichen. Der Unterschied ist, dass man bei Erwachsenen in aller Regel eine Ansprechperson hat und zwar die versicherte Person. Bei Kindern und Jugendlichen haben Sie mindestens zwei Ansprechpersonen, da in der Regel noch mindestens ein Elternteil beteiligt ist. Sorgen und Nöte sowie die Erwartungshaltung sind manchmal durchaus unterschiedlich. Kinder und Jugendliche interessiert vor allem, wann sie in den Freundeskreis zurückkehren und an Aktivitäten wieder teilnehmen können oder wann sportliche Tätigkeiten wieder aufgenommen werden können. Eltern sehen häufig die Unterbrechung der Schule oder Ausbildung als Problem an. Dort gilt es, durch eine gute und alle Seiten ernst nehmende Kommunikati-

Autorin und Autor



Foto: Privat

Birgit Morgenstern

Referentin Rehabilitation und Entschädigung, Bereich Grundsatz der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen
E-Mail: b.morgenstern@unfallkasse-nrw.de



Foto: Privat

Andreas Schuhmann

Leiter Geschäftsbereich Rehabilitation und Leistungen beim Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover und der Landesunfallkasse Niedersachsen
E-Mail: a.schuhmann@guvh.de



Da die körperliche Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen noch nicht abgeschlossen ist, bestehen im Heilverlauf Besonderheiten, die individuell zu beachten sind.

on einen gemeinsamen Weg zu finden. Dazu gehört häufig ein bisschen Fingerspitzengefühl und Empathie.

Was ist aus Ihrer Sicht wichtig im Umgang mit den Eltern?

Eltern machen sich verständlicherweise Sorgen, wenn ihr Kind verletzt ist. Diese Sorgen betreffen je nach Schwere der Verletzung die Schule, die Freizeitaktivitäten und die Zukunft ganz allgemein. Deshalb wollen sie die beste Medizin so schnell wie möglich. Im Umgang mit den Eltern ist es daher wichtig, bereits im ersten Gespräch Ruhe und Kompetenz auszustrahlen. Je hektischer und unkonzentrierter wir auftreten, desto größer werden die Sorgen der Eltern. Daher ist es wichtig, die Verletzung und die bisherige Behandlung gut zu kennen oder sorgfältig zu eruiieren. Außerdem sollte man die Sorgen der Eltern proaktiv erfragen und in die Kommunikation einfließen lassen. Richtungsweisend ist, eine realistische Therapieoption für die weitere Rehabilitation aufzuzeigen und dann gemeinsam mit Kind und Eltern einen tragfähigen Weg festzulegen. Dieser sollte

immer an die individuellen Wünsche und Möglichkeiten – soweit sie medizinisch vertretbar sind – angepasst werden. Hilfreich ist dabei, wenn die Zeiträume, in denen Zwischenziele erreicht werden sollen, realistisch gewählt werden – insbesondere bei schwerwiegenden Verletzungen. Dies gilt auch für die Wiederaufnahme der Schule und der sportlichen Aktivitäten. Ansonsten werden Kinder, Jugendliche und Eltern überfordert.

Entscheidend ist, die Sorgen der Eltern ernst zu nehmen und vor allem beim ersten Gespräch genügend Zeit zu haben. Eltern müssen schon beim ersten Kontakt das Gefühl haben, dass sich die Ärztin, der Arzt sowie die Reha-Managerin oder der Reha-Manager wirklich für ihre Sorgen interessieren und sich für das Kind einsetzen.

Was haben Sie von der Reha-Sprechstunde und dem Reha-Management erwartet?

Eine gute Aufarbeitung der Verletzungsgeschichte und die Erstellung eines realistischen Reha-Plans. Toll ist, wenn im wei-

teren Verlauf die aufgezeigten Ziele im besprochenen Zeitrahmen erreicht werden. Das führt zu großer Zufriedenheit bei Kind und Eltern, der Reha-Managerin, dem Reha-Manager und bei uns! Neben der medizinischen Kompetenz sind Empathie und Kommunikation dabei sehr wichtig und hilfreich.

Sind Ihre Erwartungen erfüllt worden? Hat Sie das Reha-Management überzeugt? Was genau hat Sie begeistert?

Unsere Erwartungen sind absolut erfüllt worden. Von Bedeutung ist es, dabei ausreichend Zeit, ausreichend kompetente Unfallchirurgen und Unfallchirurginnen sowie gute Räumlichkeiten vorzuhalten. Hektik, enge Räume, überfüllte Wartezonen sowie Ärztinnen und Ärzte, die mehr telefonieren als kommunizieren, sind kontraproduktiv. Uns überzeugt das Reha-Management sehr, da sich die Erkrankten im optimalen Fall in einem kompetenten Netzwerk von Unfallversicherung, Heilverfahrenskontrolle und behandelnden Durchgangsärzten und Durchgangsärztin- ▶

nen gut aufgehoben fühlen. Die Einbindung der niedergelassenen D-Ärzte und D-Ärztinnen spielt dabei eine wichtige Rolle.

Welche Kenntnisse benötigen Reha-Managerinnen und Reha-Manager? Über welche Kompetenzen (persönliche Eigenschaften) sollten sie aus Ihrer Sicht verfügen?

Zunächst müssen sie gut zuhören können, um Sorgen und Ängste von Kindern und Eltern aufzunehmen. Weiterhin sollten sie medizinische Grundkenntnisse haben, um zu verstehen, welche Rehabilitationsziele



Foto: Privat

Prof. Dr. Bertil Bouillon, Kliniken der Stadt Köln

Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie;
Ärztlicher Direktor der Abteilung des Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikums Bergmannsheil am Standort Köln-Merheim

in welchem Zeitraum angestrebt werden. Sie sollten neugierig und bereit sein, neue Dinge immer wieder zu lernen. Meistens klappt das sehr gut. Hilfreich ist, wenn Ärztinnen und Ärzte in den Reha-Sprechstunden mit den Reha-Managerinnen und Reha-Managern regelmäßig zusammenarbeiten. Man kennt sich dann besser und spricht häufig eine gemeinsame Sprache. Das vermittelt dem Kind und den Eltern Kompetenz, Sicherheit und ein gemeinsames Ziel ... quasi aus einer Hand. Wichtig sind aber auch das Einfühlungsvermögen und ein ganz normaler Menschenverstand! Auch sollten sie dazu in der Lage sein, den Patientinnen, Patienten und Eltern Dinge, die vielleicht etwas komplexer sind, einfach zu erklären. Manchmal ist es aber wichtig, klar zu zeigen, was geht und was nicht geht.

Was erwarten die Eltern in der Reha-Sprechstunde?

Kompetenz und Empathie sind wichtig. Ein Arzt, der nicht zuhört oder über den Patienten redet und nicht mit ihm, wird es schwer haben, das Vertrauen der Eltern zu erhalten.

Welche besonderen Anforderungen sollten aus Ihrer Sicht Ärztinnen und Ärzte im Reha-Management mitbringen?

Das Wichtigste ist, dass sie dies als bedeutsame und tolle Aufgabe sehen und nicht als „Pflicht“. Als wir vor fünf Jahren mit dem Reha-Management begonnen haben, habe ich die Möglichkeiten eines guten Reha-Managements schätzen gelernt. Eine optimale Steuerung des Heilverfahrens durch ein effektives Reha-Management ist für die Verletzten und die Unfallversicherung im wahrsten Sinne des Wortes „Gold“ wert. Weitere Anforderungen sind Kompetenz und gute kommunikative Fähigkeiten. Sie müssen Spaß daran haben, mit Menschen umzugehen und gemeinsam Ziele zu erreichen. Sie müssen einfach eine gute Ärztin beziehungsweise ein guter Arzt sein und Interesse für die Patientinnen und Patienten mitbringen.

Haben Sie Tipps und Tricks für schwierige Gespräche?

Am Anfang sollte man dem Kind und den Eltern zuhören und ihre Erwartungshaltung kennenlernen. Nur so wird man auch in vermeintlich schwierigen Situationen ihr Vertrauen gewinnen und Zufriedenheit erreichen. Bedeutsam ist es aber auch, unrealistische Erwartungshaltungen anzusprechen und sie zu begründen. Hilfreich ist es, immer einen guten Bericht zu erstellen und darin subjektive Klagen und den objektiven Befund zu beschreiben und zu bewerten und dann einen klaren nachvollziehbaren Behandlungsplan zu formulieren. Es ist ideal, wenn ein solcher Bericht in Anwesenheit von Eltern und Kind diktiert wird. Das schafft Vertrauen, Transparenz und verhindert Missverständnisse.

Wie gehen Sie mit den Eindrücken und den Schicksalen um, mit denen Sie zu tun haben? Was würden Sie sich in diesem Zusammenhang wünschen?

Erfreulicherweise sehen wir ganz häufig gute Verläufe und tolle Ergebnisse. Besonders bei Kindern und Jugendlichen ist das Regenerationspotenzial sehr groß. Einzelne Schicksale sind aber manchmal

wirklich hart, dann darf man ruhig auch mal seine Betroffenheit und sein Mitgefühl gegenüber Patientin oder Patient und Eltern äußern und kann gemeinsam schauen, wie man Erleichterungen schaffen kann. Das macht einen dann bescheiden, demütig und nachdenklich. Daher ist für uns gerade im Umgang mit Kindern und Jugendlichen Prävention immer ein großes Thema. Das P.A.R.T.Y.-Programm der Deutschen Gesellschaft Unfallchirurgie (DGU) hat genau dieses als Ziel, und daher engagieren wir uns auch mit unserer Klinik hier sehr stark.³

Das Reha-Management aus Sicht einer Reha-Managerin:

Wir bereiten Sie sich auf das Gespräch mit den Eltern vor?

Das fängt für mich zunächst mit einem gründlichen Aktenstudium an. Dabei achte ich darauf, dass die Unterlagen komplett und aktuell sind und ich gegebenenfalls noch fehlende Unterlagen anfordere. Ich informiere mich genau über die Verletzung sowie die verschiedenen Heilverläufe und Therapieoptionen. Dabei suche ich zum Beispiel auch schon geeignete Therapeuten, Therapeuten oder Einrichtungen, um den Eltern in der Sprechstunde konkrete Angebote unterbreiten und flexibel auf die aktuelle Situation reagieren zu können.

Im ersten telefonischen Kontakt mit den Eltern steht für mich im Vordergrund, das Reha-Management vorzustellen und schon abzuklären, ob es Probleme, Schwierigkeiten oder auch offene Fragen gibt. Die ersten Punkte können meist schon telefonisch geklärt oder für das persönliche Gespräch vorbereitet werden. Gerade in diesem ersten Telefonat wird bereits eine gute Basis für das weitere Vorgehen geschaffen.

Über welche Kenntnisse sollten Reha-Manager und Reha-Managerinnen verfügen und welche persönlichen Eigenschaften sollten sie mitbringen?

Natürlich sollte man sehr gute Kenntnisse im Leistungsrecht mitbringen und neben Einfühlungsvermögen und Kontaktfreudigkeit auch über eine entsprechende Beratungskompetenz verfügen.

Wichtig sind natürlich die speziellen Kenntnisse in der Kindertraumatologie. Außer-

dem sollte man offen, verbindlich und objektiv sein. Hilfreich ist es sicherlich, wenn man eigene Kinder hat, da man die Abläufe und Probleme im Familienalltag kennt und somit auch die einzelfallbezogene Situation besser beurteilen kann.



Sabine Stanton

Reha-Managerin beim Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover/
Landesunfallkasse Niedersachsen

Muss man nicht auch über psychologische Kenntnisse verfügen?

Ich denke, dass Mitgefühl, Einfühlungsvermögen, Verständnis und Offenheit grundsätzlich schon ausreichen. Letztendlich habe ich für mich den Anspruch, den Eltern so zu begegnen, wie ich in einer vergleichbaren Situation auch behandelt werden möchte. Insofern muss man nicht über spezielle psychologische Kenntnisse verfügen. Mir helfen natürlich auch meine Erfahrungen aus der mehrjährigen Praxis der Reha-Sprechstunden und der Gespräche, um einschätzen zu können, wo genau die Herausforderungen liegen.

Was veranlasst Sie zu dem Erstkontakt mit den Eltern?

Wir orientieren uns am Handlungsleitfaden zum Reha-Management der DGUV. Darin sind Kriterien aufgeführt, die Hinweise darauf geben, ob eine Steuerung im Reha-Management notwendig ist. Das kann die Schwere der Verletzung sein, aber auch Komplikationen oder Verzögerungen im Heilverlauf. Die entsprechenden Informationen ergeben sich aus den Berichten der D-Ärztinnen und D-Ärzte oder im weiteren Verlauf auch aus den Zwischenberichten. Diese Fälle werden mir dann direkt zugeleitet.

Aber auch D-Ärzte und D-Ärztinnen kennen mittlerweile das Reha-Management und nutzen die Möglichkeit der Vorstellung in einem Kompetenzzentrum, um eine Reha-Planung vorzunehmen.

Wie gehen Sie mit den Eindrücken und den Schicksalen um, mit denen Sie zu tun haben? Was würden Sie sich in diesem Zusammenhang wünschen?

Ich nehme die Situation so an, wie sie ist. Die Verletzungen und die bestehenden Einschränkungen sind nicht immer schön und lassen sich leider manchmal auch nicht ändern.

Sehr wichtig ist mir die ärztliche Unterstützung in der Sprechstunde. Das Vertrauen in den ärztlichen Sachverstand und die jahrelange medizinische Erfahrung ermöglichen es auch mir, gegenüber den Eltern und den Kindern authentisch auftreten zu können. Das gibt mir die Sicherheit, das Richtige getan zu haben. Aber auch der Austausch mit anderen Reha-Managerinnen und Reha-Managern, die ähnliche Erfahrungen machen, ist für mich sehr wertvoll.

Sicherlich beschäftigen mich manche Eindrücke noch in meiner freien Zeit, allerdings kommen mir da auch oft gute Ideen für den weiteren Verlauf.

Welche Herausforderungen gibt es für Sie im Umgang mit den Eltern?

Eltern möchten natürlich, dass ihr Kind wieder ganz gesund wird. Als Elternteil muss man Entscheidungen für sein Kind treffen. Das ist oft schwieriger, als wenn man selbst betroffen ist. Beschwerden und Probleme müssen manchmal für die Eltern nachvollziehbar gemacht werden. Dabei spielt auch die Informationsbeschaffung über das Internet eine nicht zu unterschätzende Rolle. Nicht immer sind sich Eltern und Kind in der weiteren Vorgehensweise einig. Dies gilt auch bei der Frage, ob eine Operation notwendig ist.

Im Unterschied zu Erwachsenen bestehen bei Kindern noch wachstumsbedingte Korrekturpotenziale, die dazu führen, dass bei kindlichen Brüchen nicht operativ eingegriffen werden muss. Umso wichtiger ist dabei auch, den ärztlichen Sachverstand mit einzubeziehen.

Im Umgang mit den Eltern ist es aber ebenfalls wichtig, die Möglichkeit und auch den Raum zu geben, eine gemeinsame Entscheidung zu treffen.

Haben Sie Tipps und Tricks für die (schwierigen) Gespräche?

Wichtig ist, sich auf das Gespräch mit den Eltern einzulassen und deutlich zu machen, dass es auch in meinem Interesse ist, ein optimales Behandlungsergebnis zu erreichen. Dabei ist es mir ein Anliegen, die Sorgen und Ängste ernst zu nehmen und auf diese einzugehen. In der Regel sind die Eltern sehr dankbar für das Gespräch und erzählen von sich aus über den bisherigen Verlauf, aber auch über ihre Erwartungen an die Reha-Planung.

In der Reha-Sprechstunde können wir den Eltern nur Vorschläge machen. Dabei geht es manchmal auch um die Frage von Korrekturoperationen. Die von den Eltern dann zu treffende Entscheidung anzunehmen und zu respektieren, ist für mich genauso selbstverständlich wie die weitere Begleitung und Unterstützung auf dem Weg der Genesung.

Das Reha-Management aus Sicht eines Jugendlichen/seiner Eltern:

Das Interview wurde mit der Mutter von Alessandro Ehmcke geführt.

Wie geht es Ihrem Sohn jetzt?

Es geht ihm wieder gut. Wir hatten am 17. April 2015 die letzte ambulante Vorstellung, in der wir auch die Metallentfernung für den Herbst geplant haben.

Wie stellte sich aus Ihrer Sicht der Ablauf in der Behandlung Ihres Kindes bis zur Reha-Sprechstunde dar? Was hat Ihnen rückblickend betrachtet gefehlt oder was hätten Sie sich gewünscht?

Im Nachhinein betrachtet waren es wirklich zwei Welten. Einmal die Behandlung vor dem Reha-Management und einmal danach. In der Notaufnahme waren alle noch relativ nett. Losgegangen ist es dann aber schon vor der Operation, als die Anästhesistin mir sagte, es ist ja kein Wunder, so wie mein Sohn aussieht, dass er sich die Knochen bricht. Da war ich schon das erste Mal schockiert und sprachlos. Natürlich hat auch mein Sohn das mitbekommen und war ebenfalls völlig schockiert. ▶

Zunächst vertraut man ja den Ärztinnen und Ärzten sowohl im Hinblick auf die medizinischen Aussagen als auch in Bezug auf die Behandlung. Die ambulanten Arztbesuche waren für mich eine Katastrophe. Mein Sohn wurde nicht ein einziges Mal richtig untersucht, dafür aber zweimal ge-



Alessandro Ehmcke

Alessandro erlitt als Schüler am 17. Dezember 2012 einen verschobenen Oberschenkelbruch mit nachfolgender Rotationsfehlstellung. Dadurch ergab sich die Notwendigkeit einer operativen Korrektur.

röntgt. Der Arzt hat immer auf das Röntgenbild geschaut und sich gefreut, wie schön alles verknöchert war. Auf meinen Hinweis, dass irgendwas nicht stimmt, da mein Sohn noch nicht wieder laufen kann, hat der Arzt nur gesagt, er soll mal die Unterarmgehstützen wegschmeißen, dann wird er schon gehen können. Gewünscht hätte ich mir Ehrlichkeit, Einfühlungsvermögen und vor allen Dingen ein Arzt, der uns und die Probleme ernst nimmt.

Mussten Sie sich selbst Informationen über die Verletzung Ihres Kindes beschaffen? Welche Quellen haben Sie dafür genutzt?

Nach der Operation wurde uns nur gesagt, dass da jetzt ein Nagel drinnen ist und alles super schnell verheilen und man nichts merken wird. Im Prinzip habe ich mir alles selbst aneignen müssen und mich auch im Internet informiert. Aber so wirklich darauf verlassen habe ich mich nicht, weil jeder Bruch und jeder Verlauf anders sein könnte. Rückschauend betrachtet kann man sagen, dass ich erst in der Reha-Sprechstunde im Kinderkrankenhaus auf der Bult in

Hannover alle wichtigen Informationen bekam und ich mich vor allen Dingen auch darauf verlassen konnte.

Wie kam der Erstkontakt zu dem Unfallversicherungsträger zustande?

Ich wurde von Frau Stanton angerufen und über das Reha-Management informiert. Sie hat mit uns einen Termin im Kinderkrankenhaus auf der Bult vereinbart, um den weiteren Heilverlauf zu besprechen. Hintergrund hierfür war, dass die Röntgenaufnahmen nicht so aussahen, wie es vom Zeitablauf her sein sollte. Ich war natürlich wahnsinnig erleichtert, weil mir endlich mal jemand Recht gab.

Was ist Ihnen während/nach dem Telefonat durch den Kopf gegangen? Beschreiben Sie doch bitte mal Ihre Eindrücke, was haben Sie als positiv oder eher negativ empfunden?

Da war ich eigentlich nur glücklich, dass mir endlich jemand glaubt und jemand für uns da ist. Ich habe dies als absolut positiv empfunden.

Mit welchen Erwartungen oder auch Ängsten sind Sie in die Reha-Sprechstunde gegangen?

Weil ich von Anfang an der Meinung war, dass da irgendwas nicht in Ordnung ist, bin ich eigentlich nur mit der Erwartung hingefahren, dass es eine Möglichkeit gibt, das Behandlungsergebnis zu korrigieren. Meine Erwartungen sind dann komplett erfüllt worden.

Schildern Sie uns doch mal bitte den Ablauf in der Reha-Sprechstunde.

Die Leute waren wahnsinnig aufmerksam und hilfsbereit und haben uns auch alle medizinischen Abläufe erklärt. Das finde ich eben auch wichtig, gerade wenn es um ein Kind oder einen Jugendlichen geht. Natürlich haben auch Kinder Angst davor, was nun mit ihnen passiert. Mein Sohn saß zwar ziemlich locker da, aber ich habe schon gespürt, dass ihn das bewegt. Umso wichtiger war, dass die Ärztin in der Sprechstunde auch auf meinen Sohn eingegangen ist. Man hat gemerkt, da nimmt sich jemand Zeit und will uns alles erklären.

Wie haben Sie es empfunden, dass unsere Reha-Managerin an dem Gespräch teilgenommen hat?

Ich fand das ganz gut, wenn auch jemand aus der Verwaltung dabei ist. Es ist doch



Foto: MEV Verlag GmbH/Mike Witschel

etwas anderes, einen Bericht zu lesen oder selbst vor Ort bei einer Sprechstunde dabei zu sein, um sich eine Vorstellung machen zu können. Schlimm fand ich das überhaupt gar nicht.

Wie ging es nach der Reha-Sprechstunde weiter?

Wir haben sofort einen Termin zur Aufnahme im Krankenhaus bekommen. Was ich natürlich sehr gut fand, weil jetzt alles relativ schnell ging. Auch die Behandlung danach wurde mit uns besprochen und geplant. Auch dass ich immer angerufen und gefragt wurde, wie es meinem Sohn ging, fand ich total genial. So etwas erlebt man sonst überhaupt nicht. Das war schon toll.

Hat Sie das Reha-Management überzeugt? Was genau hat Sie begeistert?

Das Reha-Management hat uns sehr überrascht. Für mich war das ein absoluter Unterschied zur Erstbehandlung. Mein Sohn hat immer gesagt, er werde hier behan-



Wichtig ist, einen realistischen Reha-Plan zu erstellen und dann gemeinsam mit Kind und Eltern einen tragfähigen Weg festzulegen.

delt, als wenn er was Besseres ist. Er hat sich da auch sehr wohlgefühlt.

Mich hat auch am meisten begeistert, dass alle ehrlich zu uns waren. Wichtig war für mich, dass es nicht die „normalen“ Abläufe gab. Man hat sich Zeit genommen für uns. Ich hatte nie den Eindruck, unter Zeitdruck zu stehen, um meine Fragen zu klären. Also hätte ich noch 20 weitere Fragen gehabt, hätten wir diese auch noch beantwortet bekommen.

Fazit

Das Reha-Management für Kinder und Jugendliche unterscheidet sich nicht nur in Hinblick auf die Behandlung der kindlichen Verletzungen von der Reha-Planung der erwachsenen Versicherten. Vielmehr liegt hier der Fokus auf den handelnden Akteurinnen und Akteuren. Dabei kommt den Eltern eine besondere Rolle zu. Es gibt kein Universalrezept und keine Regieanweisung für den idealen Ablauf. Aber der Umgang mit den Eltern ist auch kein

Buch mit sieben Siegeln. Die Interviews zeigen, dass es selbstverständlich ist, gut vorbereitet in die Gespräche zu gehen. Die Sorgen der Eltern ernst zu nehmen und kompetent Informationen in verständlicher Weise zu vermitteln, ist genauso wichtig wie eine offene, gleichberechtigte Kommunikation in einem geschützten, zeitlich ausreichenden Rahmen.

Genau darin liegt der Schlüssel für den Umgang mit den Eltern, der im Idealfall zu einer gemeinsamen und tragfähigen Reha-Planung führt.

Die umfassende Beratung der Eltern soll auch der Wiederherstellung der Informationshoheit dienen und die Eltern in ihrer naturgegebenen Rolle und ihrer Kontrollfunktion stärken, um so eine partnerschaftliche Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu ermöglichen. Hierfür werden seitens der Reha-Managerinnen und Reha-Manager neben einer ausgeprägten Fach-, Sach- und Methodenkompetenz

auch besondere kommunikative Fähigkeiten benötigt.

Zum Themenbereich „Kommunikation“ werden auch im Bildungskatalog der DGUV entsprechende Veranstaltungen aufgeführt.

Vom 10. bis zum 11. September 2015 wurde zum ersten Mal auch ein Weiterbildungsseminar zum Thema „Umgang mit Eltern“ angeboten. Bei Bedarf wird es entsprechende Folgeveranstaltungen geben. ●

Fußnoten

[1] DGUV: Handlungsleitfaden zum Reha-Management, Fassung vom 17.7.2014

[2] von Laer, L.: Verletzungen im Wachstumsalter, in: Der Unfallchirurg 12/2014, S. 1070

[3] Informationen zu P.A.R.T.Y. (Prevent Alcohol and Risk Related Trauma in Youth) unter: www.party-dgu.de

Baustein der Qualitätssicherung

Start der Versichertenbefragung zum Reha-Management

Die Unfallversicherungsträger führen eine zweijährige anonymisierte Versichertenbefragung zum Reha-Management durch. Der Startschuss fiel am 1. August 2015.

Die Meinung der Versicherten ist der Unfallversicherung wichtig. Die „Kundenzufriedenheit“ mit dem Reha-Management und dem Reha-Prozess in der Unfallversicherung soll erfragt werden. Ziel ist es, in Ergänzung des bereits erfolgten Benchmarkingprojekts zur Fallsteuerung dauerhaft nachzuweisen, wie sinnvoll das Reha-Management ist und welche Vorteile es gibt. Weiterhin sollen Inhalte und Definitionen des DGUV-Handlungsleitfadens zum Reha-Management überprüft werden. Für die einzelnen Unfallversicherungsträger kann das Instrument auch als Teil des Qualitätsmanagements zur Verbesserung beziehungsweise Überprüfung der internen Prozesse genutzt werden.

Ausgangslage

Wir, das heißt die Unfallversicherung und ihre Träger, sind vom Reha-Management überzeugt. Die Wiedereingliederungsquote Unfallverletzter liegt bei über 90 Prozent. Doch welche Faktoren bewirken den Erfolg? Werden die Schwerpunkte richtig gesetzt, die Ressourcen richtig eingesetzt? Sind unsere Überzeugungen, die unter anderem – wenn auch nicht nur – auf Praxiserfahrung beruhen, richtig? Und wie beurteilen Versicherte den Prozess? Fühlen sie sich eingebunden? Welche Faktoren sind ihnen wichtig? Auf diese und weitere Fragen soll eine Befragung aller

Versicherten, die ein Reha-Management erfahren haben, Antworten geben. Die Idee entstand in der Arbeitsgruppe Reha-Management der DGUV. Danach sollte die „Kundenbefragung“ ein Baustein der Qualitätssicherung sein.

Der Startschuss fiel am 1. August 2015. Zwei Jahre lang sollen alle Versicherten mit Reha-Management-Erfahrung befragt werden. Fast alle Unfallversicherungsträger machen mit. Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt von Dr. Nicola Schmidt vom Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) in Dresden. Alle teilnehmenden Unfallversicherungsträger sind in der das Projekt begleitenden Gruppe vertreten, deren Leitung Doris Habekost, Referat Teilhabe/Reha-Management der DGUV hat. Weiterhin beteiligt sind die Bereiche Statistik und Benchmarking der DGUV und die Hochschule Bonn-Rhein-Sieg.

Fragebogenentwicklung

Die Fragebögen wurden aufwendig konzipiert. Zunächst wurde der gesamte Reha-Management-Prozess mit all seinen Facetten erfasst und auf die Berührungspunkte/Kontakte zu den Versicherten hin geprüft, denn nur zu diesen können Versicherte Auskunft geben. Die Abbildung dieses Gesamtprozesses und die Entwicklung der Fragen waren zwei der Schwerpunktaufga-

ben der Konzeptionsgruppe und insbesondere der wissenschaftlichen Begleitung, Dr. Nicola Schmidt.

Fragebögen

In die Entwicklung und Abstimmung der Bögen waren viele Gremien, aber auch Reha-Managerinnen, Reha-Manager und Versicherte eingebunden und in Pre-Test gab den letzten Schliff. Die Fragen in den Bögen zielen auf verschiedene Bereiche (sogenannte „Dimensionen“). Dies sind Kontakt, Kompetenz, Transparenz, Schnittstellenmanagement, Zielerreichung, Information, Beteiligung, Zeitpunkt/Verlauf, Passgenauigkeit, Zielorientierung, persönliche Angaben und Gesamtbewertung. Dementsprechend unterteilt sich der Bogen in die folgenden Fragenkomplexe:

1. Zusammenarbeit mit der Reha-Managerin und dem Reha-Manager
2. Planung der Rehabilitation
3. Ablauf der Rehabilitation
4. Zielerreichung
5. Gesamtzufriedenheit
6. Angaben zur Person

Aus Praktikabilitätsgründen, zur besseren Auswertung und damit sich die Befragten besser angesprochen fühlen, wurden für das Reha-Management bei Kindern (Befragung der Eltern/Erziehungsberechtig-

Autorinnen



Foto: Privat

Doris Habekost

Leiterin Referat Teilhabe/Reha-Management der DGUV
E-Mail: doris.habekost@dguv.de



Foto: Privat

Dr. Nicola Schmidt

Referentin Bereich „Evaluation und Betriebliches Gesundheitsmanagement“, Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: nicola.schmidt@dguv.de

ten) und bei Erwachsenen zwei getrennte, aber sehr ähnliche Fragebögen entwickelt. Der Fragebogen ist mit 33 Fragen relativ kurz und kompakt und umfasst nur zwei Seiten (= ein Blatt mit Vorder- und Rückseite). Damit konnte auch dem Wunsch der Träger und der Gremien nach einem kurzen Befragungsinstrument entsprochen werden. Trotzdem bildet er das gesamte Verfahren ab. Eine Erinnerung an die Rücksendung des Fragebogens ist aus verwaltungsvereinfachenden Gründen und zur Wahrung der Anonymität (keine Rückschlussmöglichkeit des rückgelaufenen Fragebogens auf Versicherte/Akten) zunächst nicht vorgesehen.

„Wir gehen davon aus, dass für die Unfallversicherung etwa bei 25.000 neu hinzugekommenen Unfallverletzten pro Jahr ein Reha-Management anfällt.“

Laufzeit der Befragung

Erfahrungsgemäß ist Reha-Management nur bei etwa 2,5 bis 5,0 Prozent der meldepflichtigen Unfälle notwendig. Daher gehen wir davon aus, dass insgesamt für die Unfallversicherung etwa bei 25.000 neu hinzugekommenen Unfallverletzten pro Jahr ein Reha-Management anfällt. Da bei der Versendung der Fragebögen zunächst keine Erinnerung vorgesehen ist, muss damit gerechnet werden, dass die Rücklaufquote eventuell nur bei 30 Prozent liegt. Für aussagekräftige Ergebnisse wird eine ausreichende Fallzahl benötigt. So sollten pro Einheit, unabhängig von ihrer Größe (also ob DGUV-weit, eine Berufsgenossenschaft, eine Bezirksverwaltung oder ein einzelner Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand), mindestens circa 30 Rückantworten vorliegen. Um diese Anzahl sicherzustellen und in absehbarer Zeit Ergebnisse und Erkenntnisse zu gewinnen, haben sich die beteiligten Träger – zumindest für die Projektphase – gegen eine Stichprobe ausgesprochen und entschlossen, alle Versicherten mit nach dem 31. Juli 2015 „abgeschlossenem“ Reha-Management zu befragen.

Auswertung und Rückmeldung

Vorgesehen ist, dass die Unfallversicherungsträger ihren Versicherten nach Abschluss des Reha-Managements jeweils einen Fragebogen zusenden. Die Versi-

cherten können den Bogen dann ausfüllen und diesen anschließend anonym direkt an das IAG senden. Das IAG kann anhand der Kennnummer des Unfallversicherungsträgers eine Zuordnung zum Träger, nicht aber zur versicherten Person vornehmen. So bleibt die Anonymität aller gewahrt. Die Auswertung soll über die beteiligten Träger hinweg insgesamt erfolgen und wird durch das IAG sichergestellt. Daneben erhalten die einzelnen Unfallversicherungsträger die Auswertung für ihren Träger separat und auf Wunsch zudem eine Auswertung auf Bezirksverwaltungsbeziehungsweise Standortebene, wenn eine ausreichende Fallzahl die Auswertung zulässt. Die Ergebnisse der einzelnen Träger werden nur diesem bekannt gegeben.

Projektziel

Das Projekt dient der Überprüfung und gegebenenfalls Korrektur der entwickelten Fragebögen und des Verfahrens. Auch wird festzustellen sein, ob sich die Bögen zur Abbildung des gesamten Reha-Prozesses und des Reha-Managements eignen. Außerdem sollen Auffälligkeiten analysiert und sinnvolle Auswertungen identifiziert werden. Gegen Ende der Projektphase soll entschieden werden, ob die Versichertenbefragung dauerhaft oder in (regelmäßigen) Abständen, in Vollerhebung oder nur als Stichprobe fortgeführt werden soll. Dann ist auch festzulegen, wie und durch wen die Auswertungen vorgenommen werden und ob es bei dem bisher eingefügten Freitextfeld bleiben soll.

Erwartung, Grenzen und Ausblick

Mit dem Projekt zur Versichertenbefragung ist ein wichtiger Schritt getan, nicht nur hin zur Qualitätssicherung, sondern auch hin zur weiteren Beteiligung der Versicherten an ihrem Reha-Prozess. Wir werden hier die Perspektive der Betroffenen abbilden, sozusagen eine andere Sichtweise einnehmen. Und wir können unsere Philosophie auf den Prüfstand stellen. Wir wollen nachweisen, dass die frühzeitige Intervention im Reha-Prozess wichtig ist, welche Bedeutung der Reha-Plan hat, wie entscheidend der persönliche Kontakt zur versicherten Person ist und vieles mehr. Mit ersten Ergebnissen der Befragung wird Ende 2015 gerechnet.

Allerdings kann der Fragebogen nicht alles abbilden. So können beispielsweise keine Aussagen zu einzelnen Leistungen

und einzelnen Leistungserbringern abgelesen werden. Denn bei sogenannten Reha-Managementfällen handelt es sich durchweg um Fallkonstellationen mit komplexen Leistungsbedarfen, für die individuelle Lösungen gefragt sind und für die eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Leistungen verschiedenster und regional unterschiedlich strukturierter einzubeziehender Leistungserbringer notwendig sind (= Leistungsketten). Die Leistungen reichen von Hilfsmitteln über ambulante und stationäre medizinische Versorgung bis hin zu Hilfestellungen für den Return-to-Work-Prozess einschließlich eventuell notwendiger Bildungsmaßnahmen. Aufgrund dieses sehr komplexen und individuellen Reha-Verlaufs und den sich daran orientierenden individuellen Hilfestellungen ist ein solcher Rückschluss also nicht möglich, wohl aber, wie die Betroffenen die Zusammenarbeit der beteiligten Akteurinnen und Akteure und das Schnittstellenmanagement erlebt haben.

„Gegen Ende der Projektphase wird entschieden, ob die Befragung dauerhaft oder in Abständen, in Vollerhebung oder nur als Stichprobe fortgeführt werden soll.“

Außerdem sind die Versicherten zwar die wichtigste Zielgruppe, da es ja um sie selbst und ihre Rehabilitation und Teilhabe geht, jedoch gibt es weitere wichtige Beteiligte, die ebenfalls gehört werden müssten. So könnten und sollten auch Arbeitgeberinnen, Arbeitgeber und Leistungserbringer befragt werden. Und nicht zuletzt sollten Reha-Managerinnen und Reha-Manager selbst auch noch einmal befragt werden, wie und wo Reha-Prozesse zu optimieren sind und an welchen Stellen und von wem sie sich dabei noch mehr Unterstützung wünschen. Und selbstverständlich sind Befragungen nicht das einzige Instrument. Workshops mit Expertinnen und Experten, Bewertungen durch Peers, Debriefing und vieles mehr kommen in Betracht. Einiges davon setzen die Unfallversicherungsträger für ihren Träger bereits um. Gemeinsam müssen wir entscheiden und abstimmen, wo wir über alle Träger hinweg weitere gemeinsame Instrumente und Verfahren einsetzen sollten. ●

Veranstaltung der Berufsförderungswerke (BFW)

„LTA zukunftssicher gestalten“

Unter dem Motto „LTA zukunftssicher gestalten – Perspektiven der Zusammenarbeit zwischen UV-Trägern und BFW“ hat die DGUV am 19. März 2015 eine Informations- und Diskussionsveranstaltung für die Mitglieder durchgeführt, die Entscheidungen treffen und Führungsverantwortung tragen.

Teilnehmende der Veranstaltung zu Perspektiven der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) waren Vertreterinnen und Vertreter des Haupt- und Ehrenamtes und der Fachausschüsse. Auch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) war eingeladen und vertreten. Neben Ludger Peschkes, der den Bundesverband der BFW mit Herausforderungen und Lösungsansätzen vorstellte, nahmen weitere Fachleute der BFW teil. Sie gestalteten die Workshops „Assessments“, „Begleitende Dienste“, „Prozess-Profilung“, „E-Learning“, „Qualitätssicherung und Modularisierung“ aktiv mit.

Interview mit Thomas Köhler



Thomas Köhler

Thomas Köhler ist Sprecher der Geschäftsführung der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI), Vorsitzender des Reha-Ausschusses der Geschäftsführerkonferenz der DGUV und Mitglied des Aufsichtsrates des BFW Schömburg. Er hat die Veranstaltung eröffnet.

Herr Köhler, warum hat die DGUV diese Veranstaltung durchgeführt?

Uns geht es um Perspektiven der Zusammenarbeit mit den BFW. Gemeinsam beschäftigt uns die Frage, wie wir Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zukunftssicher gestalten können. Dabei geht es darum, wie wir in der Unfallversicherung die Angebote der BFW künftig in Anspruch

nehmen wollen, also um unsere eigene Erwartungshaltung an die BFW. Es geht aber auch um unsere (Struktur-)Verantwortung. Darüber wollten wir diskutieren und gemeinsam Ansätze entwickeln.

Wie sieht denn aktuell die Inanspruchnahme der BFW durch die Unfallversicherungsträger aus?

Nun, immerhin vier Prozent der Belegungstage der BFW entfallen auf die Unfallversicherungsträger. Wir sind also eine kleine, aber nichtsdestotrotz konstante Kundschaft.

Können Sie etwas zum zukünftigen Bedarf sagen?

Bereits jetzt nutzen die Unfallversicherungsträger die BFW für etwa 25 Prozent der Bildungsmaßnahmen. Sie wissen: Primär streben wir eine Weiterbeschäftigung bei der bisherigen Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber an. Deshalb legen wir großen Wert auf die Verzahnung mit der praktischen Arbeitswelt. Wir setzen auf schnelle, aber dauerhafte Platzierung unserer Versicherten im Betrieb, mehr als auf überschlägige weitere Qualifizierung.

Wenn betriebsnahe, flexible und modulare Angebote der BFW ausgebaut werden, sehen wir mittel- bis langfristig gute Voraussetzungen für eine zunehmende Belegung durch die Unfallversicherung.

Den BFW wird oft vorgehalten, dass sie im Vergleich zu anderen Einrichtungen sehr kostenintensiv sind. Wie beurteilen Sie das?

Wir sind uns einig, dass man eine BFW-Maßnahme nicht nur unter wirtschaftlichen Aspekten betrachten darf. Die Qualität, die Mitwirkung von Ärztinnen, Ärzten, Psychologinnen, Psychologen oder anderen begleitenden Fachleuten stellt einen hohen Mehrwert dar. Diese Vorhaltekosten fließen in die Mischkalkulation der BFW ein. Bei Kostenvergleichen mit anderen Maßnah-

meträgern muss man dies realistischer und auch fairerweise berücksichtigen.

Welche Vorteile sehen Sie noch bei den BFW?

Das ist die gute Vernetzung mit Betrieben. Die BFW sind wichtige Reha-Anbieter, sie sind kompetent und nehmen einen großen Marktanteil ein. Dies macht sie für uns zu geschätzten Partnern für anspruchsvolle, schwierige Reha-Fälle.

Wo sehen Sie dringenden Veränderungsbedarf der BFW?

Die Leistungsangebote der einzelnen BFW sind nicht allen Unfallversicherungsträgern im Detail bekannt. Es wäre wichtig, das Leistungsspektrum transparent und übersichtlich zu gestalten. Wir sind zudem offen für sinnvolle Schwerpunktbildung und Kooperationen von BFW untereinander.

Interview mit Ludger Peschkes



Ludger Peschkes

Ludger Peschkes ist Geschäftsführer der BFW Dortmund und Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes der BFW.

Herr Peschkes, die BFW haben in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Weiterentwicklungen durchlaufen. Können Sie uns kurz schildern, wie die BFW sich in dieser Zeit verändert haben und wo sie jetzt stehen?

Zunächst möchte ich mich im Namen des Bundesverbandes Deutscher Berufsförderungswerke ganz herzlich bei der DGUV und allen Verantwortlichen für die Ausrichtung der sehr gelungenen Veranstaltung in ihren wunderbaren neuen Räumen in Berlin bedanken. Die Unfallversicherungsträger sind ein sehr wichtiger Partner für die BFW und wir freuen uns deshalb, dass wir an diesem Tag die Gelegenheit hatten, intensiv die zukünftigen Perspektiven der Zusammenarbeit zwischen Unfallversicherungsträgern und BFW zu beleuchten. Wir freuen uns vor allem über das klare Bekenntnis der Unfallversicherung zur Qualität der Leistungen der BFW und wir hoffen, dass es möglich sein wird, mehr Unfallversicherten unsere Kompetenzen zugutekommen zu lassen.

Was Ihre Frage anbelangt, haben die BFW in den letzten fünfzehn Jahren tatsächlich tiefgreifende Veränderungsprozesse durchlaufen. Als für die BFW wichtige Meilensteine sind hier beispielsweise das Projekt RehaFutur und das daraus entstandene „Reha-Modell“ zu nennen. Wir haben in dieser Zeit mit unserem Case-Management die Personenzentrierung und die individuelle Steuerung des Reha-Prozesses nachhaltig verbessert. Auch betriebliche Qualifizierungsanteile und sogenannte „Place-and-Train“-Modelle sind fester Bestandteil der BFW-Arbeit. Dies sind aus meiner Sicht Entwicklungen, mit denen wir mittlerweile die Anforderungen der Unfallversicherungsträger noch besser abbilden können. Gerade für die Unfallversicherten sind flexible, passgenaue und betriebsnahe Lösungen wichtig. All das wollen wir in Zukunft noch weiter ausbauen.

Sie erwähnten eine stärkere Betriebsorientierung, welche Erfahrungen machen Sie diesbezüglich?

Wir erleben gegenwärtig, dass Betriebe ihren Einsatz für Fachkräfte verstärken und die Themen Prävention, Gesundheitsmanagement und Return to Work an Bedeutung gewinnen. Dies führt vor allem bei großen Unternehmen zu einem stärkeren Interesse an den Kompetenzen der BFW. Dies zeigen etwa die geschlossenen Rahmenverträge unseres Bundesverbandes oder einzelner BFW mit Unternehmen wie der Deutschen Bahn, der Deutschen Post, Galeria Kaufhof oder Boehringer Ingelheim. Für diese Unternehmen schaffen die BFW Lösungen. In der engen Zusammenarbeit mit uns

liegt der große Vorteil darin, dass die Unternehmen ressourcenschonend auf vorhandenes Know-how und qualifizierte Fachkräfte zugreifen können. Die BFW verstehen sich somit zunehmend als Dienstleister für Inklusion und können bei entscheidenden Fragestellungen behilflich sein. Eine große Herausforderung wird es sein, diese speziellen Kompetenzen auch kleinen und mittelständischen Unternehmen zukommen zu lassen. Hier existiert zwar bereits eine Vielzahl von Kooperationen zwischen BFW und kleinen und mittelständischen Betrieben vor Ort – vor dem Hintergrund des demografischen Wandels werden aber gerade diese Unternehmen künftig noch stärkere Unterstützung rund um die Themen Gesundheit und Arbeit benötigen.

Welche Ergebnisse nehmen Sie von der Veranstaltung mit?

Die Veranstaltung hat meines Erachtens deutlich gemacht, dass die BFW mit ihren Angeboten auf dem richtigen Weg sind und wir auf die verschiedenen Anforderungen der Unfallversicherungsträger eingehen. Diesen Weg müssen wir weiter beschreiten und vor allem die Betriebsnähe und die Individualisierung der BFW-Angebote weiter ausbauen. Mir ist auch deutlich geworden, dass wir unsere Kompetenzen noch sichtbarer machen müssen. Viele der neuen Modelle und Angebote wie zum Beispiel unsere modularen Qualifizierungsangebote sind bei einzelnen Unfallversicherungsträgern noch zu wenig bekannt. Hier sind wir als Bundesverband gefordert, unseren Leistungskatalog transparenter zu machen. Gleichzeitig wollen wir auch weiterhin unsere Produktlinien schärfen und die Standardisierung einzelner Modelle vorantreiben. Dies ist auch mit Blick auf unsere Kooperationen mit überregional agierenden Großunternehmen von enormer Bedeutung.

Interview mit Thomas Meiser

Thomas Meiser ist Geschäftsführer der Unfallkasse Saarland und Vorsitzender des Arbeitskreises „Teilhabe“ der DGUV. Er hat das Schlusswort zur Veranstaltung gehalten.

Herr Meiser, welches Fazit ziehen Sie?

Es ist gelungen, sich miteinander auszutauschen. Die Angebote der BFW konnten genauer beschrieben und die Erwartungen



Thomas Meiser

der Unfallversicherungsträger definiert werden. Nun gilt es, diese beiden Komponenten noch besser miteinander zu verbinden. Es besteht auf jeden Fall Konsens, dass die BFW wichtige und unverzichtbare Partner im Bereich der beruflichen Teilhabe von Unfallversicherten sind!

Wie geht es jetzt weiter?

Der Arbeitskreis Teilhabe der DGUV hat gleich am Tag nach der Veranstaltung mit einer Nachlese der Veranstaltung und der Analyse der Ergebnisse begonnen. Ziel ist es, bis Anfang 2016 ein Positionspapier der Unfallversicherung zur Inanspruchnahme der BFW zu entwickeln. Dabei geht es um Erwartungen an die BFW, aber auch um ein Bekenntnis zu ihnen.

Können Sie schon etwas zu möglichen Inhalten des Positionspapiers sagen?

Es wird um gemeinsame Strategien und Ziele gehen. Ein Schwerpunkt bildet sicher die Unterstützung bei der betrieblichen Integration. Wir erwarten gezielte Assessmentangebote, auch für Versicherte, die nicht primär eine Qualifizierung durchlaufen. Mögliche weitere Themen sind die Vernetzung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation, das E-Learning und einiges mehr. Wichtig sind aber auch die einheitliche Qualitätssicherung und Ergebnismessung, genauso wie ein abgestimmtes Dokumentations- und Berichtswesen.

Und Ihr persönlicher Ausblick?

Ich bin optimistisch, dass uns mit weiterer Modularisierung, Flexibilität und Betriebsnähe der Angebote die noch bessere und noch gezieltere Zusammenarbeit gelingt. Wir haben auf der Veranstaltung im März gelernt, BFW steht auch für: „Bildung – Fortschritt – Wandel“.

Die Interviews führte Doris Habekost, Leiterin Referat Teilhabe/Reha-Management der DGUV.

Zwischenbilanz

Drei Jahre Psychotherapeutenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung hat 2012 das neue Psychotherapeutenverfahren eingeführt, um eine frühzeitige professionelle Hilfe zu ermöglichen und die adäquate ambulante Versorgung von Versicherten mit psychischen Störungen sicherzustellen. Die spezifischen Zulassungsanforderungen und Verfahrensregelungen für die Netzwerk-Psychotherapeutinnen und Netzwerk-Psychotherapeuten haben sich grundsätzlich bewährt und zu einer Qualitätsverbesserung beigetragen. Allerdings sind noch Anstrengungen notwendig, um Menschen mit psychischen Unfallfolgen qualifiziert zu versorgen und dies weiter zu optimieren. Problemfälle sollen zudem frühzeitiger identifiziert und die Schnittstellen zur Einbindung der D-Ärztinnen/ D-Ärzte und zu teil-/vollstationären Behandlungseinrichtungen geschlossen werden.¹

Einleitung

In der gesetzlichen Unfallversicherung sind psychische Gesundheitsschäden ebenso wie körperliche Verletzungen vom Versicherungsschutz nach § 8 SGB VII umfasst. Psychische Unfallfolgen können nach ganz unterschiedlichen Unfallereignissen auftreten. Von medialem Interesse sind insbesondere Gewalt und Aggression am Arbeitsplatz, wie der tödliche Messerangriff auf einen Mitarbeiter im Jobcenter Rothenburg ob der Tauber (am 3. Dezember 2014). Besonders gefährdet für Bedrohungs- und Gewalterfahrungen am Arbeitsplatz sind Zugbegleiterinnen und Zugbegleiter, Verkaufspersonal, Krankenschwestern und Pfleger, Taxifahrende, Rettungskräfte, Wach- und Sicherheitsleute sowie weitere Beschäftigtengruppen mit intensivem Kontakt zu Kundschaft, Patientinnen, Patienten, betreuten Personen oder Klientinnen und Klienten. Ebenso können sich psychische Störungen aber bei Arbeitsunfällen mit gravierenden körperlichen Verletzungen entwickeln, etwa infolge eines lebensbedrohlichen Polytraumas. Zudem können Beschäftigte aller Branchen von belastenden Ereignissen am Arbeitsplatz betroffen sein, wenn sie als Ersthelferin oder Ersthelfer bei ei-

nem schweren Unfall tätig oder Zeugin beziehungsweise Zeuge eines solchen werden, etwa bei einem Brandunglück.

Hauptdiagnosen im Psychotherapeutenverfahren

Auch bei Ereignissen mit hohem psychischem Traumatisierungspotenzial treten bei der Mehrzahl der Betroffenen keine überdauernden gesundheitlichen Folgen auf.² Bei einigen Personen entwickeln sich hingegen ereignisnah psychische Symptome³, die eine frühzeitige professionelle psychotherapeutische Versorgung erfordern, um einen Komplikationsverlauf beziehungsweise eine Chronifizierung zu verhindern. Zum Spektrum der psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen⁴ zählen vor allem die akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörungen, spezifische Phobie, posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen und depressive Episoden⁵ (Abbildung 1) sowie anhaltende Schmerzstörungen in Verbindung mit körperlichen und psychischen Faktoren, die in kritischer Interaktion stehen können.

Das „neue“ Psychotherapeutenverfahren

Für Unfallfolgen auf psychischem Fachge-

biet hatte die DGUV bereits 2001 das Modellverfahren „Einbindung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren bei psychischen Gesundheitsschäden“⁶ eingeführt. Anders als für den Bereich der chirurgisch-orthopädischen Unfallverletzungen fehlte es bis dahin an entsprechenden Versorgungsstrukturen und besonderen Verfahren für die Heilbehandlung. Das Modellverfahren wurde zum 1. Juli 2012 durch das Psychotherapeutenverfahren⁷ abgelöst. Bei der grundlegenden Überarbeitung der Regelungen haben aktuelle wissenschaftlich-medizinische Erkenntnisse zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen ebenso Berücksichtigung gefunden, wie die Erfahrungen der Unfallversicherungsträger und die Ergebnisse von Gesprächen von Expertinnen und Experten mit Vertretern der relevanten wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften sowie der Verbände beziehungsweise der Standesorganisationen.

Das Psychotherapeutenverfahren soll die ambulante Versorgung von der Akutintervention bis zur beruflichen Reintegration sicherstellen und alle Beteiligten einbin-

Autorin und Autoren

Claudia Drechsel-Schlund

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Geschäftsführerin
Bezirksverwaltung Würzburg
E-Mail: claudia.drechsel-schlund@bgw-online.de

Dirk Scholtysik

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

Dr. Utz Ullmann

Leiter Abteilung Medizinische Psychologie der BG-Kliniken
Bergmannstrost
E-Mail: utz.ullmann@bergmannstrost.com

Quelle: S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, Flatten et al. 2011

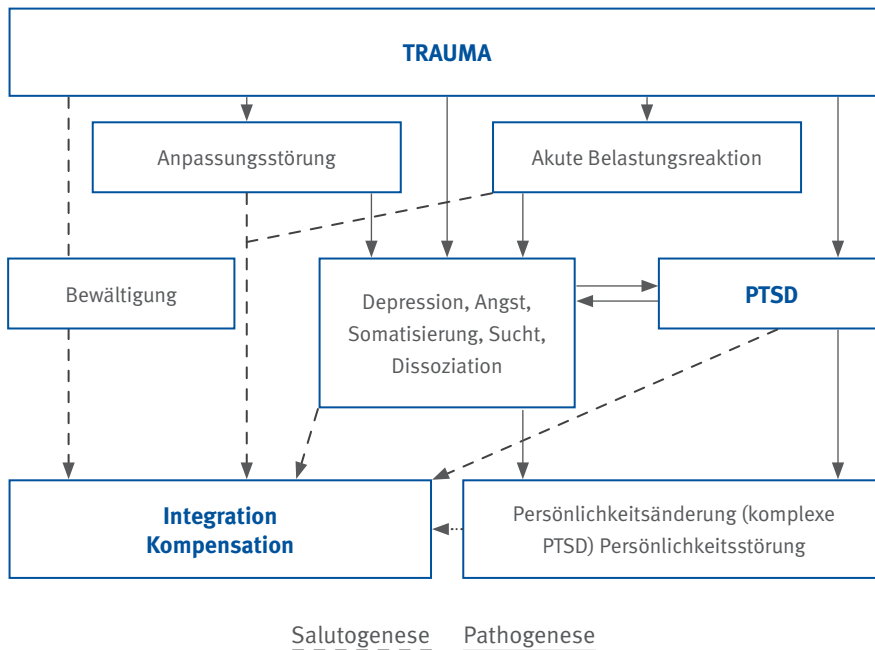


Abbildung 1: Übersicht traumareaktiver Entwicklungen

den: die Versicherten, die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die jeweiligen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, die Durchgangsarztinnen (D-Ärztinnen) und Durchgangsarzte (D-Ärzte) sowie die Unfallversicherungsträger. Ziel ist, dass Versicherte mit psychischen Auffälligkeiten beziehungsweise Störungen frühzeitig und adäquat professionelle Hilfe erhalten.

Regelungen: Anforderungen und Handlungsanleitung

Das Psychotherapeutenverfahren besteht aus zwei Regelungselementen: Die Anforderungen zum Psychotherapeutenverfahren enthalten die notwendigen fachlichen Qualifikationsvoraussetzungen und weitere Bestimmungen für die Zulassung von Leistungserbringern. In der Handlungsanleitung zum Psychotherapeutenverfahren werden der generelle Ablauf im Behandlungsprozess und die Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern normiert.

Die Anforderungen sehen vor, dass psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen mit Approbation in einer der drei anerkannten Richtlinienverfahren sowie psychiatrische und psychotherapeutische Fachärzte und Fachärztinnen als Leistungserbringer beteiligt werden können, wenn sie zusätzlich über Fachkenntnisse in der leitliniengerechten Diagnostik und Behandlung von typischen

Störungen nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten verfügen. Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen eine bestimmte Anzahl von spezifischen Behandlungsfällen vorweisen, evidenzbasierte Behandlungsverfahren anwenden und sich an den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) orientieren (insbesondere die hier einschlägige AWMF-Leitlinie „Akute Folgen psychischer Traumatisierung – Diagnostik und Behandlung“⁴⁵, die derzeit überprüft wird). Darüber hinaus haben sie besondere Pflichten im Rahmen des SGB VII-Versorgungsauftrags zu übernehmen. So müssen sie beispielsweise das Reha-Management der Unfallversicherungsträger unterstützen und den Fokus auf eine schnelle berufliche Reintegration richten.

Durch die Handlungsanleitung wird eine einheitliche Umsetzung erreicht. Von den Netzwerk-Therapeutinnen und Netzwerk-Therapeuten wird verlangt, SGB VII-Versicherte innerhalb einer Woche in die Behandlung zu übernehmen. Die Sitzungsfrequenz ist individuell festzulegen. Sitzungen sollen jedoch regelmäßig im Abstand von einer bis maximal zwei Wochen stattfinden. Die beteiligten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben den Unfallversicherungsträgern kontinuierlich über den Behandlungsverlauf zu berichten. Auf diese Weise kann eine ziel-

gerichtete, aktive Heilverfahrenssteuerung (Reha-Management) auch bei psychischen Unfallfolgen sichergestellt werden.

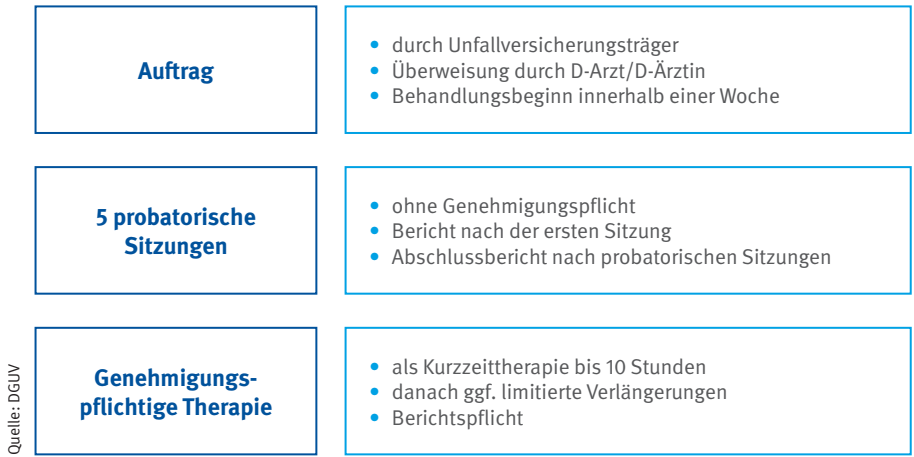
Die Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen des Netzwerks beziehungsweise die am Psychotherapeutenverfahren beteiligten Leistungserbringer können über den Internetauftritt der Landesverbände der DGUV mit Kontaktdaten recherchiert werden. Qualifizierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können zudem bei allen Unfallversicherungsträgern oder bei den Landesverbänden der DGUV erfragt werden.

Ablauf im Behandlungsfall

Die effiziente und effektive Behandlung psychischer Störungen erfordert, dass nach einem Unfallereignis einsetzende psychische Symptome frühzeitig erkannt werden. Im Vordergrund steht deshalb zunächst die Abklärung, ob eine professionelle Intervention und Behandlung in Form probatorischer Sitzungen beziehungsweise Psychotherapie indiziert ist. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden von den Unfallversicherungsträgern in das Heilverfahren eingebunden, wenn sich bei Erkrankten psychische Auffälligkeiten, etwa Schlafstörungen, Ängstlichkeit beziehungsweise Niedergeschlagenheit zeigen oder sich eine psychische Störung bereits manifestiert hat.

Auch wenn Schwierigkeiten mit der Bewältigung einer persistierenden körperlichen Symptomatik (etwa anhaltende Schmerzen, Brandnarben, Amputation, Lähmungen) auftreten, kommt das Psychotherapeutenverfahren zur Anwendung. Eine Therapie kann dabei auch bei subsyndromalen Störungsbildern indiziert sein, etwa bei Fahrängsten nach einem Wegeunfall, wenn sie nachvollziehbar zur Wiedererlangung der Leistungsfähigkeit beitragen kann. Schließlich können Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen bei allen anderen rehabilitativen Schritten bis zur Reintegration ins Erwerbsleben eingebunden werden, zum Beispiel, wenn im Einzelfall eine Arbeitsplatzbegleitung notwendig erscheint.

Sowohl der Unfallversicherungsträger als auch die D-Ärztin oder der D-Arzt können die Konsultation einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten beziehungsweise die Einleitung probatorischer Sitzun-



Quelle: DGUV

Abbildung 2: Ablauf des Psychotherapeutenverfahrens

gen initiieren (Abbildung 2). Versicherte erhalten unbürokratisch bis zu fünf probatorische Sitzungen, ohne dass eine Genehmigung des Unfallversicherungsträgers benötigt wird. Im Interesse der Frühintervention und Vermeidung von Chronifizierungen wird die an sich notwendige Beurteilung, ob die psychischen Störungen unfallbedingt sind, zunächst zurückgestellt. Weitere Sitzungen bedürfen dann jedoch einer Antragstellung durch die Therapeutin oder den Therapeuten und einer Genehmigung durch den Unfallversicherungsträger. Die Genehmigung erfolgt regelmäßig für zunächst maximal zehn Sitzungen. Um „Behandlungslöcher“ zu vermeiden, sind die Anträge auf Weiterbehandlung rechtzeitig zu stellen und vom Unfallversicherungsträger zeitnah zu entscheiden.

Besonderheiten der Heilverfahrenssteuerung

Aufgabe des Unfallversicherungsträgers, aber auch der D-Ärztin oder des D-Arztes als Lotsen ist es, die Betroffenen mit psychischen Symptomen zeitnah zu identifizieren und die Netzwerk-Psychotherapeutinnen und Netzwerk-Psychotherapeuten in die Behandlung einzubinden. Bei der Identifikation möglicher Problemfälle können auch klinikgestützte Screening-Instrumente hilfreich sein, wie zum Beispiel der Freiburger Screening Questionnaire (Freiburger Arbeitsunfallstudien FAUST I und II⁴). Ab 2016 kommt dieses Screening-Verfahren auf psychische Risiken bei allen Unfallversicherten zur Anwendung, die wegen einer Schwereverletzung (SAV-Verletzung) in einer BG-Unfallklinik behandelt werden.⁸ Bei Patientinnen und Patienten mit einem besonders hohen Risikopotenzial wird durch

die psychologischen Dienste der Kliniken eine diagnostische Abklärung initiiert und gegebenenfalls auch eine Behandlung eingeleitet. Der zukünftige Handlungsleitfaden „Psychische Gesundheitsstörungen nach Versicherungsfällen in der gesetzlichen Unfallversicherung“ der DGUV gibt den Unfallversicherungsträgern und ihren Beschäftigten wichtige Verfahrenshinweise im Umgang mit diesen Fällen und berücksichtigt dabei insbesondere die Schnittstellen zum Reha-Management und der Prävention.

Die Rolle der D-Ärztin und des D-Arztes

Hinweise auf psychische Symptome zeigen sich für den D-Arzt und die D-Ärztin oftmals bereits bei der Erstvorstellung, wenn Versicherte über das Unfallerebnis und ihre Beschwerden berichten. In einigen Fällen werden Angaben zu einer psychischen Belastung von den Betroffenen erst bei der Wiedervorstellung gemacht oder deutlicher erkennbar. Im Zwischenbericht (F 2100) werden die D-Ärztin und der D-Arzt bei besonderer Heilbehandlung ausdrücklich aufgefordert, entsprechende Hinweise auf psychische Störungen darzulegen und den Unfallversicherungsträger entsprechend zu informieren. So wie andere Fachärztinnen und Fachärzte zur Mitbehandlung hinzugezogen werden, können D-Ärztinnen und D-Ärzte die Vorstellung bei einer Netzwerk-Psychotherapeutin oder einem Netzwerk-Psychotherapeuten auch selbst veranlassen.

Über den Unfallversicherungsträger wird sichergestellt, dass die D-Ärztin beziehungsweise der D-Arzt fortlaufend über

die Mitbehandlung der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten informiert ist. Bei der Behandlung durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten greift die Auskunftspflicht nach § 201 SGB VII (Datenerhebung und -verarbeitung durch Ärzte) nicht. Der Unfallversicherungsträger verbindet den Behandlungsauftrag daher stets mit einer schriftlichen Einwilligungserklärung zur Weitergabe der Daten, auch für die Information der behandelnden D-Ärztinnen und D-Ärzte.

„Für die Beteiligung im Psychotherapeutenverfahren ist die Teilnahme an einer Einführungsveranstaltung obligatorisch.“

Es ist Aufgabe der qualifizierten Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, eine Diagnose auf psychischem Fachgebiet zu klären beziehungsweise zu sichern. Insbesondere die häufig komplexe Differentialdiagnostik erfordert fachliche Expertise. Im D-Arzt-Bericht sollten daher einschlägige „Verdachtsdiagnosen“ (etwa Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung) vermieden werden. Vielmehr ist ausreichend, wenn aus dem D-Arzt-Bericht hervorgeht, dass auffällige psychische Beschwerden beziehungsweise Symptome vorliegen und es einer Konsultation zur Diagnosevalidierung bedarf (Beispiele für Formulierungen: „Psychische Belastung nach Unfall“ oder „Psychoreaktive Störungslage nach Unfallgeschehen“).

Psychotraumatologische Ambulanzen an BG-Unfallkliniken

Die Psychotrauma-Ambulanzen haben eine zentrale Rolle im Netzwerk der Patientenversorgung von Unfallversicherungsträgern, D-Ärztinnen, D-Ärzten und ambulanten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.⁹ Für die psychologischen Dienste der BG-Unfallkliniken ist die Diagnostik und Behandlung ambulanter Patientinnen und Patienten im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens zunehmend ein Schwerpunkt neben der Betreuung der stationär untergebrachten Personen in Akutversorgung und Rehabilitation. Die Frequenz der Behandlungen kann dabei in Abhängigkeit von der Indikation von intensiven Blocktherapien (zum Beispiel Konfrontations-

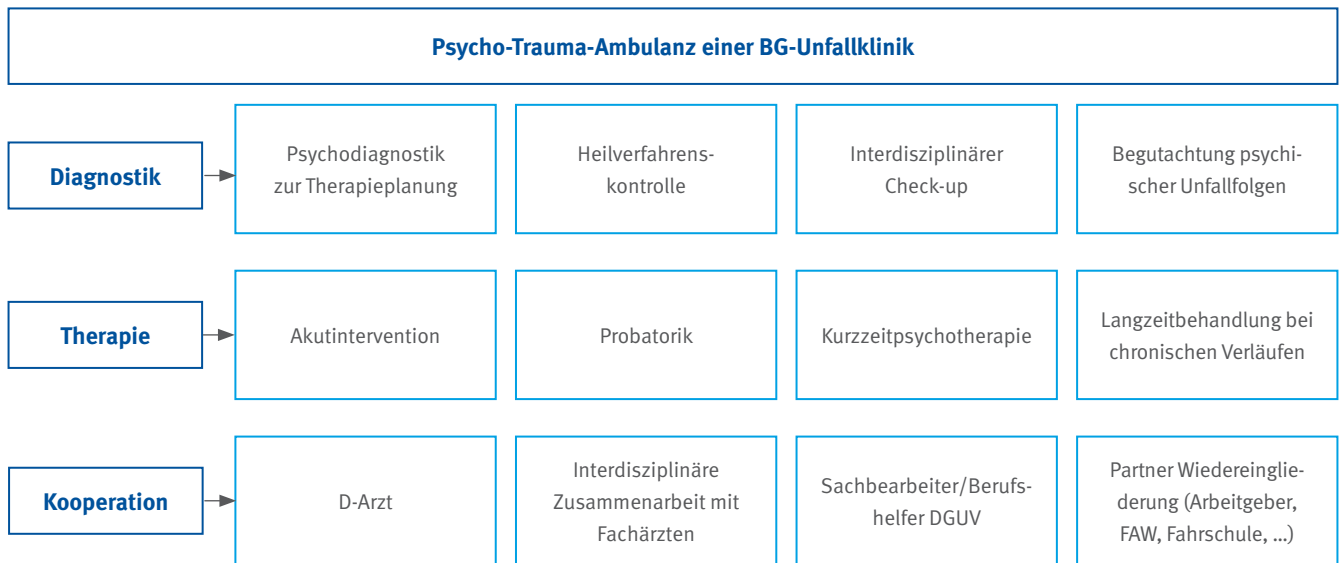


Abbildung 3: Psycho-Trauma-Ambulanz einer BG-Unfallklinik

behandlung bei Fahrphobie mit mehreren Therapiestunden täglich/wöchentlich über einen kurzen Zeitraum) bis hin zu niedrigschwelligen Therapieangeboten bei schweren chronischen Verläufen variieren. Die Vermittlung von Erkrankten an Therapeutinnen oder Therapeuten aus dem Psychotherapeutenverfahren oder an psychiatrische Kolleginnen und Kollegen zur psychopharmakologischen Co-Therapie sowie die Indikationsstellung für eine stationäre Therapiemaßnahme gehören ebenfalls zum Leistungsspektrum (Abbildung 3).

Bei verzögerten Heilverläufen, schwieriger differentialdiagnostischer Abklärung, bei Unsicherheiten über die Indikation zur Psychotherapie beziehungsweise über eine anhaltende unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit werden die Psychotrauma-Ambulanzen von den Unfallversicherungsträgern für eine Zweitmeinung eingeschaltet. Die Vorstellung im Rahmen einer Heilverfahrenskontrolle hat zum Ziel, klare Aussagen zur Diagnose zu gewinnen und das weitere Procedere abzustimmen. Unter Umständen wird in einer Heilverfahrenskontrolle auch die Weichenstellung für eine Begutachtung gegeben, wenn keine ausreichenden Anhaltspunkte für eine unfallbedingte Entstehung oder Unterhaltung der psychischen Störungen vorliegen.¹⁰

**Psychotherapeutenverfahren:
Zahlen und Daten**

Am Psychotherapeutenverfahren der DGUV waren Ende 2014 rund 560 Netz-

werkpartner beteiligt, wovon etwa 80 Prozent psychologische und 20 Prozent ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind. Von den psychologischen Therapeuten und Therapeutinnen wiederum kommen etwa drei Viertel aus dem Bereich der Verhaltenstherapie und knapp ein Viertel aus dem Kreis der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Jeder zehnte Netzwerkpartner verfügt zudem über die Berechtigung,

Kinder und Jugendliche zu behandeln. Im statistischen Erhebungsjahr 2014 wurden von 538 zugelassenen Therapeutinnen und Therapeuten (Rückläuferquote 95 Prozent) insgesamt 5.882 Behandlungsfälle gemeldet (Abbildung 4). Auf jede Netzwerktherapeutin und jeden Netzwerktherapeuten entfielen somit im Mittelwert 11 Patientinnen und Patienten, woraus deutlich wird, dass die Versicherten der gesetzlichen Unfallversicherung nur

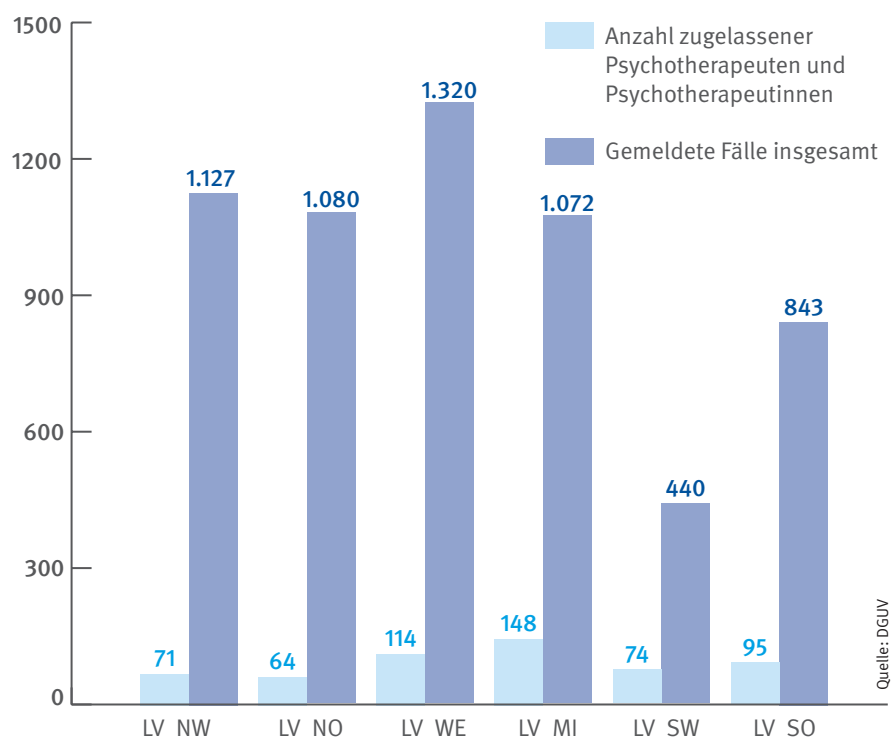


Abbildung 4: Zugelassene Therapeutinnen/Therapeuten und gemeldete Fälle in 2014 nach Landesverbänden der DGUV

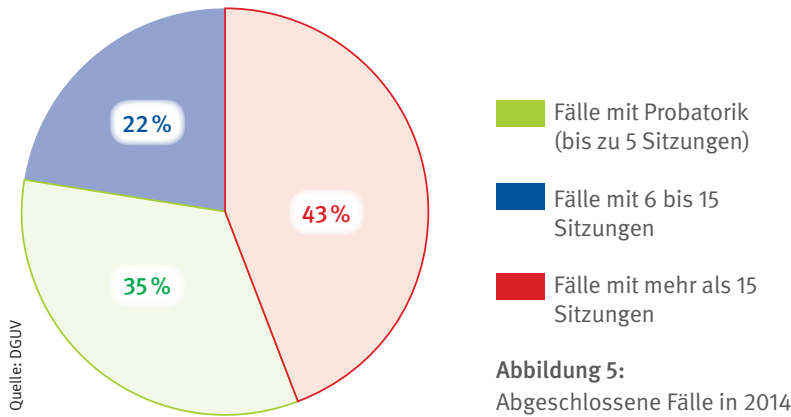


Abbildung 5: Abgeschlossene Fälle in 2014

einen untergeordneten Anteil der Erkrankten im Praxisbetrieb ausmachen. Diese Zahlen bilden jedoch nicht alle Behandlungsfälle mit probatorischen Sitzungen beziehungsweise Psychotherapie ab, weil die Unfallversicherungsträger zum Teil noch auf eigene Therapeutenlisten oder nicht beteiligte Therapeutinnen und Therapeuten zurückgreifen, insbesondere in unterrepräsentierten ländlichen Gebieten.

Im Verhältnis zu den etwa 1,06 Millionen meldepflichtigen Arbeitsunfällen 2013¹¹

(einschließlich Wegeunfälle) stellt die Anzahl der Behandlungsfälle im Psychotherapeutenverfahren eine kleine Fallmenge dar. Diese Fälle können jedoch in der Heilverfahrenssteuerung häufig sehr aufwendig sein und eine besondere Steuerung im Reha-Management erforderlich machen.

Die Dauer der Behandlung zeigt eine Streuung, wobei ein Behandlungsabschluss in 35 Prozent der Fälle mit fünf probatorischen Sitzungen und kumuliert in einem Anteil von 57 Prozent nach wei-

teren zehn Sitzungen der Weiterbehandlung erreicht werden konnte. Etwa 43 Prozent der Fälle bedürfen einer Behandlung von mehr als 15 Sitzungen (Abbildung 5).

Erwartungsgemäß sind Unfallversicherungsträger mit einer hohen Gefährdung am Arbeitsplatz durch Gewalt- und Aggression durch externe Personen besonders betroffen (Abbildung 6).

„Am Psychotherapeutenverfahren der DGUV waren Ende 2014 rund 560 Netzwerkpartner beteiligt.“

Das Versorgungsnetz scheint im Hinblick auf die Relation von Behandlungsfällen und Behandelnden gut entwickelt, berücksichtigt man die kurze Zeitspanne seit der Einführung des Psychotherapeutenverfahrens Mitte 2012. In einigen Regionen der östlichen Bundesländer und in ländlichen Gebieten sind die Versorgungsstrukturen aber noch nicht ausreichend, die Versorgungslage entspricht aber den aktuellen Zulassungszahlen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Eine ausschließlich wohnortferne Behandlungsmöglichkeit ist bei Patientinnen und Patienten mit psychischen Unfallfolgen besonders problematisch. Hier müssen mit allen geeigneten Mitteln Lösungen gefunden werden.

Dialog mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Netzwerks

Für die Beteiligung im Psychotherapeutenverfahren ist die Teilnahme an einer Einführungsveranstaltung obligatorisch. In den Jahren 2013 und 2014 haben die Landesverbände der DGUV insgesamt neun Einführungsveranstaltungen mit über 600 Teilnehmenden durchgeführt. Auf dem Programm standen insbesondere die speziellen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Unfallversicherung, die sich in Bezug auf das Kausalitätserfordernis und die Heilverfahrenssteuerung ganz wesentlich von denen der gesetzlichen Krankenversicherung unterscheiden. Bei den Einführungsveranstaltungen haben regelmäßig auch Vertreter der Psychotrauma-Ambulanzen der BG-Unfallkliniken und der Unfallversicherungsträger mitgewirkt. Auf diese Weise war es möglich, in einen intensiven Dialog mit den Netzwerk-Psy-

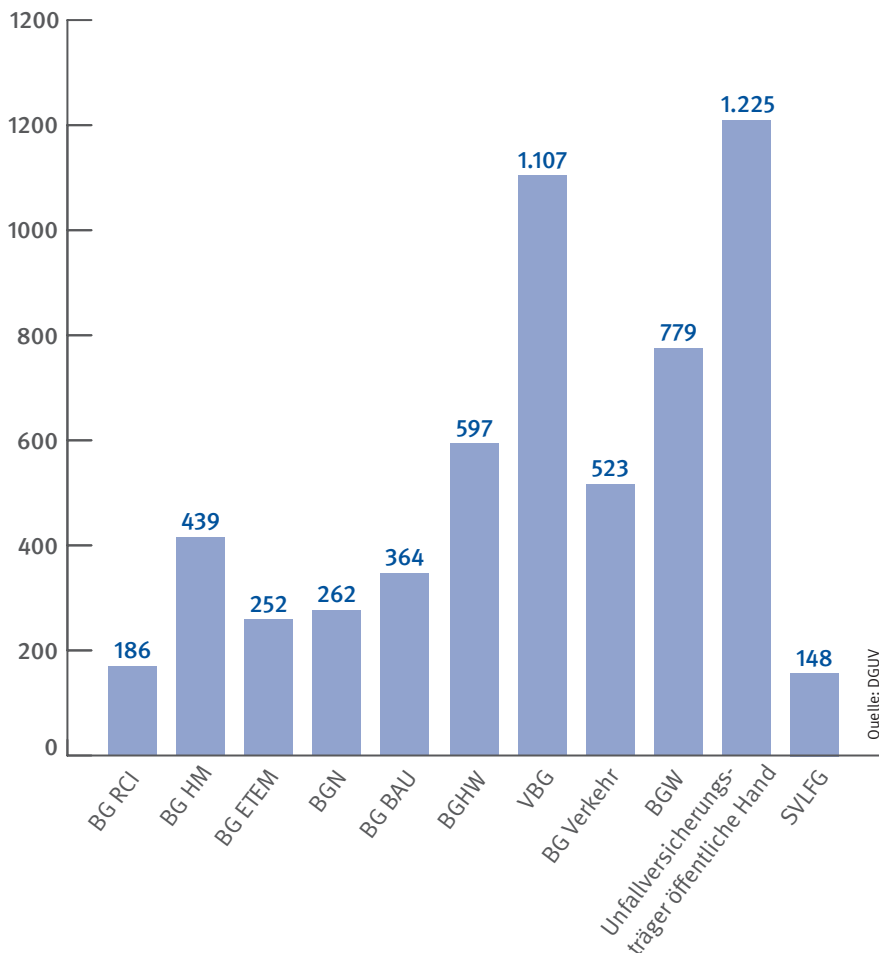


Abbildung 6: Verteilung der Fälle in 2014 auf die Unfallversicherungsträger

„Das Psychotherapeutenverfahren soll die ambulante Versorgung von der Akutintervention bis zur beruflichen Reintegration sicherstellen und alle Beteiligten einbinden.“

chotherapeutinnen und Netzwerk-Psychotherapeuten einzutreten.

Fazit und Ausblick

Ziele des Psychotherapeutenverfahrens sind die frühzeitige und adäquate Versorgung von Versicherten mit unfallbedingten psychischen Störungen.

Das Kooperationsnetzwerk ist interdisziplinär ausgerichtet und umfasst ambulante Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die regelmäßig angebotenen Einführungs- und Informationsveranstaltungen für Netzwerk-Therapeutinnen, Netzwerk-Therapeuten und Unfallversicherungsträger dienen zukünftig insbesondere auch dem gemeinsamen Austausch und der Weiterentwicklung beziehungsweise Verbesserung der Verfahrensabläufe D-Ärztinnen, D-Ärzte, Unfallversicherungsträger und Psychotrauma-Ambulanzen an den Unfallkliniken.

Weitere Anstrengungen sind notwendig, um qualifizierte Rehabilitationsprozesse von der Frühintervention bis hin zur beruflichen Wiedereingliederung auch bei psychischen Unfallfolgen flächendeckend sicherstellen zu können.

Unter Einbindung der besonderen fachlichen Kompetenzen der psychologischen Dienste und Abteilungen der BG-Unfallkliniken werden seit 2014 regionale Fortbildungsveranstaltungen zur Weiterqualifizierung der Sachbearbeitung/des Reha-Managements angeboten. Zusätzlich soll die Handlungsanleitung Psyche die verantwortlichen Beschäftigten der Unfallversicherungsträger bei der Steuerung der Heilverfahren unterstützen.

Das in der Versorgungslandschaft fest etablierte Psychotherapeutenverfahren soll in den Vertrag „Ärzte/Unfallversicherungsträger“ aufgenommen werden.

Die gemeinsamen „Empfehlungen der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen“ werden

in Zusammenarbeit von Rehabilitation und Prävention überarbeitet und sollen die Position der gesetzlichen Unfallversicherung klar definieren. Dies dient dazu, das Handeln der gesetzlichen Unfallversicherung zu fundieren, einerseits im Rahmen des Arbeitsprogramms Psyche der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA), andererseits aber auch weit über diesen Zeitraum hinaus.

Die Einführung des Screeningverfahrens FAUST für alle Schwerstverletzten an den BG-Unfallkliniken zum 1. Januar 2016 soll helfen, Problemfälle noch frühzeitiger zu erkennen und einer adäquaten psychologischen Versorgung zuzuführen. In diesem Kontext soll auch die Wirksamkeit entsprechender Maßnahmen im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie überprüft und evaluiert werden. ●

! Mehr Informationen zum Thema

Online-Informationen der DGUV zum Psychotherapeutenverfahren inklusive Link zur Suche nach Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unter: www.dguv.de (Webcode: d139696)

Formtext „Zwischenbericht (bei besonderer Heilbehandlung)“ unter: www.dguv.de/medien/formtexte/aerzte/F_2100/F2100.pdf

Fußnoten

- [1] Wesentliche Teile dieses Beitrags sind bereits als Erstveröffentlichung erschienen in der Zeitschrift „Trauma und Berufskrankheit“ (2015) DOI 10.1007/s10039-015-0006-8.
- [2] Angenendt, J.: Psychische Störungen nach Gewalterleben und Bedrohung – Einführung aus medizinisch-psychologischer Sicht, MedSach 108 (2012) Nr. 3, S. 106–110
- [3] Krahl, G.; Krahl, C.; Ullmann, U. (2011): Psychische Beschwerdebilder nach Unfallereignissen; Freytag, H.; Krahl, G.; Krahl, C.; Thomann, K.-D. (Hrsg.): Psychotraumatologische Begutachtung (1. Aufl., S. 133–186), Referenz-Verlag, Frankfurt am Main
- [4] Angenendt, J.; Riering, A.; Röhrich, B.; Südkamp, N.; Berger, M.: Freiburger Arbeitsunfallstudie-II (FAUST-II) „Trauma und Berufskrankheit“ 2012, 14 [Suppl 3], S. 299–306
- [5] AWMF-Register Nr. 051/027: www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/051-027.html
- [6] Drechsel-Schlund, C. (2004): Arbeitsunfall und psychische Gesundheitsschäden – Modellverfahren aus der Sicht der Unfallversicherungsträger, „Trauma und Berufskrankheit“ 6 [Suppl 1], S. 46–50
- [7] DGUV-Rundschreiben 0284/2012 vom 27.6.2012
- [8] DGUV-Rundschreiben 0153/2015 vom 13.4.2015
- [9] Schulz, B.; Ullmann, U.: Psychotraumatologische Versorgung im bg-lichen Heilverfahren, „Trauma und Berufskrankheit“ 2007 [Suppl 1]:109-112
- [10] Schneider, W.; Henningsen, P.; Dohrenbusch, R.; Freyberger, H.-J.; Irle, H.; Köllner, V.; Widder, B. (2012): Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Autorisierte Leitlinien und Kommentare, Verlag Hans Huber, Bern
- [11] Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2013, Stand: 11.8.2014, ISSN 1862-5541, Bonifatius GmbH, Druck Buch Verlag, Paderborn

Zwischenbericht

Das Klinikbaukonzept für die BG-Kliniken

Die BG-Kliniken¹ sind im Umbruch. Wesentliche Eckpunkte dieses Prozesses: die Verabschiedung des Klinikgesamtconzeptes im November 2013, die Einführung eines neuen Vergütungssystems zum 1. Januar 2015 und die Beschlüsse zur Gründung einer Klinikholding ab 2016. Vor diesem Hintergrund gibt dieser Artikel einen kurzen Zwischenbericht zu den Arbeiten an einem Klinikbaukonzept.

Hintergrund

Bereits die Mitgliederversammlung 1/2010 der DGUV hat im Zuge der Beratungen zum Umlageverfahren für den Gemeinschaftsfonds Teil A zum einen ihren generellen Willen betont, den Gemeinschaftsfonds Teil A als zentrales Finanzierungsinstrument

„Die BG-Kliniken sind in baulicher Hinsicht als historisch gewachsen zu charakterisieren.“

der BG-Kliniken fortzuführen und als stabile und zukunftsfeste Grundlage für die notwendige Fortentwicklung der Kliniken zu erhalten. Zum anderen hat sie beschlossen, dass in die künftige Verfahrensweise des Gemeinschaftsfonds Teil A eine Klinikbaukonzeption einzubinden ist. Ende des Jahres 2013 wurde weiterhin von den Mitgliederversammlungen der DGUV und des Klinikverbundes der gesetzlichen Unfallversicherung (KUV) das Klinikgesamtconzept verabschiedet. Grundlage für die Erstellung dieses Konzeptes ist der satzungsgemäße Auftrag des KUV „ein strategisches Klinikkonzept zu entwickeln, ein differenziertes Leistungsspektrum aufzustellen und die Klinikstrukturen unter Berücksichtigung regionaler und überregionaler Gesichtspunkte zu planen“.

Das Klinikbaukonzept baut auf diesem Gesamtconzept auf und konkretisiert es für den baulichen Bereich, um die Anforderungen der Unfallversicherungsträger und ihrer BG-Kliniken abzugleichen und gemeinsame Standards festzulegen.

Investitionsfinanzierung der BG-Kliniken

Um die Bedeutung eines Klinikbaukonzeptes zu verdeutlichen, wird im Folgenden über den aktuellen Stand der Investitionsfinanzierung der BG-Kliniken durch die Unfallversicherungsträger informiert.

Der Gemeinschaftsfonds Teil A ist das „klassische“ Instrument der Berufsgenossenschaften zur Finanzierung baulicher Maßnahmen (Neu- und Erweiterungsmaßnahmen) an den BG-Kliniken. Die BG-Kliniken sind aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und somit aus der Investitionsfinanzierung über die Bundesländer ausgenommen. Die Unfallversicherungsträger, insbesondere die Berufsgenossenschaften, sind somit selbst verantwortlich für die Investitionsfinanzierung der BG-Kliniken. Diese ist über den Gemeinschaftsfonds Teil A und die dazu verfasste Verfahrensordnung geregelt. Der Gemeinschaftsfonds Teil A wird aus einer jährlichen Umlage unter den Berufsgenossenschaften gebildet, wobei sich die Höhe der

Einzahlung der jeweiligen Berufsgenossenschaft aus ihrem Anteil an den Ausgaben für stationäre Heilbehandlung ergibt. Seit 2010 werden die Gelder, die für den Gemeinschaftsfonds bereitgestellt werden, treuhänderisch durch die DGUV verwaltet. Im Jahr 2015 betrug die Höhe der gesamten Umlage circa 45,3 Millionen Euro. Davon wurden 23 Prozent (circa 10,4 Millionen Euro) einem Kapitalstock zugeführt. Der Aufbau eines Kapitalstockes soll langfristig dazu dienen, die Ausgaben aus dem Gemeinschaftsfonds abdecken zu können und so die Berufsgenossenschaften zu entlasten. Die übrigen 77 Prozent der Mittel (34,9 Millionen Euro) stehen für bauliche Investitionen in die BG-Kliniken zur Verfügung. Die Auszahlungen aus dem Gemeinschaftsfonds an die BG-Kliniken erfolgen zu 70 Prozent in Form bedingt zurückzahlbarer Zuschüsse und zu 30 Prozent in Form von Darlehen, deren Annuitäten wiederum dem Aufbau des Kapitalstockes dienen. Abbildung 1 verdeutlicht das hier skizzierte Verfahren.

Mit den Mitteln des Gemeinschaftsfonds werden Neu- und Erweiterungsbauten an den BG-Kliniken finanziert. Die Mittel aus dem Gemeinschaftsfonds werden seitens der Kliniken bei der DGUV beantragt. Das Antrags- und Prüfverfahren ist in der Verfahrensordnung geregelt. Im Wesentlichen

Autorin und Autor



Foto: Privat

Petra Thiel

Referatsleitung Bereich Kliniken der DGUV
E-Mail: petra.thiel@dguv.de



Foto: Privat

Malte Brink

Referat Kliniken der DGUV
E-Mail: malte.brink@dguv.de

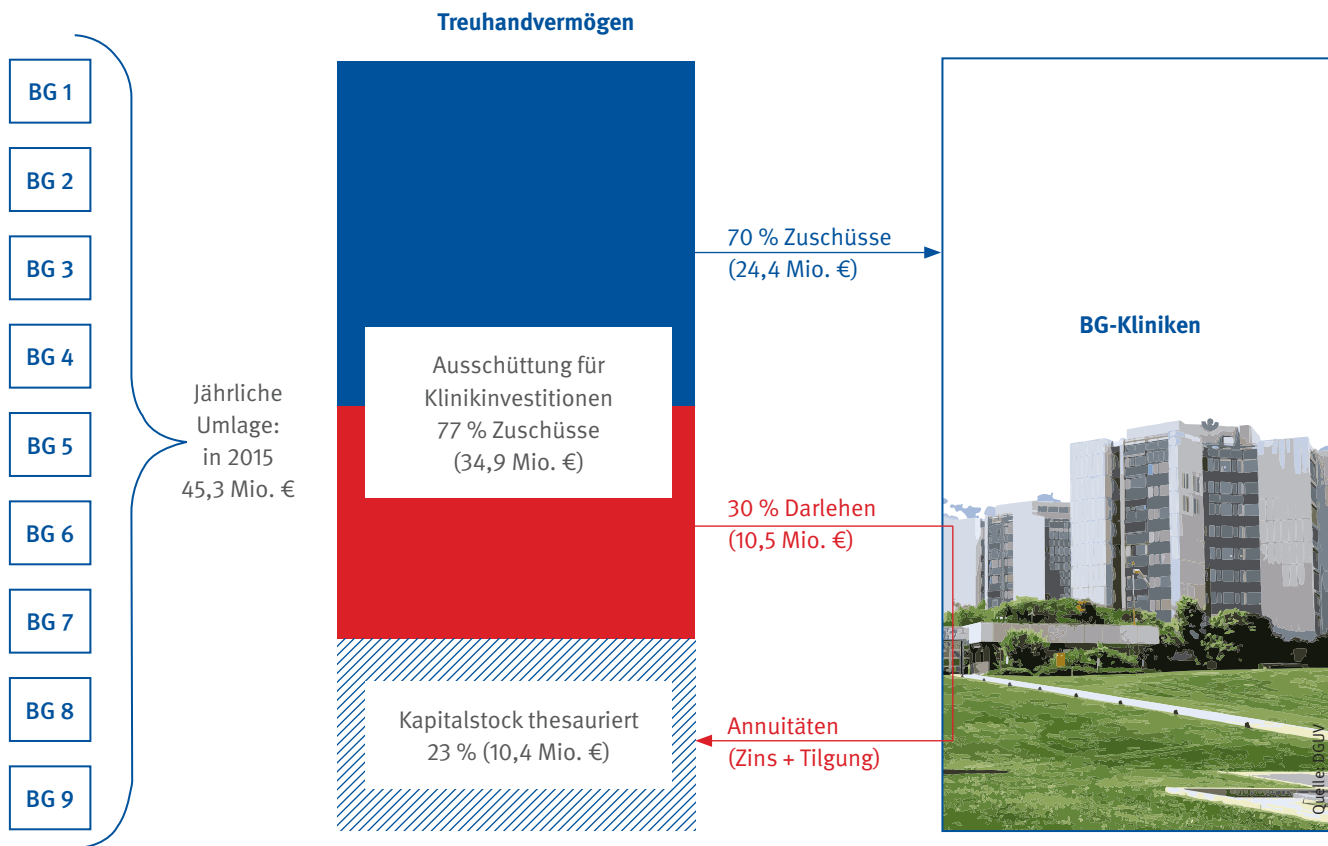


Abbildung 1: Schema Gemeinschaftsfondsfinanzierung

handelt es sich um ein sechsstufiges Antragsverfahren, welches die Erfassung von Objekten (Ziffer 2) für eine etwaige Finanzierung, die Aufnahme in den Finanzierungsplan (Ziffer 3), die Mittelzuteilungen (Ziffer 4) und die laufende Berichterstattung (Ziffer 5) sowie die Kostenfeststellung (Ziffer 6) umfasst. Je nach Antragsstufe

„Alle BG-Kliniken sind aufgefordert, Zielplanungen als Basis für Investitionen für ihre Standorte zu entwickeln und regelmäßig zu aktualisieren.“

sind seitens der BG-Kliniken unterschiedliche Unterlagen vorzulegen. Steht bei einem Antrag nach Ziffer 2 beispielsweise die Frage nach dem Bedarf der Baumaßnahme im Mittelpunkt, so ist für einen Antrag nach Ziffer 3 bereits eine detaillierte Entwurfsplanung vorzulegen. In den Anträgen nach Ziffer 5 geht es in erster Linie um den Nachweis des Baufortschritts und die Einhaltung des Kosten- und Zeitrahmens. Die Entscheidungen darüber, welche Objekte

zu welchen Höhen durch den Gemeinschaftsfonds gefördert werden, treffen die Gremien der DGUV. Die Mitgliederversammlung der DGUV entscheidet dabei über die Aufnahme in den Finanzierungsplan zum Gemeinschaftsfonds. Über die weiteren Anträge – insbesondere die Zuteilung der Finanzmittel – entscheidet der Vorstand der DGUV.

Neben dem Gemeinschaftsfonds Teil A gibt es seit 2015 ein weiteres Instrument zur Förderung baulich investiver Maßnahmen an den BG-Kliniken. Mit der Einführung des neuen Vergütungssystems² wurde der Investitionsfonds geschaffen. Im Unterschied zum Gemeinschaftsfonds sind an der Umlage zum Investitionsfonds alle Unfallversicherungsträger beteiligt. Die Höhe der Umlage zum Investitionsfonds wurde im Zuge der Trennung von Betriebs- und Investitionskosten im Rahmen des neuen Vergütungssystems ermittelt. Jährlich stehen den BG-Kliniken aktuell etwa 26 Millionen Euro für Ersatzinvestitionen zur Verfügung. Der Anteil des jeweiligen Unfallversicherungsträgers ergibt sich dabei ebenfalls aus dessen Ausgaben für sta-

tionäre Heilbehandlung. Der Investitionsfonds wird ebenso treuhänderisch durch die DGUV verwaltet. Die Auszahlung der Mittel erfolgt zu 100 Prozent in Form bedingt zurückzahlbarer Zuschüsse.

Über den Investitionsfonds werden Ersatzinvestitionen für Gebäude, technische Anlagen sowie medizinische Großgeräte finanziert. Im Zusammenhang mit der Antragstellung werden die Maßnahmen je nach Komplexität und Investitionshöhe in drei Kategorien eingeteilt, wobei für die Projektkategorien II und III ein vereinfachtes Antrags- und Prüfverfahren gilt und die Projektkategorie I analog zum Gemeinschaftsfondsverfahren gehandhabt wird.

Es kann festgehalten werden, dass die Unfallversicherungsträger über jährliche Umlagen investive Mittel sowohl für Neu- und Erweiterungsbauten als auch für Ersatzinvestitionen zur Verfügung stellen und die Mittel den BG-Kliniken antragsbezogen weitergereicht werden. Damit sind die Fragen, was auf welchem Wege finanziert wird, grundsätzlich geklärt. Bisher gibt es jedoch keinen übergeordneten

„BG-Kliniken sollen auch baulich der Anforderung des SGB VII genügen, eine Rehabilitation ‚mit allen geeigneten Mitteln‘ zu erzielen.“

strategischen Rahmen, der die Frage aufgreift, wie an BG-Kliniken gebaut und saniert werden soll.

Klinikbaukonzept als strategischer Rahmen

Die BG-Kliniken sind in baulicher Hinsicht als historisch gewachsen zu charakterisieren. Das heißt, es handelt sich um Anlagen, die sich im Laufe der Jahre mit den veränderten Anforderungen an die medizinische Versorgung und die veränderten Aufgaben der BG-Kliniken erweitert und angepasst haben. Sie setzen sich aus verschiedenen Baukörpern aus unterschiedlichen Baujahren mit zum Teil unterschiedlichen Ausstattungsstandards zusammen. Ziel des Klinikbaukonzeptes ist es, methodische und bauliche Standards zu definieren, die sicherstellen, dass die BG-Kliniken auch baulich der Anforderung des SGB VII genügen, eine Rehabilitation „mit allen geeigneten Mitteln“ zu erzielen.

Insbesondere sind die baulichen Voraussetzungen dafür zu erhalten respektive zu schaffen, damit dem Alleinstellungsmerkmal der BG-Kliniken einer sektorübergreifenden Versorgung Rechnung getragen werden kann. Die Qualitäts- und Innovationsführerschaft im Bereich der Traumatologie sind baulich zu ermöglichen – sowohl in der Akutmedizin als auch in der Rehabilitation. Ein besonderes Augenmerk ist auf die bauliche Abbildung optimaler Prozesse zu legen. Dabei sollen Grundlagen dafür geschaffen werden, dass bei der Planung und Umsetzung von Baumaßnahmen die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit berücksichtigt werden. Für die Planung von Bauvorhaben sollen den BG-Kliniken durch das Klinikbaukonzept unterstützende methodische Werkzeuge zur Verfügung stehen, wie zum Beispiel Leitlinien für die strategisch bauliche Entwicklung oder Instrumente zur Kosten- und Terminkontrolle. Durch eine frühzeitige, genaue und der Art und dem Umfang der geplanten Maßnahme entsprechende und vergleichbare Kostenermittlung soll höchstmögliche Kostensicherheit erreicht werden.

Im Klinikbaukonzept sollen qualitative und quantitative Standards, spezifische Anforderungen an Funktionsbereiche, baulich-technische Zielstellungen sowie Planungs- und Verfahrensgrundlagen definiert werden, die Berücksichtigung finden müssen. Die festzulegenden qualitativen und quantitativen baulichen Standards in Bezug auf die Fachbereiche sollen in erster Linie auf das Kernleistungsportfolio einer BG-Klinik abzielen. Dazu zählen insbesondere die BG-spezifischen Bereiche wie Rückenmarksverletzte, Brandverletzte, septische Operationen und Reha. Für diese Fachbereiche sollen, basierend auf dem Expertenwissen der Kliniken, bauliche Vorgaben entwickelt und als Standards definiert werden. Eine wesentliche Aufgabe des Klinikbaukonzeptes besteht dementsprechend darin, bauliche Besonderheiten zu identifizieren und zu beschreiben, die sich aus dem speziellen Auftrag der Unfallversicherung für die eigenen Kliniken ergeben. Dabei sind folgende Fragen handlungsleitend:

- Was ist als besondere Anforderung aus dem Auftrag der Unfallversicherung heraus zu definieren (unfallversicherungsspezifische Relevanz)?
- Welche dieser Anforderungen könnten Grundlage für eine Verallgemeinerung/Standardisierung sein?

Die Erarbeitung von Mustergrundrissen kann dabei der Festlegung von Standards für exemplarische Räume in den Kliniken dienen, insbesondere für verschiedene Bettenzimmertypen, und vereinfacht die Erstellung von Raum- und Funktionsprogrammen. Sie stellen einen Idealtyp des Raumes dar, der an die örtlichen Gegebenheiten angepasst werden muss.

Darüber hinaus gibt es weitere soziale und gesellschaftliche Faktoren, die bei der Errichtung und Sanierung der BG-Kliniken berücksichtigt werden sollen. Dazu zählt insbesondere die Beachtung von Anforderungen an die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz gemäß dem Auftrag der gesetzlichen Unfallversicherung. Dies gilt vor allem im Hinblick auf Unfall-

verhütungsvorschriften und arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse für alle in den BG-Kliniken beziehungsweise für die BG-Kliniken tätigen Berufsgruppen, darüber hinaus aber auch für die Sicherheit von Patientinnen, Patienten, Angehörigen sowie Besucherinnen und Besuchern.

Um den voranschreitenden Entwicklungen sowohl in der Medizin als auch in den Bereichen Bau, Technik, Medizintechnik und Informationstechnik Rechnung zu tragen, wird sich das Klinikbaukonzept aus einem Kerndokument zusammensetzen, das relativ stabile und unveränderliche Grundsätze und Verfahren definiert, sowie aus mitgeltenden Unterlagen, mit denen auf die konkreten Anforderungen aus den Baumaßnahmen reagiert werden kann.

Alle BG-Kliniken sind aufgefordert, Zielplanungen als Basis für Investitionen für ihre Standorte zu entwickeln und regelmäßig zu aktualisieren. Ziel ist es, eine langfristige valide Bauplanung für die Kliniken zu erstellen, die Sicherheit über die geplante Struktur und den dafür benötigten finanziellen Bedarf jeder einzelnen Klinik gibt. Grundlage für eine solche Planung ist es, den Ist-Stand der Klinik (Leistungsportfolio, Betriebsorganisation sowie Bau und Technik) zu erfassen, Schwachstellen im betrieblichen und baulichen Bereich zu ermitteln und Herausforderungen für die Zukunft zu definieren, die sich aus den Anforderungen der Unfallversicherungsträger oder anderen externen Rahmenbedingungen ergeben. Das Klinikbaukonzept bietet in diesem Prozess für den baulichen Bereich die Basis und den strategischen Rahmen für die Erstellung der Zielplanungen in den Kliniken. ●

Fußnoten

[1] Wenn im Artikel von BG-Kliniken die Rede ist, so sind sowohl die BG-Kliniken selbst, die BK-Kliniken als auch die Unfallbehandlungsstellen gemeint.

[2] Vgl. Artikel im DGUV Forum, Ausgabe 10/2014, S. 10

Programm „EDA UVT Reha“

Elektronischer Datenaustausch in der Heilverfahrenssteuerung

Mit einem neuen Programm will die DGUV den elektronischen Datenaustausch in der Heilverfahrenssteuerung und im Reha-Management modernisieren. Das Verfahren wird 2016 in einem Pilotprojekt getestet.

Derzeit erfolgt der Informationsaustausch zwischen den Unfallversicherungsträgern und den Leistungserbringern (SAV-/VAV-Kliniken, BG-Kliniken, BGSW-Kliniken, EAP-Einrichtungen) zumeist papierbasiert per Fax oder auf dem Postweg. Der bisherige Datenaustausch ist durch Informations- und Medienbrüche gekennzeichnet. Der Handlungsbedarf wurde auch durch die Ergebnisse im trägerübergreifenden Benchmarkingprojekt „Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Fallsteuerung“ aufgezeigt. Hier haben Fachexpertinnen und Fachexperten aller teilnehmenden Unfallversicherungsträger 25 Handlungsempfehlungen zur Optimierung der Geschäftsprozesse in der Unfallsachbearbeitung der Unfallversicherungsträger erarbeitet. Eine der Empfehlungen war, dass zur Verbesserung der Heilverfahrenssteuerung der Grad der elektronischen Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern erhöht werden sollte.

Die DGUV hat daher ein umfangreiches Programm zur Modernisierung der Kommunikation zwischen Unfallversicherungsträgern und Leistungserbringern angestoßen. Das langfristige Ziel lautet: „Die am Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung beteiligten Akteurinnen und Akteure sind elektronisch vernetzt und können entsprechend kommunizieren.“

Der Begriff Heilverfahrenssteuerung umfasst dabei die versicherungsseitige Fallbearbeitung (etwa Anlage des Falls, Datenerfassung, Rechnungsprüfung und Entschädigung) sowie die aktive Planung, Abstimmung und Überwachung der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation.

Um dieses Ziel zu erreichen, sollen unter dem Dach des Programms „EDA UVT Reha“ verschiedene Projekte durchgeführt werden. Konkret bedeutet dies:

- Elektronische Vernetzung und Kommunikation der an der Heilbehandlung Beteiligten in den Unfallversicherungsträgern und bei den Leistungserbringern
- Optimierung der Prozesse und Informationsflüsse
- Reduktion der Verwaltungs- und Dokumentationsaufwände
- Elektronische Dokumentation der für die Heilbehandlungssteuerung der Unfallversicherungsträger notwendigen Daten und Informationen der Versicherten (sowohl medizinische als auch administrative Daten)
- Zeitnahe Verfügbarkeit der notwendigen Informationen zur Heilbehandlungssteuerung
- Vermeiden von Medienbrüchen bei der Heilbehandlungssteuerung
- Vereinbarung von Standards für den Datenaustausch (etwa strukturierte Daten und Dokumente) für die Heilverfahrenssteuerung

- Optimierung der Datenauswertungsmöglichkeiten für die Unfallversicherungsträger bei der Heilbehandlungssteuerung (Qualitätssicherung, Controlling, Benchmarking, Statistik)

EDA Gesamtvorhaben Reha

Das Gesamtvorhaben „EDA UVT Reha“ soll einen Rahmen für verschiedene Projekte bilden, die zur Modernisierung der Kommunikation beitragen. Seine Struktur sorgt dafür, dass die Ergebnisse der Einzelprojekte in die Planung und Durchführung der anderen Projekte einfließen können, um so Synergien zu erzeugen.

Die Steuerung des Gesamtvorhabens erfolgt nach Vorberatung in einem Interdisziplinären Team (IDT) und einem als Lenkungsausschuss eingesetzten Vorstandsausschuss durch den Vorstand der DGUV. Die Aufgaben des Vorstandes liegen in erster Linie in der Vorgabe der strategischen Ziele von Projekten sowie in der Koordinierung von Projektergebnissen und Zeitplänen der einzelnen Projekte. Die strategische Steuerung der einzelnen Projekte erfolgt über den Lenkungsausschuss. Dieser konkretisiert die Zielvorgaben, koordiniert Zeitpläne und gibt die Projektergebnisse frei. ▶

Autorin und Autor



Petra Thiel

Referatsleitung Bereich
Kliniken der DGUV
E-Mail: petra.thiel@dguv.de



Peter Libowski

Stellvertretender Bereichsleiter
Berufsgenossenschaft der
Bauwirtschaft (BG BAU), Hauptverwaltung,
Referat Mitglieder und Beiträge
E-Mail: peter.libowski@bgbau.de

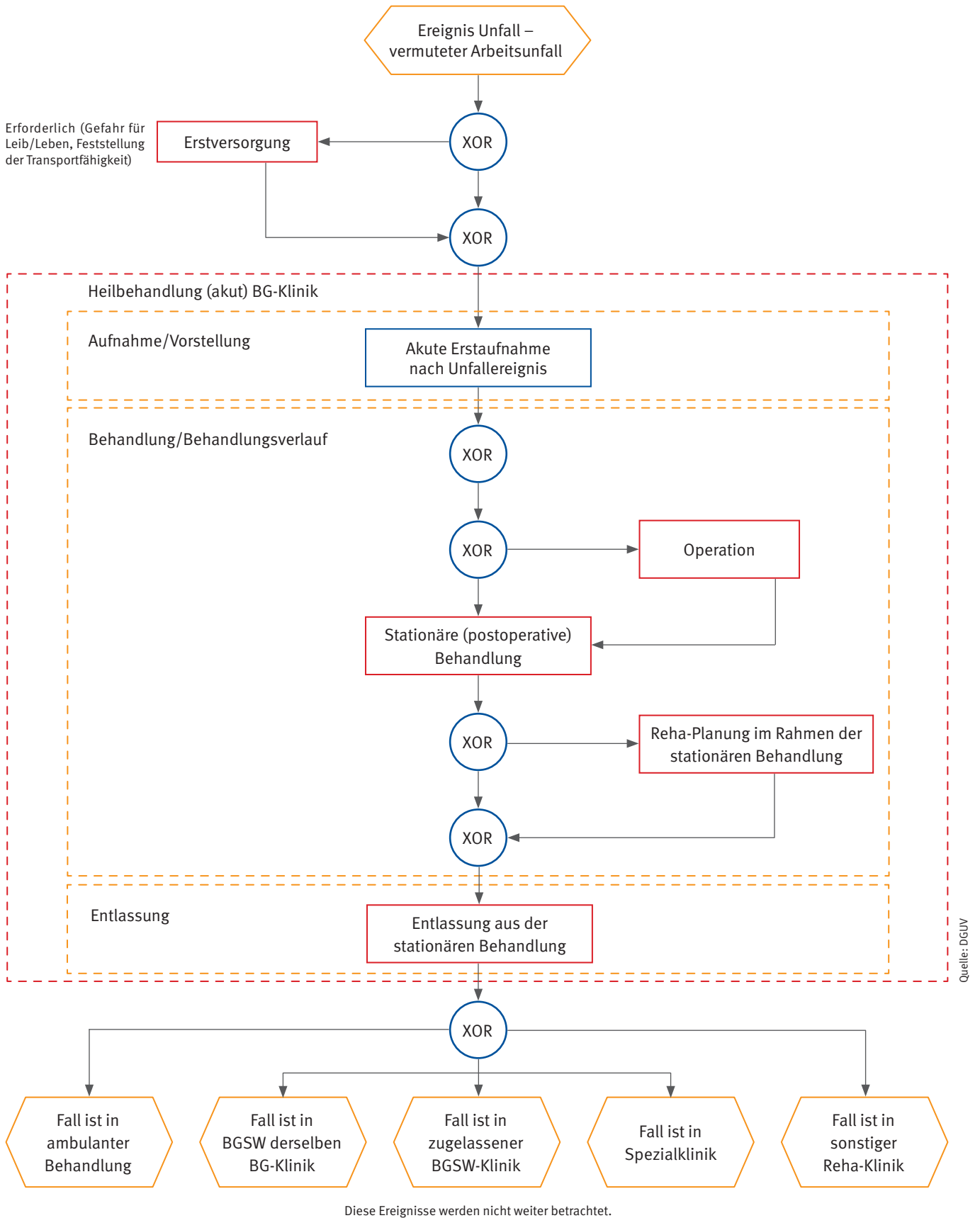


Abbildung 1: Das prozessauslösende Ereignis ist der Unfall, bei dem ein Arbeitsunfall vermutet wird. Das äußere rot gestrichelte Rechteck umfasst alle Prozessschritte, die einen Informationsbedarf im Sinne des Projektes auslösen. Der erste einen Informationsbedarf auslösende Prozessschritt ist die akute Erstaufnahme nach dem Unfall in der BG-Klinik. Weitere Informationsbedarfe für die Unfallversicherungsträger entstehen bei der Operation, dem Heilbehandlungsverlauf auf der Station, bei der Reha-Planung im Rahmen der stationären Behandlung sowie bei der Entlassung aus der stationären Behandlung.

Alle zukünftigen Projektvorhaben sind zur Entscheidungsfindung unter folgenden Kriterien zu beurteilen:

- Kompatibilität zum übergeordneten Ziel und den fachlichen Zielen des Gesamtvorhabens
- Unterstützung der Zielerreichung des Gesamtvorhabens
- Etwaige Zielkonflikte zu anderen Projekten des Gesamtvorhabens
- Thematische Überschneidungen zu anderen Projekten
- Erzielbare Synergien durch die Aufnahme des Projektes in das Gesamtvorhaben (auch zur Vermeidung von Doppelarbeiten)

Diese Kriterien betreffen sowohl die Frage, ob ein Projekt initialisiert werden soll, als auch die Priorisierung einzelner Projekte. Jedes Projekt, das dem Gesamtvorhaben zugeordnet wird, sollte die Mindestvorgaben erfüllen. Dazu gehören die Beschreibung und Genehmigung von Projektauftrag, Projektziel(en), Projektplan, Projektorganigramm, Projektfortschrittsbericht (laufende Berichterstattung) und Projektabschlussbericht. Darüber hinaus kann es sinnvoll sein, optional weitergehende Aspekte zu beschreiben wie beispielsweise Projekthandbuch und Projektevaluationsbericht.

Das IDT wurde gebildet, um die Beurteilung von Projektvorschlägen für den Lenkungsausschuss vorzubereiten. Dieses ist besetzt aus einem Querschnitt betroffener Abteilungen der DGUV wie zum Beispiel Versicherung und Leistungen sowie IT-Services.

Darüber hinaus sind durch die Fachausschüsse der Geschäftsführerkonferenz Rehabilitation sowie der Informationstechnik jeweils zwei Fachleute aus den Unfallversicherungsträgern benannt worden. Durch die querschnittliche Besetzung soll frühzeitig sichergestellt werden, dass möglichst viele Aspekte und Auswirkungen eines neuen Projektes aus den verschiedenen Perspektiven und Interessenlagen betrachtet werden.

Aktuell ist das Ziel des „EDA Gesamtvorhabens Reha“, einen Masterplan zu erstellen, der die derzeit erkennbaren Anforderungen im Rahmen der Heilverfahrenssteuerung beinhaltet, priorisiert und eine

logische zeitliche Abfolge für deren Umsetzung festlegt. Die Erstellung des Masterplans soll bis zum 31. Dezember 2015 abgeschlossen sein.

EDA UVT – BG-Klinken

Ein erstes Projekt des Gesamtvorhabens „EDA UVT Reha“ befasst sich mit dem elektronischen Datenaustausch in der Heilverfahrenssteuerung und im Reha-Management bei der akut-stationären Behandlung zwischen den Unfallversicherungsträgern und den BG-Kliniken. Andere Teilbereiche der Heilverfahrenssteuerung (zum Beispiel die ambulante Heilbehandlung) wurden zunächst bewusst ausgespart, um den Umfang des Projektes beherrschbar zu machen. Diese Teilbereiche werden später in gesonderten Projekten unter dem Dach des Gesamtvorhabens „EDA UVT Reha“ betrachtet.

Konkret wurde unter Beteiligung aller Unfallversicherungsträger eine fachliche Anforderungsanalyse erstellt, in der 17 Berichte für die bidirektionale Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern identifiziert wurden. Alle Berichtsarten sind anlassbezogen und mit Fristen für die Übermittlung gekoppelt (siehe Abbildung 1). Nach der fachlichen Abstimmung zwischen den BG-Kliniken und den Unfallversicherungsträgern hat der Vorstand der DGUV beschlossen, das Verfahren im Rahmen eines Pilotverfahrens umzusetzen.

Derzeit sind die Teilnehmenden am Pilotverfahren – Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM), Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution (BGHW), Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) sowie die BG-Kliniken in Hamburg und Frankfurt – mit der technischen Realisierung beschäftigt, die auf der bekannten Plattform DALE-UV erfolgt. Start des Pilotverfahrens ist der 1. Januar 2016, die Laufzeit wird 12 Monate betragen.

Nach dem erfolgreichen Abschluss des Pilotverfahrens ist der Rollout auf alle Unfallversicherungsträger und BK-Kliniken geplant. In einem weiteren Schritt ist die Anbindung der SAV- und VAV-Kliniken beabsichtigt. Dieses sind dann Projekte, die im „EDA Gesamtvorhaben Reha“ vorbereitet und vorangetrieben werden.

Weitere Projekte

Weiterhin wurde beziehungsweise wird daran gearbeitet, die elektronischen Datenaustauschverfahren nach § 300 SGB V (Arzneimittelabrechnungen) und § 301 SGB V (Abrechnungsdaten) zu realisieren. Beide Datenaustauschverfahren werden von den Krankenkassen bereits seit mehreren Jahren flächendeckend mit den Leistungserbringern betrieben. In der Unfallversicherung wurden die genannten Verfahren bisher nicht eingesetzt, da die Leistungserbringer nicht sicherstellen konnten, dass das Unfalldatum als zusätzliches Zuordnungsmerkmal erfasst und übertragen wurde. Dieses Problem konnte jetzt gelöst werden.

Im elektronischen Datenaustauschverfahren nach § 301 ist die Unfallversicherung seit 1. Juli 2015 empfangsbereit. Aufgrund der Releasezyklen der Krankenhausinformationssysteme (KIS) wird mit einer nennenswerten Anzahl an Datensätzen nicht vor dem 1. Oktober 2015 zu rechnen sein. In einem ersten Schritt wurde die elektronische Kommunikation von Kliniken zu den Unfallversicherungsträgern realisiert. Für die Umsetzung des Weges von den Unfallversicherungsträgern zu den Kliniken gibt es noch keine konkreten Terminplanungen. Die Umsetzung des Datenaustausches nach § 300 ist noch nicht so weit fortgeschritten. Hier sind neben der Frage, auf welcher technischen Plattform eine Realisierung erfolgt, auch noch fachliche Fragen zu klären.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich der Grad des elektronischen Datenaustausches zwischen den Leistungserbringern und der gesetzlichen Unfallversicherung in den nächsten Jahren kontinuierlich erhöhen wird. Ziel ist hierbei, die bisherigen Prozesse zu verschlanken und mit den erzielten Effekten die Qualität bei der Versorgung der Versicherten weiter zu verbessern. ●

Fußnote

- [1] Stationäres Durchgangsarztverfahren (DAV), Verletzungsartenverfahren (VAV), Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV), Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW), Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)



Foto: Andreas Arnold

Die Fertigung orthopädischer Schuhe wird umso anspruchsvoller, je höher die Bedarfsstufe ist.

Rahmenvereinbarung orthopädische Schuhe der DGUV

„Gute Schuhe sollen einem Menschen helfen, seine Füße zu vergessen ...“

Diese Worte legt der bekannte Buchautor Henning Mankell seiner Romanfigur Giacomelli, einem Schuhmachermeister, in den Mund.¹ Wir möchten dabei glauben, er habe den Grundsatz der Unfallversicherung „mit allen geeigneten Mitteln“ in literarische Worte gefasst. Bei der Versorgung mit orthopädischen Schuhen geht es nämlich im Grunde genau darum: Es sollen gesundheitliche Beschwerden gelindert, Einschränkungen kompensiert, Fehlstellungen korrigiert, das Gangbild normalisiert, Schmerzen gelindert oder einer Verschlimmerung vorgebeugt werden. Dafür steht der Schuhvertrag der DGUV. Dieser Beitrag gibt einen kurzen Überblick.

Seit dem 1. Januar 2013 unterhält die DGUV gemeinsam mit der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), dem Zentralverband der orthopädischen Schuhtechnik und dem Innungsverband für Orthopädie-Schuhtechnik Nordrhein-Westfalen eine Rahmen-

vereinbarung über die orthopädische Schuhversorgung. Der Vertrag ist als Beitrittsvertrag ausgestaltet, das heißt, sowohl die Unfallversicherungsträger als auch die Leistungserbringer müssen dem Vertrag beitreten. Auf Seiten der Unfallversicherung nehmen nahezu alle Träger

teil. Bei den Leistungserbringern steht uns die stolze Zahl von fast 2.000 Teilnehmenden gegenüber. Dies zeigt – was bei einem Schuhvertrag Programm sein sollte –, der Vertrag „läuft gut“. Um den Vertrag erfolgreich umzusetzen, ist ein Workflow „orthopädische Schuhversorgung“ auf unserer Informationsplattform UV-Net eingerichtet, die den Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern eine schnelle Prüfung und einen standardisierten Verfahrensablauf ermöglicht.

Autorin



Foto: Privat

Andreja Schneider-Dörr

Referentin Vertragswesen und Rechtsangelegenheiten der DGUV
E-Mail: andreja.schneider-doerr@dguv.de

Wann bekommen Versicherte orthopädische Schuhe?

Das ist wohl eine der drängendsten Fragen in der orthopädischen Schuhversorgung. Dazu ist im Vertrag die sogenannte Bedarfserhebung vorgesehen. An erster Stelle steht die durchgangsarztliche Untersu-



Foto: Andreas Ambold

In der dritten Bedarfsstufe ist die handwerkliche Einzelanfertigung nötig.

chung. Insbesondere unfallbedingte Amputationen von Fußteilen machen oftmals eine Versorgung mit orthopädischen Schuhen notwendig. Jedoch ist eine Vielzahl von Konstellationen denkbar, die einen Versorgungsbedarf auslösen können. Besteht ein solcher Bedarf, ergeht eine ärztliche Verordnung. Diese wird an den Unfallversicherungsträger geleitet und geprüft. Ist ein grundsätzlicher Bedarf festgestellt, muss die Bedarfsstufe ermittelt werden.

Es gibt drei Bedarfsstufen in der Schuhversorgung: Die erste umfasst vorkonfektionierte orthopädische Schuhe, entweder mit individueller Einlage oder Fußbettung. Hierzu wird ein geeigneter orthopädischer Konfektionsschuh (Fertigprodukt) verwendet. Die zweite Bedarfsstufe beinhaltet die Fertigung eines individuellen Maßschuhs anhand eines individuellen Schuhleistsens. Industrielle Fertigungsanteile, zum Beispiel der Schaft, dürfen nur bis zu einem Anteil von 50 Prozent enthalten sein. Ist schließlich die Versorgung nach der dritten Bedarfsstufe nötig, so ist die handwerkliche Einzelanfertigung eines individuellen Maßschuhs anhand eines individuellen Schuhleistsens in der eigenen Werkstatt gefordert.

Die Bedarfsstufen unterscheiden sich somit vor allem darin, dass die Anteile der individuellen Maßanfertigung mit den Bedarfsstufen steigen. Das Handwerk wird umso anspruchsvoller, je höher die Bedarfsstufe ist.

Nach Ermittlung der Bedarfsstufe erfolgt regelmäßig die Beauftragung eines Leistungserbringers. Nach einer Anamnese erstellt der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag; nach dessen Genehmigung beginnt unverzüglich das Fertigen der Schuhe, damit Versicherte so schnell wie möglich versorgt werden.

Wie erfolgt die orthopädische Schuhversorgung?

Die orthopädische Schuhversorgung umfasst die Zurichtung des vorhandenen Schuhwerkes mit speziell gefertigten Einlagen, orthopädische Konfektionsschuhe, vorkonfektionierte Baukastenschuhe und orthopädische Maßschuhe. Grundsätzlich gibt es orthopädische Straßen-, Bade-, Sport-, Haus- und Arbeitssicherheitsschuhe. Welche Schuhe versorgt werden sollen, hängt vom persönlichen Bedarf der Versicherten und damit von der ärztlichen Verordnung ab.

Für die Fertigung eines Arbeitssicherheitsschuhs ist die Notwendigkeitsbescheinigung der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers verpflichtend beizufügen. Für die orthopädischen Schuhmacherinnen und Schuhmacher kommt es weniger darauf an, welche Schuhart vorliegt. Ihr Werk richtet sich immer nach der Bedarfsstufe. In der zweiten und dritten Bedarfsstufe ist zuallererst die Anfertigung eines individuellen Leistenpaares erforderlich. Ein Leisten ist ein aus Metall oder Holz nachgebildeter Fuß für die Schusterarbeit.² Anhand

dieses Leistens wird ein individueller Schuh gefertigt. Nach der Bedarfsstufe eins ist ein solches Vorgehen nicht nötig, da Konfektionsschuhe angepasst werden und kein gänzlich individueller Schuh hergestellt wird. Der orthopädische Schuhmacher beziehungsweise die Schuhmacherin ist verpflichtet, bei Konfektionsschuhen der Bedarfsstufe eins innerhalb von fünf Arbeitstagen die Schuhe herzustellen. Bei Schuhen der Bedarfsstufe zwei und drei ist der Arbeitsaufwand höher, sodass die Frist drei Wochen dauert. Entspricht das Werk der ärztlichen Verordnung, kann der Schuh an die versicherte Person ausgeliefert werden. Neben dieser Erstversorgung gehört zur Erstausrüstung der Versicherten auch ein zweites Paar Schuhe. Da orthopädische Schuhe ein Hilfsmittel darstellen, ohne das Versicherte ihren Arbeits- und Lebensalltag nur unter Schmerzen oder schlimmstenfalls gar nicht bewältigen könnten, muss ihnen ein Wechselpaar ohne Zahlung eines Eigenanteils zur Verfügung stehen.

Wo drückt der Schuh?

Natürlich bleibt es auch bei dieser hochwertigen Form der Schuhversorgung und dem besten Handwerk den Versicherten nicht immer erspart, die Schuhe nachbessern zu lassen. Daher ist ein obligatorischer Kontrolltermin sechs Wochen nach Abgabe der Schuhe an die versicherte Person vorgesehen. Weiterhin ist im Vertrag eine qualitativ hochwertige Versorgung festgesetzt, die die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses als Mindeststandard ansieht. Im Rahmen der orthopädischen Schuhversorgung könnte noch sehr viel mehr geschrieben werden. Von unserer Seite bleibt nur zu sagen, dass wir am Schuhvertrag festhalten und weiterhin unsere Versicherten an die teilnehmenden Orthopädie-Schuhmacher und Orthopädie-Schuhmacherinnen verweisen. Am Ende können die Versicherten ihr Leiden vielleicht wenigstens ab und zu vergessen, auf alle Fälle soll es gelindert werden. ●

Fußnoten

[1] Mankell, H.: Die italienischen Schuhe, Zsolnay Verlag 2007

[2] www.duden.de, Suchbegriff „Leisten“, zuletzt abgerufen am 30.7.2015

Aus der Forschung

„Die Nachhaltigkeit von Präventionskampagnen vom Nutzen her denken“

Was passiert, wenn eine gemeinsame Präventionskampagne der gesetzlichen Unfallversicherung endet? Wie nachhaltig werden Kampagnen bewertet? Wie sehen das die Beteiligten und Betroffenen einer Kampagne?

Die letzte gemeinsame Präventionskampagne der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen mit dem Titel „Risiko raus!“, die in den Jahren 2010/2011 zum sicheren Fahren und Transportieren durchgeführt wurde, liegt nun bereits fast vier Jahre zurück. Die Akteurinnen und Akteure der Kampagne, die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie die betrieblichen Akteurinnen und Akteure wurden 2014 getrennt zur Nachhaltigkeit von „Risiko raus!“ befragt. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse dargestellt.

1 Qualitative Telefoninterviews

Befragt wurden 25 Akteurinnen und Akteure der Kampagne, die von 2009 bis 2011 Mitglied im damaligen Koordinierungskreis zur Kampagne „Risiko raus!“ waren. Die Befragten machten 32 Angaben zu der Frage, welche Vorteile sich für die Prävention aufgrund der Kampagne ergeben hatten. In 28 Prozent dieser Angaben teilten die Befragten mit, die Materialien von „Risiko raus!“ seien von großem Vorteil für die Prävention gewesen. In einem Viertel der Antworten wurde dem sicheren Fahren und Transportieren mehr Interesse durch die eigene Prävention bescheinigt, weil es nun Gegenstand einer Kampagne war. Die Grundqualifikation der Beschäftigten in der Prävention zum Kampagnenthema habe sich verbessert, darüber hinaus habe man das Thema gegenüber den Versicherten in der Außenwirkung besser positionieren können. Kampagnen hätten sich für eine Sensibilisierung besonders bewährt, gaben die Befragten in 19 Prozent der Antworten an. Ferner berichteten sie in zwölf

Prozent der Antworten von einer besseren Vernetzung mit Dienstleistern, anderen Präventionsmitarbeitern und Fachverantwortlichen zum Kampagnenthema. Der Erfolg der Kampagne wurde mit „ziemlich gut“ bewertet, die Nachhaltigkeit der Maßnahmen über die Laufzeit der Kampagne hinaus eher mit „mittelmäßig“. Die Befragten gaben an, dass mit Aktionen die Zielgruppen nach dem Kampagnenende eher „ziemlich gut“, mit den Medien eher „mittelmäßig“ und mit Werbemitteln mit Tendenz „mittelmäßig“ erreicht wurden (siehe Abbildung 1).

2 Standardisierte Online-Befragung

Für die standardisierte Online-Befragung wurden Verbandsfunktionäre des VDSI per E-Mail sowie die Sifa-Community über einen Link (auf der gleichnamigen Internetplattform) kontaktiert. An dieser Befragung nahmen 27 betrieblich tätige¹ sowie elf überbetrieblich tätige Fachkräfte für Arbeitssicherheit teil. Den Angaben der Fachkräfte für Arbeitssicherheit zufolge waren die Ziele und die Zielgruppen der Kampagne „Risiko raus!“ „ziemlich stark“ erreicht worden (siehe Abbildung 2). Die Nachhaltigkeit der Veränderungen in der Wahrnehmung, den Einstellungen und dem Verhalten stuften die Befragten mit eher „mittelmäßig“ ein. Etwa die Hälfte der Befragten hatte zum innerbetrieblichen Transport und Verkehr Veränderungen im Betrieb angestoßen. Beim öffentlichen Straßenverkehr war es nur ein Drittel. Die Nachhaltigkeit der Veränderung der Verhältnisse wurde mit „ziemlich hoch“ bewertet. Bei den betrieblichen Kennzahlen berichtete ein Drittel der Befragten, dass sich weniger Beinahe-Unfälle ereigneten, sowie ein Viertel, dass weniger Verletzungen vorkamen. Die Nachhaltigkeit der Kampagne auf den betrieblichen Kennzahlen wurde mit „ziemlich hoch“ bewertet. Das Verhältnis von Aufwand und

Nutzen für Kampagnen wurde mit eher „mittelmäßig“ bewertet.

3 Qualitative „Face-to-Face“-Interviews

In 14 Mitgliedsbetrieben der BG RCI im Raum Berlin, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Niedersachsen wurden insgesamt 20 Personen von einer Interviewerin befragt. In den Betrieben angetroffen wurden Führungskräfte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Beschäftigte.

Auf die Frage, ob sich im Bewusstsein, in den Einstellungen und im Verhalten der Beschäftigten kurz nach „Risiko raus!“ etwas verändert habe, wurden 20 Angaben gezählt. In der Hälfte der Fälle gaben Befragte an, dass Veränderungen tatsächlich wahrgenommen wurden, allerdings sei die Kampagne nicht die einzige Ursache gewesen. Neun Angaben wurden zur Frage, ob die Veränderungen nachhaltig waren, gezählt. Sechsmal bejahten dies die Befragten. Zum Beispiel haben sich das Bewusstsein und die Risikowahrnehmung zum Thema in der Belegschaft deutlich erweitert. Dreimal wurde eingeräumt, das Thema bedurfte dennoch ständiger Wiederholungen, damit die Wirkung nicht nachlasse.

Die Teilnehmenden machten 31 Angaben zur Frage, ob es arbeitsorganisatorische Maßnahmen im Zuge der Kampagne gegeben habe. In 50 Prozent der Angaben wurden verschiedene Maßnahmen auf die Kampagne „Risiko raus!“ bezogen, bei etwas über 40 Prozent waren die Maßnahmen zum innerbetrieblichen Transport und Verkehr nicht durch „Risiko raus!“ verursacht. 13 Angaben bezogen sich auf die Nachhaltigkeit arbeitsorganisatorischer Maßnahmen. Zehnmals nannten Befragte unterschiedliche Maßnahmen, die jedoch unabhängig von „Risiko raus!“ initiiert worden seien. Dreimal wurde erwähnt, dass Kampagnenthemen fortlaufend relevant waren.

Autorin

Esin Taskan-Karamürsel

Doktorandin der DGUV
E-Mail: esin.taskan@dguv.de

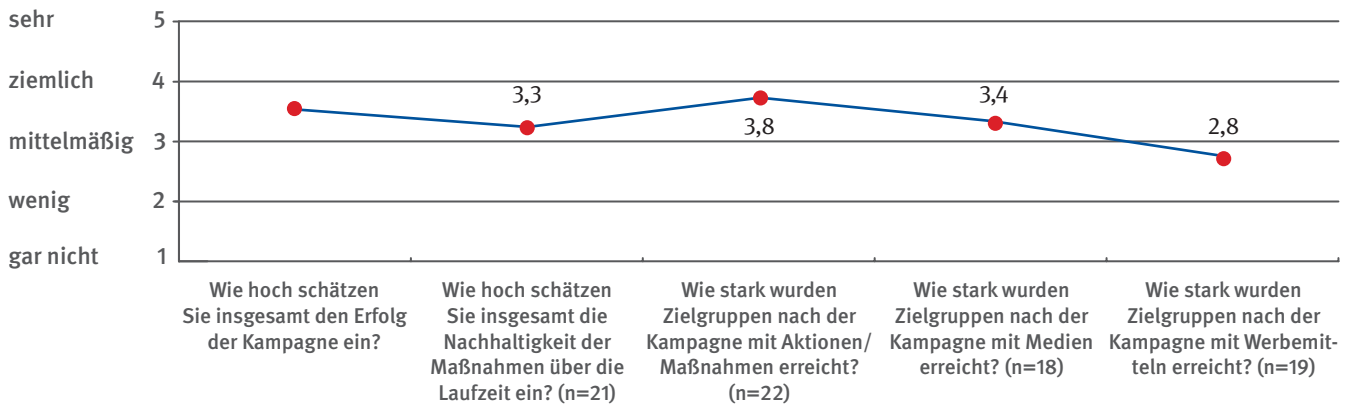


Abbildung 1: Bewertung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von „Risiko raus!“ durch Akteurinnen und Akteure der Kampagne

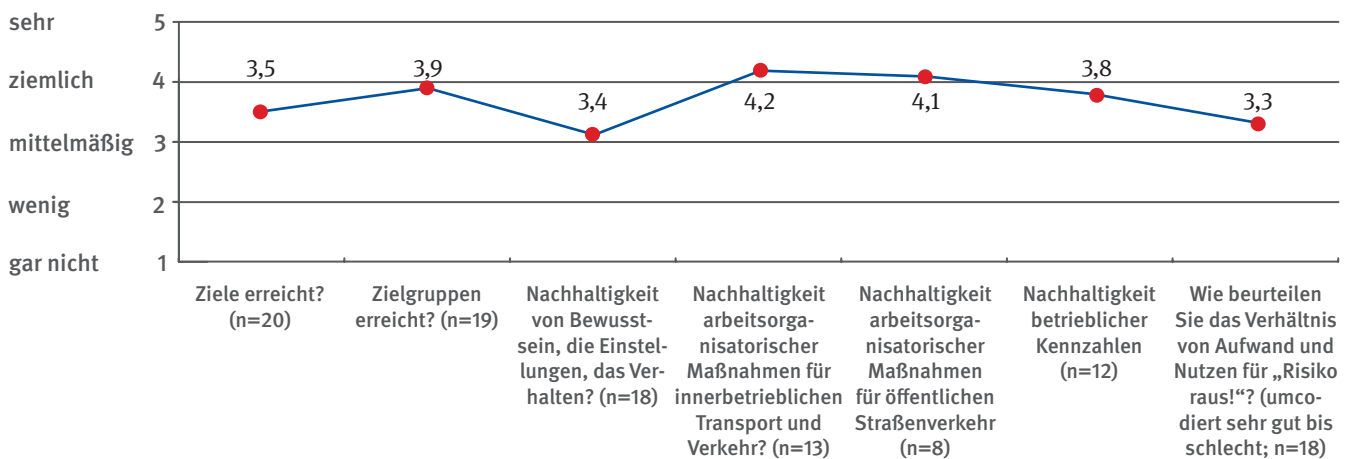


Abbildung 2: Bewertung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Kampagne „Risiko raus!“ durch Fachkräfte für Arbeitssicherheit

Die Frage, ob betriebliche Kennzahlen durch die Kampagne unmittelbar beeinflusst wurden, ergab 17 Nennungen. In 29 Prozent der Antworten wurde die Frage verneint, bei 18 Prozent wurde der Rückgang in den Unfallzahlen auf die Kampagne zurückgeführt, in weiteren 18 Prozent der Antworten hatten Befragte den Eindruck, der Rückgang sei eine allgemeine Entwicklung, unabhängig von „Risiko raus!“. Hinsichtlich der Nachhaltigkeit betrieblicher Kennzahlen gab es nur drei Nennungen. Durch die Kampagne sei die Anzahl der Arbeitsunfälle niedrig, gleichzeitig habe die Wirkung der Kampagne nachgelassen.

Zum Aufwand und Nutzen der Kampagne wurden 15 Angaben der Befragten gezählt. Sechsmal gaben Befragte an, die Beteiligung

habe sich gelohnt. Zweimal wurde der Aufwand für angemessen bewertet und viermal verwiesen die Befragten auf die gelungenen Kampagnenmaterialien/-medien. So sei die Kampagne ein „mächtiges Werkzeug“ und die Qualität der Medien besser als das, was üblicherweise im „normalen Arbeitsschutz“ verbreitet werde. Weitere drei Angaben betrafen allgemeine Äußerungen.

Fazit

Präventionsrelevante Themen bedürfen auch nach Ende einer Kampagne einer ständigen Wiederholung, um nachhaltig sein zu können. Kampagnen entfalten jedoch einen besonderen Nutzen, von dem Akteurinnen und Akteure der Kampagne, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie betriebliche Akteurinnen und Akteure gleichermaßen profitieren.

Die Akteure und Akteurinnen der Kampagne überarbeiten und erweitern ihre Materialien und Medien, die in den Mitgliedsbetrieben gerne aufgegriffen werden, weil sie anschaulicher sind, als die für gewöhnlich eingesetzten Materialien und Medien zum Arbeitsschutz.

Fußnoten

[1] Betrieblich tätige Fachkräfte für Arbeitssicherheit waren überwiegend in Großbetrieben mit über 1.000 Beschäftigten.

[2] Als betriebliche Kennzahlen abgefragt wurden: geringere Fehlerrate, weniger Beinahe-Unfälle, weniger Ausfallstörungen, weniger Produktionsstörungen/-unterbrechungen, weniger Verletzungen usw.



Hans-Joachim Fuchtel, Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Interview

„Sie werden ihre Erfahrungen zu Hause weitergeben“

Auf Einladung des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) besuchte im August eine 24-köpfige Delegation der bangladeschischen Bekleidungsindustrie die DGUV. Hans-Joachim Fuchtel, Parlamentarischer Staatssekretär im BMZ, zu den Hintergründen und dem Nutzen der Reise.

Sehr geehrter Herr Fuchtel, der Unfall im Rana Plaza mit mehr als 1.000 Toten hat die Öffentlichkeit im Jahr 2013 aufgerüttelt. Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles und Dr. Gerd Müller, Bundesminister für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, haben daraufhin die Initiative „Standards in Lieferketten“ auf den Weg gebracht. Welche Bedeutung hatte der Besuch der Delegation aus Bangladesch vor diesem Hintergrund?

Gemeinsam mit unseren bangladeschischen Partnern sind wir der festen Überzeugung, dass sich solche Unglücke nicht wiederholen dürfen. Die textile Wertschöpfungskette ist vielfach durch gravierende soziale und ökologische Missstände geprägt. Hierunter leiden die dortigen Beschäftigten, vor allem viele Frauen. Unser Ministerium arbeitet mit dem Partnerland Bangladesch eng an einer nachhaltigen

Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Textilbranche. Ich hatte junge Arbeiterinnen und Arbeiter eingeladen, die tägliche Praxis der Betriebsratsarbeit durch Begleitung hiesiger Betriebsräte bei ihrer Arbeit kennenzulernen, ebenso junge sogenannte Inspektoren und einige aus dem mittleren Management von Betrieben. Hinzu kamen Vertreterinnen und Vertreter der bangladeschischen Regierung sowie Arbeitgeberverbände, die dies im Rahmen eines fachlichen Dialogs und Erfahrungsaustauschs über Arbeits- und Sozialstandards in der Textilindustrie ergänzt haben.

Mit den gewonnenen Erkenntnissen und Erfahrungen können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dann einen Beitrag in ihrem Heimatland leisten, soziale und ökologische Missstände zu beseitigen und die Textilproduktion nachhaltiger zu gestalten.

Die Delegation aus Beschäftigten und Managern der bangladeschischen Textilindustrie hat fast einen Monat in Deutschland verbracht. Sie hat sich über den Arbeitsschutz in Deutschland informiert und Unternehmen der Textilbranche besucht. Worin sehen Sie den konkreten Nutzen einer solchen Reise?

Es geht um „Learning by Doing“. In der ersten Woche ging es um theoretische Grundlagen des Arbeits- und Unfallschutzes sowie sonstige Sozial- und Umweltstandards. Dann folgten zwei Wochen Anwendung in der Praxis im unmittelbaren Kontakt mit den Partnern der deutschen Textilbranche. Abschließend folgte eine Woche zur Klärung, wie die Erfahrungen im Heimatland Hand in Hand eingesetzt werden können. Auf diese Weise soll ein besseres Miteinander aller Beteiligten gefördert werden. Ziel ist, damit zu besseren

Arbeitsbedingungen beizutragen. Damit kann Bangladesch mittel- und langfristig auch seine Wettbewerbsfähigkeit erhöhen. Daneben standen im Fokus des Austauschs insbesondere die Themen Arbeitnehmerrechte und Unfallversicherung.

Im Rahmen des hochrangigen Abschlussteils wurden dann die Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Austauschs direkt an Vertreterinnen und Vertreter beider Regierungen, der ILO, der EU und der Textilindustrie zurückgespiegelt, um einen breiten Dialog zu fördern. Die Bedeutung dieser politischen Initiative wird durch die Teilnahme des Arbeitsministers und des Handelsministers aus Bangladesch sowie des Präsidenten der Bekleidungsindustrie zum Abschluss des Projekts deutlich. Es wurde allen klar, dieser Aufenthalt soll keine Eintagsfliege sein, sondern einen nachhaltigen Diskurs in Gang setzen.

Die Besucherinnen und Besucher haben mit großer Aufmerksamkeit und Begeisterung die Zeit in Deutschland genutzt. Sie werden ihre Erfahrungen natürlich zu Hause weitergeben. Das ist ein sehr wirkungsvoller Ansatz, um etwas zu verändern. Alleine der ergonomisch richtige Umgang mit der Bügeltechnik hat einen enormen Effekt, um ein Beispiel zu nennen.

Sie selbst engagieren sich stark für einen Austausch zwischen Bangladesch und Deutschland. Welche Schritte sind aus Ihrer Sicht vorrangig, um die Arbeitssicherheit in der Textilindustrie in Bangladesch zu verbessern?

Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit arbeitet im bangladeschischen Textilsektor mit Unternehmen, Arbeitnehmervertretern und der Regierung zusammen. Rund 800 Unternehmen haben dadurch die Einhaltung nationaler Arbeitsgesetze und internationaler Standards der ILO nachweislich deutlich verbessert.

Die beiden tragischen Fabrikkatastrophen der letzten Jahre haben jedoch einen großen politischen Druck erzeugt, der Veränderungen unausweichlich machte. Diesen Druck und die vorhandene Bereitschaft im Land selbst gilt es zu nutzen. Im Textilbündnis, das Bundesentwicklungsminister Dr. Gerd Müller ins Leben gerufen hat, verpflichten sich Textilunternehmen auch zu mehr Transparenz in ihrer Lieferkette. Hier

kommt der internationalen Textil- und Bekleidungsindustrie, vor allem auch den deutschen Akteuren, eine große Verantwortung zu. Nur bei entsprechender Aufklärung und Transparenz können sich Konsumentinnen und Konsumenten bewusster für ein Kleidungsstück entscheiden und dadurch auf die Produktionsbedingungen Einfluss nehmen.

Ich selbst habe bei meinen Bangladesch-Reisen konkrete Initiativen angestoßen: unter anderem die deutsche Beteiligung an der Einführung einer Unfallversicherung, an einer Kreditlinie, um in die Gebäude und die Technik in den Fabriken zu investieren, sowie den Austausch der Sozialpartner mit der Regierung. Mit der Strategie „Ohne Spitze keine Breite und ohne Breite keine Spitze“ gelingt positive Bewegung. Das erleben alle, die dieses Land jetzt besuchen und konstruktiv an Verbesserungen mitwirken wollen.

Ende letzten Jahres ist in Deutschland ein „Bündnis für nachhaltige Textilien“ gegründet worden. Was können die deutschen Unternehmen tun, um ihre Auftragnehmer im Arbeitsschutz zu unterstützen?

Die Mehrheit der großen Unternehmen hat bereits umfangreiche eigene Initiativen gestartet, um Nachhaltigkeitsstandards in ihren Produktionsbeziehungsweise Zulieferfirmen umzusetzen. Das gilt es auch mal hervorzuheben. Hier werden die Belange des Arbeitsschutzes zum Teil mit abgedeckt. Das Textilbündnis leistet hierzu ebenso einen Beitrag. Es ist eine geeignete Plattform, um die Erfahrungen der verschiedenen Akteure wie Unternehmen, Gewerkschaften und Nichtregierungsorganisationen auszutauschen und gemeinsam innovative Lösungen zu entwickeln. Im Rahmen des Textilbündnisses werden Know-how und Ressourcen der Mitglieder gebündelt. Ziel ist, dass die Mitgliedsunternehmen und -organisationen gemeinsame Programme und Projekte in den Produktionsländern starten, um die Bedingungen vor Ort, zum Beispiel den Arbeitsschutz, zu verbessern.

Plant auch das BMZ eigene Initiativen, um die Entwicklung sicherer Arbeitsplätze in Bangladesch zu fördern?

Das BMZ ist bereits seit fünf Jahren mit einem Programm aktiv, das die Sozial- und Umweltstandards in Bangladesch sowie

die Arbeitsplatzsicherheit und die Produktionsbedingungen verbessert. Auf diesem Wege konnten wir bereits rund 100.000 Arbeiterinnen und Arbeiter in der Textilindustrie für ihre Rechte durch verschiedene Schulungen und Fortbildungen sensibilisieren. Wir haben bereits 300 Arbeitsspektoren in Zusammenarbeit mit der ILO ausgebildet. Nach dem Rana Plaza-Unglück haben wir außerdem Hunderten Opfern, die bei dem Fabrikeinsturz schwer verletzt wurden, auf dem Weg zurück in den Arbeitsmarkt geholfen. Auch werden beispielsweise zunehmend Kläranlagen, sicherer Umgang mit Chemikalien, Energieeffizienz oder Betriebsfeuerwehren eingeführt. Das ist wirklich ein Anfang. Nach Einführung einer Unfallversicherung und einer Kreditlinie ist es wichtig, dass der Bewusstseinsprozess vorangebracht wird, das heißt auch die technische Bildung, um Fachkräfte zu schulen. Denn die Erkenntnis, dass sich Investitionen in Arbeitssicherheit und -gesundheit für alle Seiten lohnen, wird getreu des Philosophen Tagore die Gesamtsituation voranbringen: „Wenn du ein Problem erkennst, wird es dir den Weg zur Lösung zeigen“. Bangladesch kann beispielgebend für Asien und darüber hinaus wirken.

„Die beiden tragischen Fabrikkatastrophen der letzten Jahre haben jedoch einen großen politischen Druck erzeugt, der Veränderungen unausweichlich machte.“

Das BMZ begrüßt und unterstützt auch Entwicklungspartnerschaften mit der Privatwirtschaft in Produktionsländern wie Bangladesch.

Zwischenzeitlich konnten wir bereits erste Erfahrungen und gute Praxisbeispiele auch in anderen Regionen wie in Pakistan oder Kambodscha machen, die ebenfalls über einen großen textilproduzierenden Sektor verfügen.

Sie selbst haben von Anfang an Wert darauf gelegt, dass die deutsche gesetzliche Unfallversicherung in die Reise der Delegation eingebunden wird. Denken Sie, dass Berufsgenossenschaften und Unfallkassen auch ein Modell für Bangladesch sein könnten?

Gute Unfallversicherung ist ein sozialpoli- ▶



Besichtigung des „Praxisfelds Ergonomie“ des Instituts für Arbeit und Gesundheit (IAG) der DGUV in Dresden: Führung mit Hans-Joachim Fuchtel durch Musterarbeitsplätze, die für die Textilindustrie relevant sind.

tisches Markenzeichen Deutschlands! Das deutsche System genießt in unseren Partnerländern hohes Ansehen. Ich denke, dass unser Ansatz, nämlich das Zusammenarbeiten der Arbeitgeberverbände und der Gewerkschaften, in diesen Arbeits- und Sozialstandards betreffenden Fragestellungen ein wesentlicher Erfolgsfaktor unserer hiesigen Industriezweige ist und dieser Ansatz gerade für ein aufstrebendes Land wie Bangladesch Modellcharakter haben kann. Es geht hier besonders um den Weg, nämlich Auswirkung nach dem Solidaritätsprinzip. Ich bin der DGUV wirklich dankbar, dass sie meine Initiative dieses Austauschs so eindrucksvoll begleitet und qualifiziert unterstützt hat.

Manche befürchten, der Auf- und Ausbau von Arbeitsschutz und sozialer Sicherheit würde zu hohen Kosten für die betroffenen Länder führen und damit letztlich zur Abwanderung der Textilindustrie. Wie begegnen Sie solchen Befürchtungen?

Es muss uns gelingen, international verbesserte Rahmenbedingungen in dieser

Branche zu schaffen und das Produktionsniveau insgesamt nach oben zu setzen.

„Wir konnten bereits rund 100.000 Arbeiterinnen und Arbeiter in der Textilindustrie für ihre Rechte durch verschiedene Schulungen und Fortbildungen sensibilisieren.“

Ziel des Textilbündnisses ist es doch, in Zusammenarbeit mit internationalen Partnern eine flächendeckende Anwendung von international anerkannten Nachhaltigkeitsstandards in allen Produktionsländern zu erreichen. Veränderungen in einem Markt wie dem Textilbereich können nur ganzheitlich betrachtet werden, das bezieht die gesamte Produktionskette ein, vom Baumwollfeld bis zum Bügel. Alle relevanten Akteure in der Industrie und im Handel, in den Produktionsländern und auf Regierungsebene tragen hier Verantwortung. Wir wollen Wettbewerb um Qua-

lität auf der Basis fairer Rahmenbedingungen, nicht um Lohn- und Sozialdumping!

Sie haben sich Zeit genommen für ein Treffen mit der Delegation. Warum engagieren Sie sich persönlich für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Bangladesch?

Die Ereignisse in Bangladesch und die Arbeits- und Lebensbedingungen der Menschen, vor allem der Frauen, sind mir sehr nahegegangen. Im vergangenen Jahr war ich situationsbedingt zwei Mal in Bangladesch und habe dort gesehen, wie viele Fortschritte es inzwischen gibt. Das reicht aber noch nicht. Deutschland hat hier auch in Zukunft viel anzubieten. Durch das Textilbündnis wollen wir erreichen, dass alle Beteiligten dieser Wertschöpfungskette Verantwortung übernehmen. Wir können wirtschaftsorientierte Know-how-Prozesse initiieren – auf Augenhöhe – mit dem Ziel: Beschleunigung. Das fordert einfach Taten. ●

Das Interview führte Stefan Boltz, Pressesprecher der DGUV.

Teilnahme an Hochschulmeisterschaft und an Rockparty der Schülervertretung unter Versicherungsschutz

Der Unfall, den ein Student bei der Teilnahme an der Hochschulmeisterschaft im Basketball erleidet, steht ebenso unter Versicherungsschutz wie eine Schülerin der 10. Klasse, die außerhalb der Räumlichkeiten einer Party der Schülervertretung von einer Mauer zweieinhalb Meter in die Tiefe stürzt, die an einen Treppenabgang auf dem Schulgelände grenzt.

§ Urteil des BSG vom 14.12.2014 – B 2 U 10/13 R; Urteil des LSG Mainz vom 3.2.2015 – L 3 U 62/13

Der Versicherungsschutz nach § 2 Abs. 1 Nr. 8 b) und c) SGB VII umfasst neben dem Besuch des Schulunterrichts auch die Teilnahme an Veranstaltungen, die in den organisatorischen Verantwortungsbereich des Schul- oder Hochschulträgers fallen. Erforderlich ist für den erforderlichen Bezugspunkt „Besuch“ von Schulen und „während der Aus- und Fortbildung“, dass die jeweilige Veranstaltung neben der organisatorischen (Mit)Verantwortung des Trägers in das pädagogische Gesamtkonzept der Schule eingebettet ist respektive beim Hochschulsport sich der erforderliche Studienbezug aus der Funktion des Hochschulsports zur Persönlichkeitsbildung, zum gesundheitlichen Ausgleich und zur sozialen Integration ergibt. Demgegenüber sind die für den Versicherungsschutz bei betrieblichen Gemeinschaftsveranstaltungen und bei der Teilnahme am Betriebssport geltenden Grundsätze in beiden Fällen nicht anwendbar.

Im Falle der Teilnahme an der „Frühlings Rockparty“ war der zuständige Unfallversicherungsträger der Annahme einer versicherten Tätigkeit unter anderem mit der Begründung entgegengetreten, dass die Planung und Durchführung maßgeblich durch Schüler und Schülerinnen selbst beziehungsweise Verbindungslehrer übernommen worden waren. Außerdem sei auf der Einladung die Schule als Veranstalter außer als Ort der Veranstaltung nicht ersichtlich gewesen. Es habe sich um eine öffentliche Veranstaltung zu Freizeitzwecken gehandelt, die nicht nur den Schülern und Schülerinnen selbst, sondern auch Dritten offen gestanden und zudem ein Eintrittsgeld gekostet habe. Demgegenüber weist das LSG auf den Charakter der Veranstaltung als einer Maßnahme zur altersgerechten Heranführung an die Übernahme von Verantwortung in der Gesellschaft im Rahmen des Erziehungsauftrags der Schule hin. Entscheidend sei, dass Schüler und Schülerinnen sowie Erziehungsberechtigte aus der Einladung und dem Gesamtcharakter der Ver-

anstaltung (hier insbesondere auch aus der zeitweisen Anwesenheit des Schulleiters und der Aufsicht führenden Lehrerinnen und Lehrer) entnehmen konnten, dass es sich um eine in der Verantwortung der Schule stehende Veranstaltung handelte, bei der die teilnehmenden Schüler und Schülerinnen auch ordnungsgemäß beaufsichtigt werden.

Ebenso sind für die Teilnahme am Hochschulsport die für den Betriebssport geltenden Grundsätze nicht anwendbar: Während der Betriebssport aufgrund der Ausgleichsfunktion zur Arbeit einen Versicherungsschutz bei der Teilnahme an Veranstaltungen des allgemeinen sportlichen Wettkampfs nach der Rechtsprechung des BSG ausschließt, erstreckt sich der gesetzliche Auftrag der Hochschulen über die Berufsvorbereitung hinaus auf die soziale Förderung der Studierenden und damit auch auf die Förderung ihrer sportlichen Betätigung. Damit dient er anders als der Betriebssport auch der sozialen Integration der häufig an wohnortfremden Hochschulorten wohnenden Studierenden, der Identifikation mit der eigenen Hochschule und nicht zuletzt der Persönlichkeitsentwicklung. Insoweit bewegt sich die Teilnahme in der Hochschulmannschaft, die sich aus den (besten) Studierenden des Hochschulsports zusammensetzte, an der Hochschulmeisterschaft als einem „Wettkampf“ im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben der Hochschule zur Förderung des Breiten- und auch Leistungssports, an dem die Studierenden als bloße Fortsetzung des Hochschulsports teilnahmen.

In beiden Fällen fehlt es beim Versicherungsschutz also an der Vergleichbarkeit der versicherten Personengruppen (Schülerinnen und Schüler sowie Studierende) mit der Gruppe der Beschäftigten: Während im Falle der Beschäftigten der Betriebszweck und damit auch die Zulassung des jeweiligen Personenkreises zur Veranstaltung sowie der konkrete Veranstaltungszweck für den Versicherungsschutz ausschlaggebend sind, führt der gesetzliche Erziehungsauftrag bei den betrachteten beiden anderen Gruppen zu einem größeren und insoweit auch mit Art. 3 GG zu vereinbarenden Kreis an versicherten Betätigungen. Dies ist für den Bereich der unechten Unfallversicherung hinzunehmen.



Kontakt: Prof. Dr. Susanne Peters-Lange;
E-Mail: susanne.peters-lange@h-bonn-rhein-sieg.de

Interview

Highlights und Herausforderungen

Vom „Tag ohne Grenzen“ bis zum neuen Klinikverbund: Die Vorstandsvorsitzenden der DGUV, Dr. Rainhardt von Leoprechting und Manfred Wirsch, über ihr erstes Jahr im Amt.

Sehr geehrter Herr von Leoprechting, sehr geehrter Herr Wirsch, Sie sind jetzt seit gut einem Jahr Vorstandsvorsitzende der DGUV. Gibt es eine Situation, an die Sie sich besonders gerne erinnern?

WIRSCH: Zunächst einmal hat mich der Besuch der Delegation aus Bangladesch sehr beeindruckt. Das klare Bekenntnis der dortigen Regierung zum Aufbau einer Unfallversicherung nach deutschem Vorbild ist ein tolles Ergebnis. Wer weiß? Vielleicht haben wir hier einem historischen

„Der Aktionsplan 2.0 ist für uns alle eine Herausforderung, denn es geht darum, Partizipation und Inklusion in unserer Arbeit stets mitzudenken.“

Moment beigewohnt, ähnlich der Gründung der ersten Berufsgenossenschaften in Deutschland. Außerdem fällt mir der „Tag ohne Grenzen“ in Hamburg ein. Die großartigen Leistungen der Sportlerinnen und Sportler mit Behinderung und die gute Stimmung auf dem Rathausmarkt zu erleben, das war schon etwas Besonderes – und hatte eine spektakuläre Außenwirkung. Ich glaube, da ist uns tatsächlich ein Stück Bewusstseinsbildung gelungen.

LEOPRECHTING: Ja, das war eine gelungene Veranstaltung. Aber mir fällt es schwer, mich auf ein konkretes Ereignis zu beschränken. Es hat viele spannende Momente gegeben. Ich denke da an den Weltkongress in Frankfurt, wo eine große Begeisterung der Teilnehmenden für das Thema Präventionskultur zu spüren war. Aber auch die Einigung auf eine neue Struktur des Klinikverbundes war ein sehr guter Moment. Da hat sich für mich gezeigt, dass wir innerhalb der Unfallversicherung auch in schwierigen Fragen konsensfähig sind.

Bleiben wir bei den Kliniken: Worin sehen Sie die Vorteile der neuen Holding-Struktur?

LEOPRECHTING: Unsere Kliniken sind Teil eines sich wandelnden Medizinmarktes. Um in dieser harten Konkurrenz in der Spitzengruppe bestehen zu können, ist es notwendig, die Kräfte zu bündeln. Die neue Konzernstruktur macht die BG-Kliniken schlagkräftiger und soll ihre Rolle in der herausragenden Versorgung unserer Versicherten stärken.

WIRSCH: Wir dürfen nicht vergessen: Die BG-Kliniken spielen im Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung eine zentrale Rolle. Sie setzen Standards für das gesamte System. Und das soll auch so bleiben. Wir wollen den Versicherten ja auch in Zukunft die bestmögliche Behandlung „mit allen geeigneten Mitteln“ anbieten können. Dazu brauchen wir eine gemeinsame Infrastruktur und ein einheitliches Unternehmensprofil.

Herr Wirsch, der „Tag ohne Grenzen“ ist Teil des vielfältigen Engagements der DGUV für den Reha- und Behindertensport. Wie bewerten Sie diese Aktivitäten?

WIRSCH: Wir haben sehr gute Gründe dafür, uns für diese Themen einzusetzen. Rehabilitation ist eine der Kernkompetenzen der gesetzlichen Unfallversicherung.

„Mir ist es wichtig, dass wir beim Umgang mit neuen Technologien die menschliche Perspektive einbeziehen.“

Und Sport gehört zu jeder guten Rehabilitation. Das zeigt sich auch in unseren Kliniken. Paralympische Sportlerinnen und Sportler, wie sie beim „Tag ohne Grenzen“ dabei waren, geben anderen Betroffenen ein Beispiel. Sie machen Mut. Darüber hinaus ist der Sport ein ideales

Medium, um gesellschaftliche Inklusion zu fördern. Und das haben wir uns ja mit unserem Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK zum Ziel gesetzt. Gerade haben wir den Aktionsplan 2.0 auf den Weg gebracht. Der ist für uns alle eine Herausforderung, denn es geht darum, Partizipation und Inklusion in unserer Arbeit stets mitzudenken.

Apropos mitdenken: Herr von Leoprechting, die kommende Präventionskampagne wird sich ab 2017 der Präventionskultur in den Betrieben widmen. Worum wird es dabei gehen?

LEOPRECHTING: Mit der Kampagne wollen wir die Themen Sicherheit und Gesundheit flächendeckend in den Betrieben verankern. Manche Unternehmen

„Mit der kommenden Präventionskampagne wollen wir die Themen Sicherheit und Gesundheit flächendeckend in den Betrieben verankern.“

sind da schon sehr weit, andere aber noch nicht. Wir möchten erreichen, dass Prävention zum integralen Bestandteil des Handelns von möglichst allen Menschen wird. Wichtig ist es deshalb, sowohl die Führungskräfte als auch die Beschäftigten mitzunehmen. Nur wenn uns das gelingt, können wir der „Vision Zero“ tatsächlich ein Stück näherkommen. Aber um eine Kultur zu verändern, braucht man Zeit. Deshalb ist die Kampagne auch auf zehn Jahre ausgelegt.

Sie haben in den vergangenen Monaten die Mitglieder der DGUV besucht, um sich vorzustellen. Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?

LEOPRECHTING: Uns war und bleibt es sehr wichtig zu hören, womit die einzelnen Häuser sich gerade beschäftigen. Ob

sie vielleicht irgendwo der Schuh drückt. Insofern war es uns möglich, einzelne Bedenken gegen das Klinikgesamtkonzept auszuräumen.

WIRSCH: Wir haben bei unseren Besuchen auch Wert darauf gelegt, noch einmal die Rolle des Verbandes klar zu machen: Die DGUV bietet ihren Mitgliedern ein Forum. Sie übernimmt gemeinschaftliche Aufgaben. Sie ist ein Dienstleister für die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen und sie vertritt die Unfallversicherung im öffentlichen Raum.

Dazu zählt ja auch die Vertretung gegenüber der Politik. In den letzten Jahren betrifft das immer stärker auch die europäische Ebene.

WIRSCH: Das transatlantische Handelsabkommen TTIP ist für mich da exemplarisch. Der Verband hat über sein Büro in Brüssel rechtzeitig wahrgenommen, dass auch die gesetzliche Unfallversicherung von einem solchen Abkommen betroffen sein könnte. Er hat den Schulterschluss mit den anderen Sozialversicherungen gesucht und eine Stellungnahme erarbeitet. Wir sind daraufhin in Brüssel als Stimme durchaus wahrgenommen worden. Wie stark das Interesse an dem Thema „TTIP und die Systeme der sozialen Sicherung“ ist, hat nicht zuletzt unsere Diskussionsveranstaltung in Berlin Anfang des Jahres gezeigt.

LEOPRECHTING: TTIP wird ja sehr kontrovers und zum Teil auch polemisch diskutiert – Stichwort Chlorhühnchen. Mir war es deshalb wichtig, dass die DGUV eine sachliche Position eingenommen hat. Wir haben der Politik berechtigte Fragen gestellt: Welchen Einfluss hat TTIP auf Arbeitsschutz und Normung? Wie passen die Sicherheitskonzepte in den USA und Europa zusammen? Was passiert mit sozialen Dienstleistungen, stehen sie künftig in einem Wettbewerb mit der Privatwirtschaft? Bisher haben wir von Seiten der Politik lediglich die Versicherung gehört, dass sich die Standards nicht verschlechtern würden. Überprüfen können wir das nicht. An Themen wie TTIP oder auch der geplanten europäischen Mehrwertsteuerreform zeigt sich immer wieder: Die deutsche Sozialversicherung ist eine Besonderheit und es ist auch unsere Aufgabe, sie zu erklären und zu verteidigen.

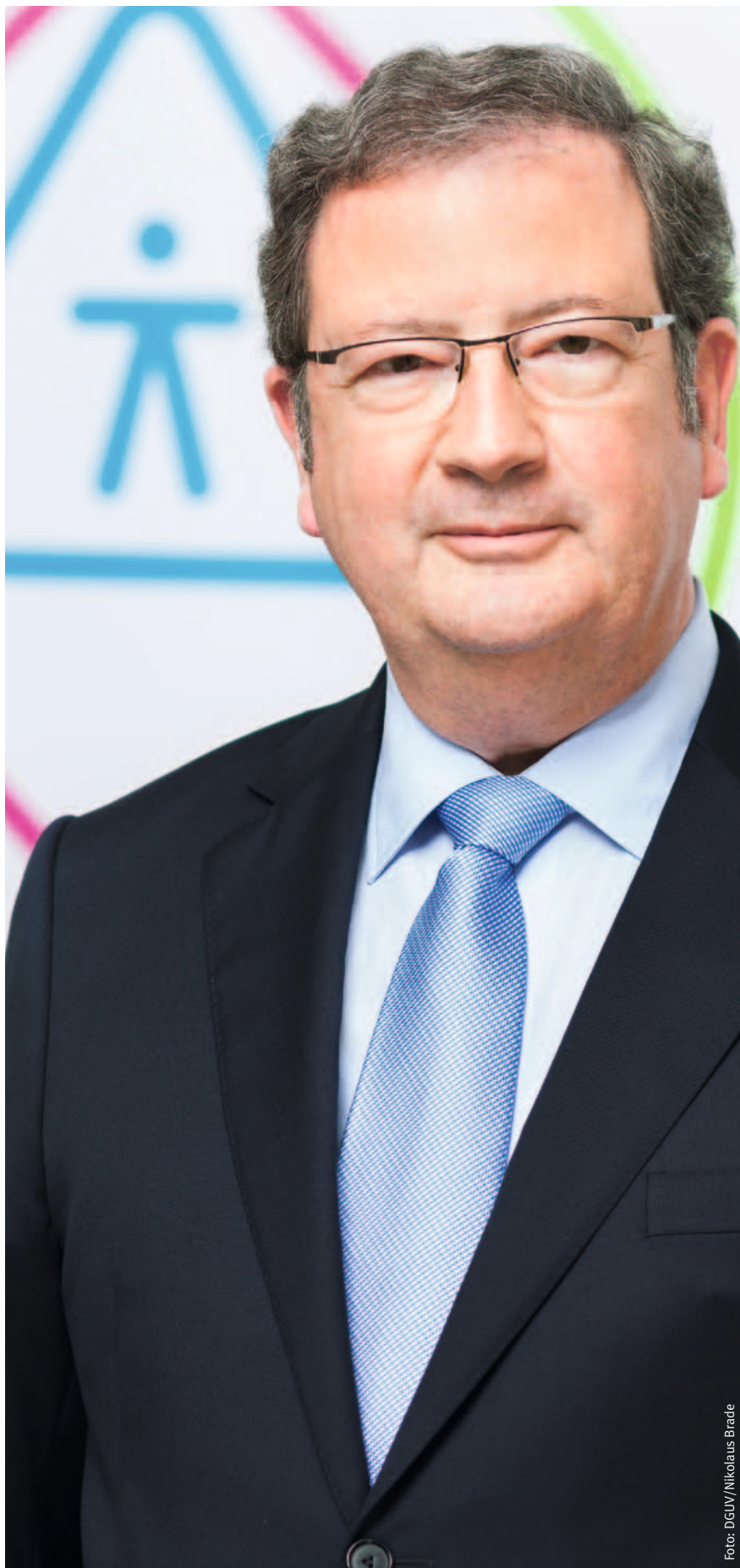


Foto: DGUV/Nikolaus Brade

Dr. Rainhardt Freiherr von Leoprechting ist amtierender Vorstandsvorsitzender der DGUV. ►

„Rehabilitation ist eine der Kernkompetenzen der gesetzlichen Unfallversicherung.“

Ein schwieriges Thema auf nationaler Ebene ist das Berufskrankheitenrecht. Es gibt immer wieder die Forderung, die Beweislast umzukehren.

LEOPRECHTING: In Medienberichten wird manchmal der Eindruck erweckt, Berufsgenossenschaften und Unfallkassen wollten möglichst wenige Berufskrankheiten anerkennen. Aber das stimmt natürlich nicht. Wir sind an den gesetzlichen Rahmen gebunden und dieser legt die Bedingungen für eine Anerkennung fest. Mich ärgern die Pauschalurteile mancher Journalistinnen und Journalisten, denn es darf nicht sein, dass wir ein funktionierendes System kaputtreden.

WIRSCH: Es ist kein Geheimnis, dass aus Sicht der Gewerkschaften Reformbedarf besteht. Daher begrüße ich, dass von Seiten der DGUV und ihrer Mitglieder geprüft wird, wo möglicherweise Änderungsbedarf besteht oder Verbesserungen möglich sind. Es ist wichtig, dass Reformvorschläge – egal von welcher Seite – nicht einfach im Raum stehen, sondern dass die Verwaltung der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen deutlich macht, welche Konsequenzen diese oder jene Änderung für ihre Arbeit haben kann.

Kommen wir zum Schluss zum Thema Zukunft: Was sehen Sie in den kommenden Jahren als wichtigste Herausforderung?

WIRSCH: Auf jeden Fall das Thema Industrie 4.0. Mir ist es wichtig, dass wir beim Umgang mit neuen Technologien die menschliche Perspektive einbeziehen.

LEOPRECHTING: Da kann ich nur mein Herzensanliegen nennen: die Rehabilitation. Exoskelette, verbessertes Reha-Management – wir sind schon sehr gut auf diesem Gebiet, aber ich sehe noch so viel Potenzial. Das wollen wir heben. ●

Das Interview führte Elke Biesel, Pressereferentin der DGUV.



Foto: DGUV/Nikolaus Brade

Manfred Wirsch ist alternierender Vorstandsvorsitzender der DGUV.

Hallescher Unfallchirurg gehört zu den Top-Medizinern Deutschlands

Prof. Dr. Dr. Gunther Hofmann, Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen (BG) Kliniken Bergmannstrost Halle, zählt laut Focus-Ärzteliste 2015 zu den Top-Medizinern Deutschlands im Bereich der Unfallchirurgie. Hofmann ist seit 2004 als Ärztlicher Direktor am Bergmannstrost tätig. Er leitet darüber hinaus die Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie. „Ich freue mich über die Aufnahme in die Liste, zumal sie maßgeblich auf Patientempfehlungen und Empfehlungen von ärztlichen Kollegen basiert. Gleichzeitig verstehe ich sie auch als Auszeichnung des gesamten Teams und als Bestätigung unseres konsequenten interdisziplinären Behandlungsansatzes im Bergmannstrost, der eine erfolgreiche Behandlung unserer Patienten ermöglicht“, so Hofmann.

Im Auftrag für Focus ermittelte das Munich Inquire Media-Institut Deutschlands Top-Mediziner. In die unabhängige Datenerhebung gingen unter anderem die Empfehlungen von Patientenverbänden, Selbsthilfegruppen, Klinikchefs, Oberärzten und niedergelassenen Medizinern ein.



Foto: BG Kliniken Bergmannstrost Halle

Prof. Dr. Dr. Gunther Hofmann

Unter anderem wollten die Rechercheure dazu wissen: „Wohin schicken Sie Ihre Patienten?“ Und: „Welcher Kollege leistet in seinem Fachgebiet sehr gute Arbeit?“ Nur Mediziner, die besonders häufig genannt wurden, schafften es in die Listen. Aber auch die Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften, wissenschaftliche Publikationen, durchgeführte Studien sowie das Behandlungsspektrum der Mediziner wurden berücksichtigt.

Die BG Kliniken Bergmannstrost sind eines der modernsten Traumazentren in Deutschland und gehören zur Unternehmensgruppe der BG Kliniken.

Jens Blüggel neuer Vorsitzender Richter am LSG Nordrhein-Westfalen

Dr. Jens Blüggel ist am 1. September von Justizminister Thomas Kutschaty zum Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht ernannt worden. Das Präsidium des Landessozialgerichts hat Blüggel den Vorsitz des neu gebildeten 21. Senats des Landessozialgerichts übertragen. In dessen Zuständigkeit fallen das Recht der gesetzlichen Rentenversicherung und das Schwerbehindertenrecht.

Der 48-jährige Jurist begann seine richterliche Laufbahn in der Sozialgerichtsbarkeit des Landes Nordrhein-Westfalen nach mehrjähriger wissenschaftlicher und anwaltlicher Tätigkeit 1999 am Sozialgericht Köln. 2000 wechselte er an das Sozialgericht Detmold. Von 2003 bis 2007 war er als wissenschaftlicher Mitarbeiter zunächst an das Bundessozialgericht, später an das Bundesverfassungsgericht abgeordnet.

Im April 2007 wurde er zum Richter am Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen ernannt. Blüggel war mehrere Jahre in der Gerichtsverwaltung des Landessozialgerichts tätig. Er leitete zuletzt das Dezernat 2 und war dem vom Präsidenten des Landessozialgerichts Nieding geleiteten 1. Senat zugeordnet, der Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung bearbeitet.

Rita Pawelski und Klaus WieseHügel werden neue Bundeswahlbeauftragte

Erstmals in der Nachkriegsgeschichte wird mit Rita Pawelski (CDU) eine Frau Bundeswahlbeauftragte für die alle sechs Jahre stattfindenden Wahlen in der Sozialversicherung.

Als ihr Stellvertreter wird Klaus WieseHügel (SPD) fungieren. Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles wird die beiden ehemaligen Mitglieder des Parlaments für die

Amtszeit vom 1. Oktober 2015 bis zum 30. September 2021 bestellen und damit den Startschuss für die Sozialwahlen 2017 bei den Selbstverwaltungsorganen der Kranken- und Pflegekassen, Renten- und Unfallversicherungsträger geben.

Pawelski (66) gehörte von 1990 bis 2002 dem Niedersächsischen Landtag und von 2002 bis 2013 dem Deutschen Bundestag

an. Hier war sie insbesondere im Ausschuss für Wirtschaft und Technologie aktiv. WieseHügel (62) war von 1995 bis 2013 Vorsitzender der Industriegewerkschaft Bauen-Agrar-Umwelt (IG BAU) und von 1998 bis 2002 auch Mitglied des Bundestages. Im letzten Bundeswahlkampf gehörte er dem Kompetenzteam des SPD-Kanzlerkandidaten Peer Steinbrück für die Bereiche Arbeit und Soziales an.

Neue Handreichung für inklusiven Sportunterricht

„Chancen durch Inklusion im Sport“ heißt eine Broschüre, die von der Unfallkasse Berlin (UKB) in Zusammenarbeit mit Special Olympics Deutschland (SOD) erarbeitet wurde und seit Schuljahresbeginn zum Einsatz kommt. Sie richtet sich an Sportlehrer und gibt Impulse für den Sportunterricht der Klassen 5 bis 10 unter Berücksichtigung von emotional-sozialem und geistigem Förderbedarf.

„Die Unfallkasse möchte mit diesen Übungsbeispielen Lehrkräfte bei der Umsetzung eines inklusiven Sportunterrichts unterstützen“, so Wolfgang Atzler, Geschäftsführer der Unfallkasse Berlin.

Mit praktischen Sport- und Spielformen, die Lehrkräften den Unterricht erleichtern sollen, können erste Schritte auf dem Weg zu einem inklusiven Sportunterricht ermöglicht werden. Alle methodisch-didaktischen Konzepte können durch geringe Anpassungen auf andere

Lerngruppen übertragen werden. In das Material sind Inhalte der zwölf Qualifikationsmodule zum inklusiven Sport geflossen, die in Zusammenarbeit von SOD mit fünf Hochschulen und Universitäten entwickelt wurden.



Quelle: UKB Berlin

Broschüre „Chancen durch Inklusion im Sport“



Die Download-Broschüre findet man unter: www.unfallkasse-berlin.de. Sportvereine können das Material über die SOD Akademie beziehen unter: <http://specialolympics.de/sport-angebote/sod-akademie>

Fairness im Arbeitsleben: Ein Beitrag zur Präventionskultur

In der gesellschaftlichen Wahrnehmung sind Begriffspaare wie „Fair OSH“ oder „Fair Prevention“, die sich auf Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz beziehen, noch neu. Der IAG Report 1/2015 fasst nun den aktuellen Stand der Forschung und der Rechtsprechung zusammen. Er beleuchtet den Begriff der Fairness und seine Wurzeln in den Menschenrechten. Der Report untersucht zudem, was Fairness für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und für eine Präventionskultur bedeutet. Der IAG Report kann als ein Baustein für die nächste gemeinsame Präventionskampagne der DGUV und ihrer Mitglieder zur Kultur der Prävention dienen.



Quelle: IAG

IAG Report 1/2015
„Fairness im Arbeitsleben“



Download und weitere Informationen unter: www.dguv.de/publikationen

Impressum

DGUV Forum

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

Herausgegeben von - Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer, Glinkastraße 40, 10117 Berlin-Mitte, www.dguv.de

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

Redaktion - Elke Biesel (DGUV), Falk Sinß (stv. Chefredakteur), Gabriele Franz, Natalie Peine, Franz Roiederer (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 Kommunikation GmbH, Wiesbaden

Titelbild - BASF SE

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

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

Zweite Fachtagung Gesund im Betrieb – Stress meistern am 5. November 2015

❖ Veranstaltungsort: BQ ETCM, Rheinstraße 6-8, 65193 Wiesbaden

Aus der Themenliste:

- Vom Stressgefühl Konflikte und Gewalt im Betrieb
- Multidimensionale Stressmanagement-Übungen
- Stressmanagement-Praxisbeispiele
- Essen
- Jodelmusik – Ein Sound, immer zu hören
- Michael Scott – und wie Michel die Freiheit
- Musikphysiologie

Mehrere Anwesenheiten unter www.universum.de/tag

Einfach anmelden: auf www.universum.de/tag

per E-Mail: tagung@universum.de
oder per Telefon 0911 9039-344

Tagungspreis € 950,-

Kombination Tagung plus „Praxishandbuch
psychische Belastungen im Beruf“ € 999,-
(Tagungsgebühr einschließlich Verpflegungskosten)

Die participatingen Partner: Innovative Lösungen



VOM-PUNKT
Arbeitschutz



VOM-PUNKT
Gesundheitsmanagement

Das Institut für Arbeitswissenschaft
erleuchtet im Rahmen der Tagung
die Bedeutung der Mitarbeiter-Gesundheit
für das Management. Die Tagung
schließt mit dem Workshop „Stress
Management“ ab.





Änderungen können Konsequenzen haben!



REGEL-RECHT
aktuell

Damit Sie nichts verpassen!

Neues aus Gesetzen, Verordnungen und Regeln. Kompakt in einem Newsletter.

Kostenfreies Abo:

www.regelrechtaktuell.de

Ein Produkt der Universum Verlag GmbH

