

DGUV **Forum**

Pflegende
Angehörige

Jahresbericht

Kennziffern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

Psychologische Forschung

Verhalten ändern – aber wie?

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

etwa 2,6 Millionen Menschen in Deutschland können ihr Leben nicht alleine bewältigen, sie brauchen dauerhaft Pflege und Unterstützung. Diese Aufgabe übernehmen in zwei Drittel aller Fälle Familienmitglieder. Sie helfen beim Zubettgehen, bei der Körperpflege oder beim Essen. Pflegende Angehörige leisten mit ihrem Einsatz eine kaum zu überschätzende Arbeit für die Gesellschaft. Sie sind eine zentrale Säule der Versorgung in der sozialen Pflegeversicherung. Der Gesetzgeber hat diese Gruppe deshalb 1995 unter den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung gestellt.



Foto: DGUV/Stephan Floss

Dieser Schutz greift nicht erst nach einem Unfall bei der Pflege, sondern im Idealfall viel früher. Gerade für Menschen, die die Pflege von Angehörigen alleine übernehmen, kann diese Aufgabe schnell zu einer Überforderung werden. Es geht dabei nicht allein um die körperliche Beanspruchung. Studien zeigen, dass vielmehr die psychosozialen Aspekte schwerwiegend sind. Viele Pflegepersonen sind rund um die Uhr in Bereitschaft, verlieren dabei ihre sozialen Kontakte, erleben Frustration oder Schuldgefühle. Die Unterstützungsangebote der für die Kommunen zuständigen Unfallversicherungsträger setzen deshalb bei der Selbstsorge an.

„Gerade für Menschen, die die Pflege von Angehörigen alleine übernehmen, kann diese Aufgabe schnell zu einer Überforderung werden.“

Wie kann ich meinen Pflegealltag organisieren? Wo bekomme ich Entlastung? Mit wem kann ich mich über alltägliche Probleme austauschen?

Die Unfallversicherung hat inzwischen eine große Bandbreite von Informationen erarbeitet. Eine Befragung von pflegenden Angehörigen hat allerdings ergeben: Überraschend viele Entlastungs- und Beratungsangebote werden nicht genutzt oder sind gar nicht bekannt. Das könnte ein Indiz dafür sein, dass viele pflegende Angehörige ihre Arbeit als selbstverständliche Familienaufgabe betrachten und oft zu spät an die eigene Gesundheit denken. Unsere Aufgabe ist es deswegen, die Pflegenden möglichst früh und auf verschiedenen Wegen zu erreichen.

Mit den besten Grüßen
Ihr

Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ›››	2–3
› Aktuelles ›››	4–8
› Nachrichten aus Brüssel ›››	9
› Titelthema ›››	10–19
Psychische und soziale Belastungen Prävention für pflegende Angehörige	10
<i>Alexandra Daldrup, Martin Schieron</i>	
Interview „Pflege kann nur gelingen, wenn sie auf mehreren Schultern ruht“	13
<i>Gespräch mit Gaby Wisseling</i>	
Angebote der Aktion DAS SICHERE HAUS (DSH) „Die meisten Unfälle passieren im Haushalt ...“	14
<i>Susanne Woelk</i>	
Ergebnisse einer repräsentativen Befragung Situation von pflegenden Angehörigen	16
<i>Beate Bestmann, Georg van Elst</i>	
› Prävention ›››	20–47
Psychologische Forschung Verhalten ändern – aber wie?	20
<i>Hiltraut Paridon</i>	
Ein Beitrag zur Inklusion Arbeitssituationsanalyse in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen	24
<i>Nicola Schmidt, Matthias Wilhelm</i>	
Kundenbeziehungsmanagement Marktbezogene Unternehmensstrategien, kundenorientierte Arbeitsstrukturen und Strategien der Prävention	28
<i>Nicola Schmidt</i>	
Qualifizierungskonzept zur Kampagne Kultur der Prävention Lernen als integraler Bestandteil des kulturellen Wandels	34
<i>Ulrike Bollmann, Elke Otten</i>	
Aus der Forschung Mit dem Analysetool gut vorbereitet für die neue Präventionskampagne	36
<i>Marlen Rahnfeld, Anna-Maria Hessenmöller, Annekatri Wetzstein</i>	
Großveranstaltung zeichnet Bild der Zukunft Die Zukunft der Prävention: Hinterm Horizont immer weiter – zusammen sind wir stark!	38
<i>Ulrike Bollmann, Christopher Franke</i>	
DIN ISO 45001 Die kommende Norm für Arbeitsschutzmanagementsysteme	44
<i>Markus Kohn, Dietmar Bräunig, Uwe Marx, Eckhard Metzke</i>	



› Rehabilitation ›››	48–50
Lungenkrebs durch Asbest Histologische Brückenbefunde als alleinige Grundlage zur Anerkennung einer Berufskrankheit BK 4104	48
<i>Inke Feder, Antje Theile, Andrea Tannapfel</i>	
› Unfallversicherung ›››	52–67
Jahresbericht Kennziffern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 2015	52
<i>Katharina Forsch, Wolfram Schwabbacher</i>	
› Aus der Rechtsprechung ›››	68
› Personalia ›››	69
› Medien/Impressum ›››	70

Smartphone vor Sicherheit

Der Deutsche Verkehrssicherheitsrat (DVR) hat den ersten Platz des Förderpreises „Sicherheit im Straßenverkehr“ an Moritz Becker von der Universität Mannheim. Neben der Angst, etwas zu verpassen, und der Vermeidung von Langeweile nannte er vor allem eine Ursache: aus Reflex. Der Blick auf das Smartphone passiert ganz unbewusst und automatisch. Die Nutzung entzieht sich der bewussten Kontrolle. „Diese Annahmen könnten Basis zukünftiger Sicherheitskampagnen zu diesem Thema werden,“ schlägt Becker vor. Wie erlangen wir Kontrolle über ungewollte Handlungen? Wie können wir ein Bewusstsein für automatisierte Vorgänge entwi-

ckeln? Fragen wie diese könnten seiner Ansicht nach in neuen Präventionskampagnen aufgegriffen werden.

Die zwei weiteren Preise gingen an Ria Stangneth von der Friedrich-Schiller-Universität Jena für ihre Forschung über reflektierende Schutzkleidung und an Sarah Heilmann von der Technischen Universität Chemnitz. Sie beschäftigte sich mit Sicherheitsrisiken von Pedelec- und Fahrradfahrern und -fahrerinnen im Alltag. Die Jury sah in den prämierten Arbeiten des wissenschaftlichen Nachwuchses „großes Potenzial, die Verkehrssicherheit zu erhöhen“.

Menschen nutzen ihr Smartphone im Straßenverkehr, obwohl sie wissen, dass sie

Berliner Diskussion zu neuen Formen von Arbeit und Prävention

Checken Sie dienstliche Mails in der Freizeit? Dehnen Sie auf eigene Verantwortung die Arbeitszeit aus, um eine Aufgabe zu beenden? Bei diesen Fragen hoben sich im Basecamp Telefónica in Berlin viele Hände im Publikum. „Wie Sie sehen, sind wir schon mittendrin in der neuen Arbeitswelt“, kommentierte Dr. Susanne Roscher vom Sachgebiet „Neue Formen der Arbeit“ der DGUV ihre kleine Umfrage. Roscher hielt den Impulsvortrag in der mittäglichen Diskussionsrunde zu dem Thema „Arbeit 4.0 verlangt neue Antworten für Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung“. Weitere Teilnehmende waren Dr. Walter Eichendorf, stv. Hauptgeschäftsführer der DGUV, Dr. Nanne von Hahn von Telefónica Deutschland und Moderator Stefan Boltz, Pressesprecher der DGUV.

„Neue Formen der Arbeit. Neue Formen der Prävention“ lautet der Titel des Initiativpapiers, das die DGUV vorstellte. „Wir haben uns gefragt, was ist eigentlich das Neue an der Arbeit 4.0“, berichtete Roscher. Auf vier wichtige Trends habe man sich schließlich geeinigt: Neue Technologien spielen eine zentrale Rolle. Raum und Zeit der Arbeit sind flexibel, es gibt eine neue Vielfalt von Beschäftigungsformen und daraus resultierend auch neue Anforderungen an Führung. „Diese Trends bieten große Chancen, aber nur bei guter Arbeitsgestaltung“, sagte Roscher: „Bei schlechter Arbeitsgestaltung drohen unerwünschte Nebenwirkungen.“ Zum Beispiel

der Druck auf Beschäftigte, ständig erreichbar und präsent zu sein. Oder als Einzelkämpfer gar nicht mehr von Präventionsangeboten erreicht zu werden.

„Das Arbeitsschutzgesetz gilt ausschließlich für Beschäftigte. Dieser Begriff deckt viele der neuen Beschäftigungsformen nicht mehr ab. Hier liegt eine große Herausforderung“, so Dr. Walter Eichendorf: „In unserem Initiativpapier sprechen wir deshalb von ‚Erwerbstätigen‘. Das wäre auch ein Vorschlag ans BMAS.“

Vor allem Führungskräfte stehen in der Pflicht, die Balance zwischen Arbeit und Freizeit im Gleichgewicht zu halten, erläuterte Dr. Nanne von Hahn: „Vorgesetzte müssen als gutes Beispiel vorangehen, Transparenz schaffen und Mitarbeiter motivieren, eigene Ansprüche zu kommunizieren.“ Das schaffe eine Kultur, in der auch Auszeiten dazugehören. Selbst wenn die Grenzen von Arbeit nicht mehr klar zu definieren sind. „Führung“, betonte auch Dr. Eichendorf, „ist ein zentrales Element einer guten Präventionskultur.“



Podiumsteilnehmende (v. l.): Stefan Boltz (Pressesprecher der DGUV), Dr. Nanne von Hahn (Telefónica Deutschland), Dr. Walter Eichendorf (stellvertretender Hauptgeschäftsführer der DGUV), Dr. Susanne Roscher (VBG)

Elterntaxis: Gut gemeint ist nicht immer gut geholfen

Die Unfallkasse Rheinland-Pfalz (UK RLP) warnt vor chaotischen Verkehrsverhältnissen vor Schulen durch Elterntaxis. „Väter und Mütter, die ihre Kinder mit dem Auto

möglichst bis zur Schultüre bringen, gefährden sich und andere. Immer wieder kommt es im Bereich der Schulen zu Unfällen“, sagt Manfred Breitbach, Geschäfts-

führer der Unfallkasse. Viele Eltern befürchten, dass ihren Kindern zu Fuß auf dem Schulweg etwas zustoßen kann. „Dabei sollten Kinder frühzeitig das richtige Verhalten im Straßenverkehr erlernen, um Risiken einschätzen zu können und Eigenverantwortung zu übernehmen. Nur so entwickeln sie eigene Risikokompetenz“, bekräftigt Breitbach.



Foto: Sabine Hübner/fotolia.com

Durch „Elterntaxis“ kommt es vor Kitas und Schulen immer wieder zu chaotischen Verkehrssituationen.

Die UK RLP weist diesbezüglich auf mehrere Präventionsprojekte hin, um nicht nur Schülerinnen und Schüler, sondern auch die Eltern im Bereich Verkehrssicherheit aufzuklären. Die Aktionen „Sicher zur Schule“ und „Gelbe Füße“ sowie die dazugehörigen Broschüren versuchen explizit, die Eltern ins Verkehrssicherheitstraining mit einzubeziehen. Ihnen obliegt die Vorarbeit bei der Verkehrserziehung ihrer Kinder. „Dazu gehört auch das Vorbildverhalten der Erwachsenen, das nicht unterschätzt werden darf. Denn Kinder lernen durch Nachahmen“, ist Manfred Breitbach überzeugt.

- Die Broschüren „Sicher zur Schule“ und „Gelbe Füße“ erhalten Kitas sowie Schulen kostenfrei bei der Unfallkasse Rheinland-Pfalz: Tel. 02632 960 3300, E-Mail: praevention@ukrlp.de

SVLFG führt Präventionsprämien ein

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) hat ab dem 1. Mai 2016 Präventionsprämien für ihre Mitgliedsbetriebe eingeführt. Präventionsmaßnahmen im Unternehmen können seitdem bis zu 500 Euro gefördert werden.

Von der Nachrüstung mit Kamera-Monitor-Systemen über aktiven Gehörschutz bis zu Stehhilfen und Anti-Ermüdungsmatten – so weit reicht die Produktpalette der förderfähigen Anschaffungen. „Die Prämien sollen gezielt Anreize für Investitionen in die Arbeitssicherheit geben“, so Bernd Schulte-Lohmöller, alternierender Vorsitzender des Präventionsausschusses der SVLFG. „Unsere

Initiative ist ein Beitrag, um die Selbstverantwortung der Unternehmer für die Sicherheit und Gesundheit in ihren Betrieben zu stärken.“

Mit dem Prämiensystem sollen Präventionsmaßnahmen gefördert werden, die besonders dabei helfen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu vermeiden.

- Weitere Informationen zu Förderverfahren und Zuschusshöhen sowie das Antragsformular findet man unter: www.svlfg.de



Foto: AK-DigArt/fotolia.com

Präventionsmaßnahmen sind künftig bares Geld wert.

Blinde und sehbehinderte Menschen besser in den Arbeitsmarkt integrieren

Die Stiftung MyHandicap und die auf Blindheit und Sehbehinderung spezialisierten Berufsförderungswerke (BFW) aus Halle (Saale), Düren, Mainz und Würzburg unterzeichneten auf der Geschäftsführerkonferenz des Bundesverbandes der Berufsförderungswerke Deutschlands am 9. Juni 2016 in Würzburg ihre Vereinbarung zur Zusammenarbeit. Geplant ist eine umfassende Informationsaufbereitung über die Plattform www.myhandicap.de, die sich an blinde und sehbehinderte Menschen wendet. Mit der Erfahrung und Expertise der vier spezialisierten Berufsförderungswerke werden sowohl Betroffene und deren Umfeld als auch Unternehmen über Hilfen und beruf-

liche Möglichkeiten zuverlässig informiert. Um die Vernetzung von Arbeitgebenden mit gut ausgebildeten Menschen mit einer Seheinschränkung weiter zu verbessern, werden die Absolvierenden der Berufsförderungswerke und deren Angebote in die Jobbörse von MyHandicap eingebunden. Damit wird ein Beitrag zur verbesserten Inklusion von Personen im ersten Arbeitsmarkt geleistet.

Ziel von MyHandicap ist es, Menschen mit Behinderung den Lebensalltag zu erleichtern und ihnen in privaten und beruflichen Belangen zum Erfolg zu verhelfen. Dazu gehört es auch, Unternehmen und Arbeitssuchende bei allen Fragen

rund um Job, Ausbildung und Inklusion bestmöglich zu unterstützen. Bei der Vertragsunterzeichnung in Würzburg äußerten die beteiligten Geschäftsführer ihre Freude über die Zusammenarbeit. „Durch die Kooperation mit den vier Berufsförderungswerken können wir auf unserer Plattform www.myhandicap.de Arbeitgebern eine wichtige Quelle zur Rekrutierung von gut ausgebildetem Fachpersonal aufzeigen und Ratsuchende – seien es Betroffene, deren Angehörige oder auch Unternehmen – direkt mit ausgewiesenen Fachleuten im Bereich Sehbehinderung und Blindheit vernetzen“, so Robert Freumuth, Geschäftsführer von MyHandicap Deutschland.



Im Bild von links: Christoph Wutz (Würzburg), Hans-Dieter Herter (Mainz), Kerstin Kölzner (Halle/Saale), Dr. Hans-Joachim Zeißig (Düren) und Robert Freumuth, Geschäftsführer der Stiftung MyHandicap

Treten oder Tippen – aber nicht beides

Die Zahl der Fahrradunfälle, die auf die Nutzung eines Smartphones zurückgeht, könnte steigen – davor warnen die Unfallkasse Berlin und die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen. „Im Frühling und Sommer sind mehr Schülerinnen und Schüler sowie Studierende mit dem Rad unterwegs. Für viele von ihnen gehört das Smartphone zur Grundausstattung – leider zu oft auch

beim Radfahren“, sagt Wolfgang Atzler, Geschäftsführer der Unfallkasse Berlin. Eine konkrete Smartphone-Unfallstatistik gibt es allerdings nicht. Ob Unfälle tatsächlich auf den Einsatz der mobilen Endgeräte zurückzuführen sind, kann nicht eindeutig nachgewiesen werden. Wer aber sein Handy auf dem Rad benutzt, schränkt seine Aufmerksamkeit stark ein und erhöht so

mit sein Unfallrisiko. Dabei ist die Handy-Nutzung auf dem Rad nicht nur gefährlich, sondern kann mit einem Bußgeld von 25 Euro auch noch teuer werden.

Man sollte sich deshalb am besten an die bewährte Grundregel beim Fahrradfahren halten: Treten oder Tippen – aber nicht beides!

Kooperation soll Vision Zero stärken

Der Bundesverband der Deutschen Transportbetonindustrie e. V. (BTB) und die Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI) haben im Mai 2016 eine gemeinsame Initiative für noch mehr Arbeitssicherheit in der Transportbetonindustrie gestartet. Die Kooperationsvereinbarung ist Teil der Präventionsstrategie „VISION ZERO. Null

Unfälle – gesund arbeiten!“ der BG RCI. Ziel ist es, die Arbeitswelt so zu gestalten, dass niemand zu Schaden kommt.

„Wir sind überzeugt davon, dass letztlich alle Unfälle und Berufskrankheiten verhindert werden können. Dazu müssen Sicherheit und Gesundheit als elementare Werte aller Menschen anerkannt und

Führungskräfte sowie Beschäftigte in den Betrieben ihrer Verantwortung gerecht werden. Gemeinsam werden wir es schaffen, die Vision eines unfallfreien Arbeitslebens mehr und mehr zur Realität zu machen!“, erklärte Ulrich Meesmann, Mitglied der Geschäftsführung der BG RCI, bei der Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung.



Foto: BTB/Informationszentrum Beton

Das Thema Arbeitssicherheit zählt bereits in der Ausbildung zum Rüstzeug des „Verfahrensmechanikers Transportbeton“.

„Die kontinuierliche Verbesserung von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in der Transportbetonindustrie ist erklärtes Ziel unseres Verbandes“, sagt BTB-Hauptgeschäftsführer Dr. Olaf Aßbrock. „Wir beschäftigen uns intensiv mit der Untersuchung und Optimierung der Arbeitssicherheit sowohl bei der Betonherstellung als auch beim Pumpen von Beton und dem Befüllen und Entladen von Fahrmaschinen.“ Eine Arbeitsgruppe des Verbandes hat die Aufgabe, das Unfallgeschehen zu analysieren, Kennzahlen zur Arbeitssicherheit zu ermitteln und entsprechende Maßnahmen auf den Weg zu bringen.

Änderung der Gefahrstoffverordnung und weiterer Verordnungen

Die Gefahrstoffverordnung, die Betriebssicherheitsverordnung, die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge und die Baustellenverordnung sollen geändert werden. Das geht aus dem Entwurf einer Artikelverordnung hervor, mit der das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) die EU Richtlinie 2014/27/EU umsetzen will.

In Artikel 1 soll die Gefahrstoffverordnung formal mit der EU-Verordnung über die Einstufung, Kennzeichnung und Verpackung von Stoffen und Gemischen (CLP-Verordnung) synchronisiert werden. So sollen die bisherigen Gefährlichkeits-

merkmale durch die neuen Gefahrenklassen ersetzt werden. Im gesamten Verordnungstext wird der bisherige Begriff „Zubereitungen“ durch „Gemische“ ersetzt. In Artikel 2 soll die Betriebssicherheitsverordnung fortgeschrieben werden. Hier geht es im Wesentlichen um rechtsformale Korrekturen und Klarstellungen, die aus der Praxis abgeleitet wurden.

In Artikel 3 soll der Anhang „Arbeitsmedizinische Pflicht- und Angebotsvorsorge“ der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge und der Anhang II der Baustellenverordnung mit der Auflistung der besonders gefährlichen Arbeiten, an

die Einstufungsvorschriften der CLP-Verordnung angepasst werden.

Mit den Anpassungen an das Einstufungs- und Kennzeichnungssystem der CLP-Verordnung werden EU-rechtliche Vorgaben umgesetzt. Änderungen in Bezug auf zu treffende Schutzmaßnahmen sind damit nicht verbunden. Die zuvor bereits in Fachkreisen diskutierten Änderungen der Gefahrstoffverordnung wie die Umsetzung des Risikokonzeptes oder die Aktualisierung der Regelungen zu Asbest werden in einem gesonderten Verordnungsverfahren voraussichtlich im Jahr 2017 umgesetzt.

DVR startet mehrsprachige Informationskampagne für Zugewanderte

Das Thema Flüchtlinge beschäftigt bundesweit auch die Akteure in der Verkehrssicherheitsarbeit. Viele Verkehrsregeln in Deutschland sind für die ankommenden Menschen neu – bestimmte Situationen im Straßenverkehr gestalten sich anders als im Herkunftsland. Wie funktioniert der Nahverkehr? Wo darf ich mit dem Fahrrad fahren? Und wer hat Vorfahrt? Diese und weitere Fragen beantwortet eine neue mehrsprachige Smartphone-App unter dem Titel „German Road Safety“, die der

Deutsche Verkehrssicherheitsrat (DVR) mit Unterstützung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) entwickelt hat. Sie wendet sich nicht nur an Flüchtlinge, sondern will alle Menschen ansprechen, die im deutschen Straßenverkehr sicher mobil sein wollen. Die kostenlose App kann in den Sprachen Deutsch, Arabisch und Englisch genutzt werden und ist für Apple iOS sowie Android erhältlich. Martin Burkert, Vorsitzender des Ausschusses für Verkehr und digitale Infra-

struktur des Deutschen Bundestages, unterstützt die Initiative: „Das Projekt und im Besonderen die entwickelte Smartphone-App helfen Geflüchteten, die deutsche Straßenverkehrsordnung kennenzulernen und den öffentlichen Verkehr sicher zu nutzen. Damit wird eine Grundvoraussetzung für gelungene Integration geschaffen.“ Eine ebenfalls mehrsprachige Internetseite unter www.germanroadsafety.de hält alle Elemente der App sowie weitere Informationen bereit.

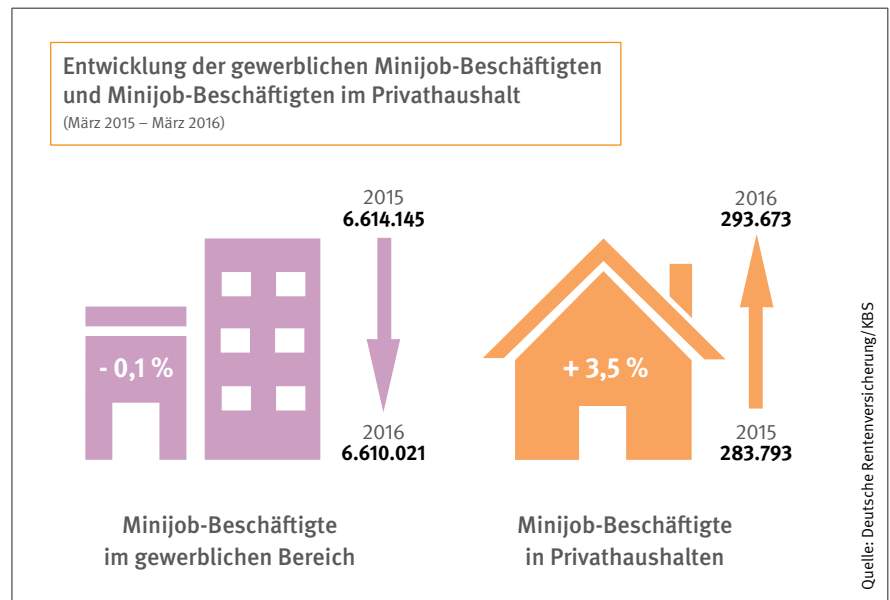
Immer mehr private Haushaltshilfen legal beschäftigt

Die Minijob-Zentrale hat ihre Zahlen für das erste Quartal 2016 veröffentlicht. Während die Zahl der Minijob-Beschäftigten im gewerblichen Bereich auf konstantem Niveau bleibt, liegen die angemeldeten Haushaltshilfen 3,5 Prozent über dem Vorjahresniveau.

„Der Anstieg der Minijobber in Privathaushalten ist positiv zu bewerten, da nur angemeldete Haushaltshilfen legal beschäftigt sind“, so Dr. Wolfgang Buschfort, Pressesprecher der Minijob-Zentrale. Am Ende des ersten Quartals waren 6.610.021 Personen mit einem gewerblichen Minijob bei der Minijob-Zentrale der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) angemeldet. Die Zahl derjenigen, die die Arbeit in Privathaushalten ausführen, betrug 293.673. Die Aufnahme eines Minijobs hängt allerdings stark vom Geschlecht ab. Insgesamt sind lediglich 8,8 Prozent der Minijobber in Privathaushalten Männer. Bezogen auf Bundesländer war der Anstieg in Hessen und im Saarland am höchsten, lediglich in Bremen war ein leichter Rückgang zu beobachten (-0,9 Prozent).

Die überwiegende Mehrheit der Minijob-Beschäftigten übt laut der Zentrale nur einen einzigen Minijob aus. Gerade einmal 2,7 Prozent der geringfügig Beschäftigten im gewerblichen Bereich und 8,6 Prozent in Privathaushalten haben zwei Minijobs gleichzeitig. „Die Anzahl der Minijobber mit drei oder mehr Beschäftigungen ist

verschwindend gering“, erklärt Buschfort. Die Zahl der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen, die mindestens einen Minijobber oder eine Minijobberin beschäftigen, stieg mit 2.156.815 Millionen minimal gegenüber dem Vorjahr an. Mehr als die Hälfte aller Unternehmen in Deutschland beschäftigt Minijobberinnen und Minijobber.



Zahl des Monats: 45.500 Unfälle

In den warmen Sommermonaten erlebt die Motorrad-Saison ihren Höhepunkt – damit aber auch das Unfallgeschehen. Die jüngsten Zahlen des Statistischen Bundesamtes dazu stammen aus dem Jahr 2014: **Danach wurden 45.500 Moped- und Motorradunfälle mit Personenschaden erfasst.** Die

meisten Unfälle ereigneten sich im Juni und Juli. 2014 kamen insgesamt 587 Biker ums Leben, das ist jeder sechste im Straßenverkehr tödlich Verunglückte (17,1 Prozent). Damit war das bestandsbezogene Risiko, auf einem Motorrad getötet zu werden, 2014 mehr als viermal so hoch wie im Auto.



Quelle: UV/Gicero Kommunikation

Normung medizinischer Leistungen – Widerstand auch aus Polen

Schon im vergangenen Jahr haben sich neben den Spitzenorganisationen der deutschen Sozialversicherung zahlreiche Vertreterinnen und Vertreter aus dem Gesundheits- und Sozialversicherungsbereich in Deutschland mit Nachdruck gegen die Bestrebungen zur Normung von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen auf EU-Ebene gewandt. Mittlerweile wird auch der Widerstand aus anderen Mitgliedstaaten größer. So hat sich Polen mit einer aktuellen Initiative an die Gesundheitsministerien sowie die EU-Kom-

mission gerichtet. Die polnische Regierung ruft dazu auf, gemeinsam den Aktivitäten des Europäischen Normungsinstituts (CEN) im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen entgegenzutreten.

Die Spitzenorganisationen der deutschen Sozialversicherung begrüßen diese Initiative und haben deswegen an Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe appelliert, die polnische Initiative zu unterstützen. Eine Standardisierung von Gesundheitsdienstleistungen

wird nach Ansicht der Spitzenorganisationen nicht zur beabsichtigten Qualitätsförderung beitragen. Vielmehr sind die Mitgliedstaaten dafür zuständig, im Rahmen ihrer nationalen Gesundheits- und Sozialsysteme passende Mechanismen zu entwickeln. Darüber hinaus wäre zu befürchten, dass Normen, die von internationalen und europäischen externen Gremien erarbeitet werden, nicht den besonderen nationalen Anforderungen an medizinische Versorgungs- sowie Rehabilitationsleistungen entsprechen.

Darauf hatten die Spitzenorganisationen bereits im vergangenen Jahr in einer Stellungnahme hingewiesen.¹



Foto: Stasique/fotolia.com



[1] www.deutsche-sozialversicherung.de > Europa > Dokumente > Stellungnahme der Deutschen Sozialversicherung zur Normung von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen (Oktober 2015)

Wandel der Beschäftigungsverhältnisse

Die Qualität und finanzielle Tragfähigkeit der Sozialsysteme in der EU sicherzustellen, ist für den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss (EWSA) von zentraler Bedeutung. Das hat er in einer Stellungnahme zum Wandel der Beschäftigungsverhältnisse unterstrichen. Der EWSA ist ein beratendes Gremium der EU-Institutionen.

In seinem im Mai veröffentlichten Bericht empfiehlt der EWSA, Grundlagen für Sozialmodelle zu entwickeln. Diese sollten flexiblere Formen von Beschäftigung abdecken, die für alle Erwerbs-

tätigen – einschließlich der Selbständigen, die aus dem Netz herkömmlicher Sozialsysteme herausfallen – einen Sozialversicherungsschutz auf angemessenem Niveau gewährleisten. Die EU-Kommission und die Mitgliedstaaten werden deswegen aufgefordert, gemeinsam mit den Sozialpartnern zu handeln.

Eine wirksame und langfristige Lösung dürfte darin bestehen, eine Vorsorgepflicht für alle Erwerbstätigen einzuführen. Es muss aber grundsätzlich über die künftige Ausgestaltung der Sozial-

systeme nachgedacht werden – denn es kann sicher nicht im Interesse von Politik und Gesellschaft sein, die solidarische Sozialversicherung aufzugeben.

Die gesetzliche Unfallversicherung beschäftigt sich bereits seit einiger Zeit sehr intensiv mit den Auswirkungen des Wandels der Arbeitswelt auf die Beschäftigten, die Unternehmen und die Sozialsysteme. Dies ist auch nicht überraschend, denn kein Zweig der Sozialversicherung ist so eng mit der Welt der Arbeit verbunden wie die Unfallversicherung.

Psychische und soziale Belastungen

Prävention für pflegende Angehörige

Mit einem bislang einzigartigen Präventionskonzept unterstützt die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen pflegende Angehörige insbesondere im Bereich psychosozialer Belastungen. Hierzu werden kontinuierlich Maßnahmen entwickelt und weiter ausgebaut.

Pflege kann krank machen: Laut der DAK-Studie „Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland“ kann ein Fünftel der pflegenden Angehörigen in Deutschland als depressiv erkrankt betrachtet werden. Auch Angst und/oder Schlafstörungen kommen gehäuft vor. Insgesamt hat die Hälfte aller Pflegepersonen psychische Probleme. Dieses Ergebnis zeigt, wie hoch der psychische Druck bei pflegenden Angehörigen ist.¹

Dies ist für die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW) keine neue Erkenntnis. Seit über 20 Jahren stehen „pflegende Angehörige“ (im SGB VII „nicht erwerbsmäßig Pflegenden“ genannt) bei ihrer beziehungsweise bei ihren Vorgängerorganisationen im Fokus. In dieser Zeit konnte ein umfassendes und bislang einzigartiges Präventionskonzept für diese Versichertengruppe entwickelt werden. Zunächst standen auch hier klassische Arbeitsschutzthemen wie Rückenprävention, Infektionsschutz oder Stolper- und Sturzunfälle im Vordergrund. Schnell wurde jedoch deutlich, dass psychosoziale Aspekte für pflegende Angehörige die Hauptbelastung darstellen. Dies ist inzwischen vielfach wissenschaftlich belegt. Daher sind Präventionsmaßnahmen für psychische und soziale Belastungsfaktoren ein Schwerpunkt der Arbeit der UK NRW für pflegende Angehörige. Hierzu

werden stetig Maßnahmen weiterentwickelt und ausgebaut.

Seminare zum Gesundheitsschutz pflegender Angehöriger

Die UK NRW schult seit Jahren Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus verschiedenen Feldern (zum Beispiel ambulante und stationäre Pflege, Pflegeberatung) im Hinblick auf die Gesunderhaltung pflegender Angehöriger. Hierbei handelt es sich um das derzeit bundesweit umfassendste Seminarangebot für diese Zielgruppe zum Gesundheitsschutz nicht erwerbsmäßig Pflegenden. Folgende Themenschwerpunkte sind in jüngster Zeit modifiziert in die Seminarreihe „Beim Pflegen gesund bleiben“ aufgenommen worden:

- Aufbau von individuellen Netzwerken
- Achtsamkeitstraining
- Ausgleichsübungen zur Gesunderhaltung des Körpers und der Psyche

Organisation der häuslichen Pflege

Die Pflege und Betreuung von hilfebedürftigen Menschen stellen hohe Anforderungen an pflegende Angehörige. Vielfach entsteht eine solche Pflegesituation plötzlich und ohne jegliche Vorbereitung. Ehe man sich versieht, steht man voll und ganz in der Verantwortung. Dies kann zu starken körperlichen und psychischen Belastungen bei pflegenden Angehörigen führen. Deshalb ist es wichtig, von Anfang an den potenziellen Belastungen bei der Pflege und Betreuung eines Menschen entgegenzuwirken. Eine gute Organisation und Planung der Pflege – wenn möglich mit Unterstützung professioneller Pflegeberaterinnen und Pflegeberater – ist hierzu ein erster Schritt. Darüber hinaus ist es für pflegende Angehörige wichtig, sich ein gutes Hilfsnetzwerk aufzubauen.

In der Broschüre „Handlungshilfen für pflegende Angehörige – Strategien zur Organisation der häuslichen Pflege und der Selbstsorge“ gibt die UK NRW pflegenden Angehörigen einen Fragenkatalog für eigene Überlegungen im Vorfeld der Pflege an die Hand. Strukturierte Tagespläne erleichtern das Planen der Pfllegetätigkeit und der häuslichen Versorgung. Sie regen dazu an, Selbstsorgeaktivitäten in den Tagesverlauf einzuplanen und diese dann auch durchzuführen. So kann einer Überbelastung aktiv entgegengewirkt werden.

Zudem zeigt die Broschüre auf, wie individuelle Netzwerke für den Pflegealltag, aber auch für akute (Überlastungs-)Situations aufgebaut werden können. Dies ist wichtig, damit pflegende Angehörige bei ihrer schweren und verantwortungsvollen Aufgabe nicht alleine bleiben, sondern Unterstützung erhalten und sogar einen Teil der Verantwortung abgeben können.

Autorin und Autor

Foto: FOCUSPUNKTE Frank Menke



Alexandra Daldrup

Hauptabteilung Prävention, Abteilung Gesundheitsdienst, Feuerwehr, Hilfeleistung und Ehrenamt, Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW)
E-Mail: a.daldrup@unfallkasse-nrw.de

Foto: UK NRW



Martin Schieron

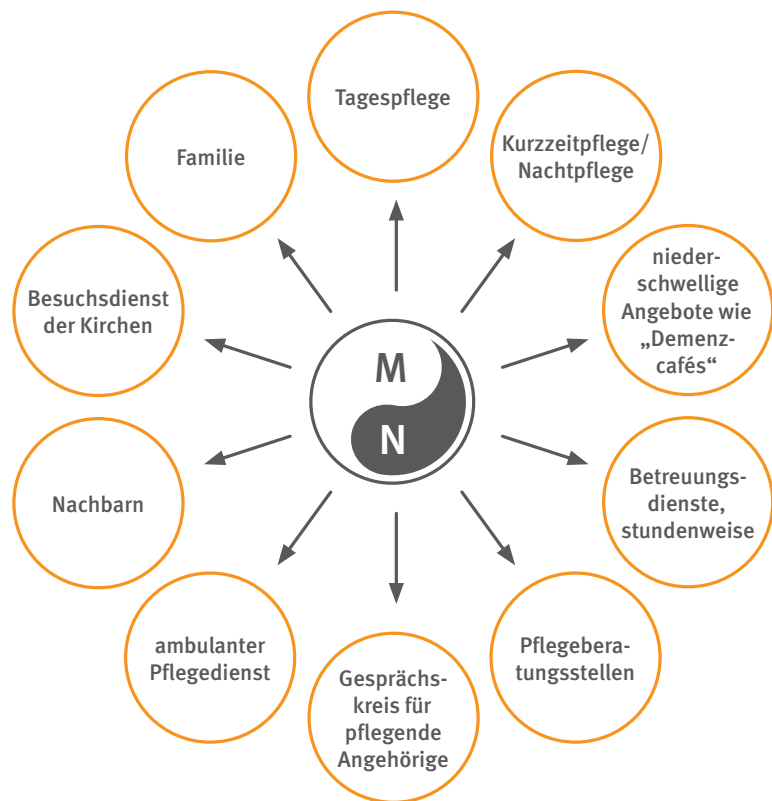
Hauptabteilung Prävention, Abteilung Gesundheitsdienst, Feuerwehr, Hilfeleistung und Ehrenamt, Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW)
E-Mail: m.schieron@unfallkasse-nrw.de

Aufbau individueller Netzwerke

Die Visualisierung individueller Netzwerke verschafft einen Überblick, welche Personen und Institutionen bereits in die Pflege und Betreuung eingebunden sind und wer zusätzlich zur Unterstützung und Entlastung eingeplant werden könnte. Kopiervorlagen zu den individuellen Netzwerken sind auch in der Broschüre „Demenz – In der Weite des Vergessens“ zu finden. Außerdem stehen diese und andere Unterlagen zum Herunterladen auf dem Portal „Neuheit für Pflege“ bereit.²

Internetportal „Neuheit für Pflege“

Das Portal „Neuheit für Pflege“ enthält umfassende Informationen für pflegende Angehörige. Aber auch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, Pflegefachpersonen und andere Interessierte können dort für ihre Tätigkeit sinnvolle Informationen finden. Unter den Themen „Gesundheitsschutz für pflegende Angehörige“ und „Organisation der häuslichen Pflege“ ist unter anderem eine große Anzahl entlastender Angebote aufgeführt.



Quelle: UK NRW

Abbildung 2: Beispiel für individuelles Netzwerk



Quelle: UK NRW

Abbildung 1: Seminarflyer „Beim Pflegen gesund bleiben!“

Darüber hinaus gibt es viele Informationen zu rechtlichen Fragen (zum Beispiel Pflegeversicherung, Betreuungsverfügung). Unter „Informationen aus den Städten“ bietet die UK NRW den Kommunen des Landes Nordrhein-Westfalen die Möglichkeit, das Pflege- und Betreuungsangebot ihrer Region für pflegende Angehörige sichtbar zu machen und somit eine „Pflegelandkarte NRW“ aufzubauen.

Selbstverständlich werden auch Informationen zur UK NRW aufgeführt. So stehen hier Berichte zu durchgeführten Projekten und Hilfestellungen zum Aufbau quartiersbezogener Netzwerke zum Gesundheitsschutz pflegender Angehöriger zur Verfügung. Auf dem Internetportal lassen sich weitere Veröffentlichungen der UK NRW herunterladen wie zum Beispiel das neu überarbeitete Magazin „Zu Hause pflegen – Gesund bleiben!“. Aber auch Broschüren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und anderer staatlicher Akteure in diesem Feld werden hier vorgehalten. Um pflegende Angehörige – oder auch andere Interessierte – interaktiv anzusprechen und gleichzeitig Entlastungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen, gibt es verschiedene Videoan-

gebote mit „Ausgleichsübungen zur Gesunderhaltung des Körpers und der Psyche“. Hier können pflegende Angehörige zu Hause mithilfe der Videos aktiv Übungen durchführen. Darunter sind zudem Sequenzen zum Thema Achtsamkeit (Yoga und Fitnessübungen sowie Körper- und Sinnesreise). Zu einigen Videos lassen sich Audiodateien herunterladen (etwa Sinnesreise, Body Scan), damit diese auch in anderen Situationen genutzt werden können – wie kurz vor dem Schlafengehen.

Es ist geplant, diese Übungen auch als App für Smartphones und Tablets zur Verfügung zu stellen. Dies ermöglicht, das kontemplative Gehen und andere Gehmeditationen zu üben sowie die Sinnesreise beim Spazierengehen im Wald, Garten oder am See durchzuführen. Darüber hinaus ist die Erstellung einer DVD zum gesamten Themenfeld vorgesehen. Dieses Angebot ist für pflegende Angehörige gedacht, die das Internet nicht nutzen.

Die UK NRW arbeitet weiter daran, neue Wege zu beschreiten, um pflegende Angehörige bei ihrer wertvollen Tätigkeit zu unterstützen.



Foto: Firma V/fotolia.com

Die Hälfte aller Pflegepersonen hat psychische Probleme. Prävention ist deshalb umso wichtiger.

Muster eines Tagesplans

Tageszeit	Uhrzeit	Tätigkeit	Das mache ich
morgens	07:00 – 07:45	Grundpflege Frühstück	Frühstück bereiten und gemeinsam frühstücken und aufräumen
	07:45 – 09:00		
vormittags	09:30 – 11:00	Beschäftigung, Gesellschaft Besorgungen	Einkaufen und zum Arzt
	11:00 – 12:00	Essen kochen	Essen kochen
mittags	12:00 – 12:30	Eventuell das Essen anreichern Besorgungen Essen kochen	gemeinsam essen
	13:00		Küche aufräumen
	13:30 – 14:00		ins Bett begleiten
nachmittags	14:00 – 16:30	Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	Wohnung aufräumen und Kaffee vorbereiten
	16:30 – 18:00	Betreuung, Beschäftigung	
abends	18:00	Grundpflege Abendessen	Abendessen vorbereiten
	18:30		Gemeinsames Abendessen
nachts			

Quelle: UK NRW

Wer hilft mir in unregelmäßigen Abständen?

Uhrzeit	Datum	Tätigkeit	Name
07:00 – 07:45	20.08. – 21.08.	Betreuung	Peter
09:30 – 11:00	16.07.	Betreuung	Nachbarin Anni
12:00 – 12:30	10.10. – 17.10.	Pflege/Betreuung	Kurzzeitpflege „Sonnenstrahl“

Fußnoten

[1] DAK-Gesundheit: Pflege-Report „So pflegt Deutschland“, Hamburg 2015: https://www.dak.de/dak/download/Pflegereport_2015-1701160.pdf

[2] Unfallkasse Nordrhein-Westfalen: Internetportal „Neuheit für Pflege“: www.unfallkasse-nrw.de/pflegende-angehoerige

Abbildung 3: Muster eines Tagesplans

Interview

„Pflege kann nur gelingen, wenn sie auf mehreren Schultern ruht“

Frau Wisseling, als pflegende Angehörige kümmere ich mich um Menschen, die mir nahestehen. Kann diese emotionale Nähe auch eine Schwierigkeit sein?

WISSELING: Ja, denn als pflegende Angehörige muss ich einen Rollenwechsel vollziehen. Das ist für viele sehr schwer. Für Kinder, aber auch für Ehepartner. Sie verlieren ja auch den Lebenspartner. Und Beziehungen, die vorher nicht gut waren, werden auch in dieser Situation nur selten besser. Hinzu kommen häufig Schuldgefühle. Wenn die zeitliche Beanspruchung die Pflegenden an ihre Grenzen bringt, sie ihrem Anspruch nicht mehr genügen können, auch mal ärgerlich oder ungeduldig werden. Die psychischen Belastungen in der Pflege wiegen häufig stärker als die körperliche Arbeit.

Haben Sie in Ihrer beruflichen Praxis Gewalt in Pflegebeziehungen bemerkt?

WISSELING: Es stellt sich zunächst die Frage: Wo fängt Gewalt an? Ich finde die Beschreibung von Erich Fried in seinem Gedicht „Gewalt“ sehr treffend. Darin heißt es: „Die Gewalt fängt nicht an/wenn Kranke getötet werden/. Sie fängt an/wenn einer sagt: ‚Du bist krank: Du mußt tun, was ich sage!‘“

Natürlich sprechen Menschen selten offen über ihre Aggressionen. Man muss zwischen den Zeilen hören. Wenn mir zum Beispiel eine Tochter sagt, dass sie abends der Mutter nichts mehr zu trinken gibt, weil sie nachts nicht zwei Mal aufstehen will. Oder eine andere den Vater bei der Pflege anschwört, weil sie böse auf ihn ist. So ein Verhalten ist meist unbewusst. Gezielt eingesetzte Gewalt erlebe ich selten.

Aber die Aggression kann ja auch von den Pflegebedürftigen ausgehen?

WISSELING: Ja, auch das erzählen mir die Angehörigen. Aber gerade bei demenziell Erkrankten ist es natürlich schwierig, sie verantwortlich zu machen. Sie machen nichts extra, aggressive Phasen gehören durchaus zum Krankheitsbild. Ich rate deshalb den Angehörigen, sich gut über die Krankheit der Menschen, die sie pflegen, zu informieren. Das hilft auch dabei, sich keinen falschen Hoffnungen hinzugeben.

In der Pflege spricht man häufig von einem „Teufelskreis der Belastung“. Können Sie beschreiben, wie der aussieht?

WISSELING: Es gleicht einer Spirale: Man kümmert sich um jemanden, hat zu wenig Zeit für das eigene Leben, wird erschöpft und ungeduldig. Das macht Schuldgefühle, die man mit noch mehr Einsatz wieder auszugleichen versucht. Das heißt noch weniger Freizeit, häufig Isolation. Und so beginnt der Kreislauf von Ungeduld, Wut und Schuldgefühlen von Neuem.

Wie kommt man da wieder heraus?

WISSELING: Zwei Dinge sind nach meiner Erfahrung sehr wichtig: Gesprächspartner zu haben, denen gegenüber man sich die Dinge von der Seele reden und seine „bösen Gedanken“ auch mal aussprechen kann. Und zum zweiten, sich zeitliche Entlastung zu schaffen, Inseln der Erholung. Auch die eigene Arbeit kann so ein Ausgleich sein. Es wäre deshalb wichtig, dass pflegende Angehörige schon zu Beginn ihrer Tätigkeit Unterstützung bekommen – zum Beispiel in Form zugehender Beratung. Aber dazu fehlen häufig die Mittel.

Wie kann Pflege gelingen?

WISSELING: Pflege kann nur gelingen, wenn sie auf mehreren Schultern ruht. Deshalb sollte die Begleitung und Prävention für die pflegenden Angehörigen früher beginnen. Ich erlebe gerade bei älteren Pflegenden häufig, dass sie bereits mit den Formalien der Pflegeversicherung überfordert sind. Darüber hinaus brauchen pflegende Angehörige mehr Anerkennung. Sie leisten eine immense gesellschaftliche Arbeit, die kaum honoriert wird. Übrigens kann zu einer guten Pflege auch mal die Entscheidung gehören, doch eine Heimpflege in Anspruch zu nehmen.

Ein Spielfilm wie „Honig im Kopf“ versucht, einen humorvollen Zugang zum Umgang mit Pflegebedürftigkeit zu finden. Wie sehen Sie das?

WISSELING: Positiv, es gibt ja auch die „Roten Nasen“ von Eckhart von Hirschhausen, der mit seiner Stiftung auch in Pflegeeinrichtungen geht. Humor kann helfen, die Schwere aus dem Thema herauszunehmen. Aus eigener Erfahrung als pflegende Angehörige weiß ich, es passieren manchmal abstruse Dinge. Ein Lachen, das ja kein Auslachen ist, hilft, das auszuhalten. Es ist wie der Knopf, der verhindert, dass der Kragen platzt. ●

Das Interview führte Elke Biesel, DGUV.

Zur Person

Gaby Wisseling ist pädagogische Mitarbeiterin in einem Caritas Bildungswerk und arbeitet in einer Beratungsstelle für pflegende Angehörige.

Präventionsangebote der Aktion DAS SICHERE HAUS (DSH)

„Die meisten Unfälle passieren im Haushalt ...“

Angesichts von fast sechs Millionen Unfällen in Heim und Freizeit spielt der Unfall- und Gesundheitsschutz hier eine wichtige Rolle. Das betrifft auch pflegende Angehörige, denn rund 1,7 Millionen Pflegebedürftige werden zu Hause versorgt.

Rund 5,9 Millionen Unfälle in Heim- und Freizeit passieren pro Jahr in Deutschland, berichtet die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) auf ihrer Homepage. Etwa 18.000 Menschen sterben in Folge dieser Unfälle. Damit liegen sie weit an der Spitze, verglichen mit der Zahl der tödlichen Unfälle zum Beispiel im Straßenverkehr (rund 3.500 pro Jahr) oder im Bereich von Arbeit und Schule (rund 500). Nicht umsonst heißt es, dass der Haushalt ein gefährlicher Ort sei. Die sprichwörtlich sicheren eigenen vier Wände sind eine Illusion.

Tipps rund um die Sicherheit und Gesundheit im privaten Umfeld bietet die Aktion DAS SICHERE HAUS (DSH). Für alle Generationen und viele häusliche Aktivitäten sowie speziell für Tagesmütter und -väter entwickelt die DSH Materialien in Form von Broschüren, Faltblättern und Kompaktinfos.

Wer zum Beispiel wissen möchte, wie man Fenster und Balkone so absichert, dass Kleinkinder nicht in die Tiefe stürzen, wird bei der DSH fündig. Ebenso die Heimwerkerin, die eine brauchbare Persönliche Schutzausrüstung kaufen will. Und wer wiederum einen sicheren Reise-

Adapter für die nächste Urlaubsreise sucht, kann hilfreiche Informationen in der Broschüre „Gefährliche Produkte“ finden. Fast alle Medien der DSH sind kostenlos und können einfach über das Internet bestellt und heruntergeladen werden (www.das-sichere-haus.de/broschueren).

Häusliche Pflege bis an die eigenen Grenzen – und oft darüber hinaus

Der Unfall- und Gesundheitsschutz für pflegende Angehörige ist ein Schwerpunkt der DSH-Arbeit. Laut dem Statistischen Bundesamt (destatis) gibt es rund 2,6 Millionen pflegebedürftige Menschen in Deutschland. Zwei Drittel von ihnen werden zu Hause versorgt, größtenteils von ihren Angehörigen – manchmal unterstützt durch ambulante Pflegedienste. Viele Angehörige leiden dabei unter der Mehrfachbelastung von Job, eigener Familie und Pflege. Gerade Berufstätige geraten dabei oft an ihre körperlichen und seelischen Grenzen. Sie fühlen sich, bei aller Liebe, müde und innerlich zerrissen. Für sie gibt die DSH zusammen mit den Unfallkassen Berlin und NRW sowie der Kommunalen Unfallversicherung Bayern das kostenlose Magazin „Zu Hause pflegen – gesund bleiben!“ heraus. Pflegende Angehörige finden darin wertvolle Tipps für

ihre eigene Gesundheit und dafür, eine Balance zu entwickeln zwischen Beanspruchung und Erholung.

„Viele Menschen müssen diesen gesunden Eigensinn erst lernen“

Fester Bestandteil des 16 Seiten starken Magazins sind Reportagen wie die über Birgit Schäler. Sie ist selbst berufstätig und betreut seit sieben Jahren ihren dementen und blinden Vater. Job und Pflege unter einen Hut zu bringen, das war für sie am Anfang alles andere als leicht. Es gab Unmengen von Fragen. Improvisationstalent war gefragt und eine gewisse Hartnäckigkeit gegenüber den Ämtern. Inzwischen „läuft“ es gut dank einer sehr individuellen Kombination von Pflege zu Hause, der zeitweisen Betreuung ihres Vaters in einer Wohngruppe – und einer guten Kenntnis der jeweils aktuellen gesetzlichen Regelungen.

Authentische Berichte wie dieser machen Mut und zeigen Wege auf, damit fertig zu werden, plötzlich zu den pflegenden Angehörigen zu zählen. Es ist immens wichtig, dabei trotz knapper Zeit und voller To-do-Liste auch an sich selbst zu denken. Viele Menschen müssen diesen gesunden Eigensinn erst lernen, stellen dann aber fest, dass ihnen Achtsamkeit gegenüber den eigenen Bedürfnissen nützt. Dann wird eine bewusste Pause von vielleicht nur fünf Minuten schon zur erholsamen Auszeit, weil man mit Freude etwas in sein Glückstagebuch schreibt oder sich eine Handmassage gönnt. Die richtigen Bewältigungsstrategien sind das A und O bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen – ob es der Partner, ein Elternteil oder das eigene Kind ist.

Autorin



Dr. Susanne Woelk

Geschäftsführerin
der Aktion DAS SICHERE HAUS (DSH)
E-Mail: s.woelk@das-sichere-haus.de

Balance zwischen Job und Pflege – auch ein Thema für Arbeitgeber

Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ist ein sehr sensibles Thema. Laut einer Umfrage des Allensbach-Instituts für Demoskopie (2015) reduzierten etwa 14 Prozent der 40- bis 59-Jährigen wegen der hohen Doppelbelastung ihre Arbeitszeit. Das ist jede siebte pflegende Person. Neun Prozent gaben ihren Job aufgrund der familiären Pflege zeitweise und fünf Prozent sogar gänzlich auf.

Dabei ist der Unfall- und Gesundheitsschutz für pflegende Berufstätige nicht nur für die Betroffenen selbst ein Thema, sondern auch für ihre Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen, die eine Beeinträchtigung der betrieblichen Abläufe oder eine Mehrbelastung der Kolleginnen und Kollegen vermeiden möchten. Es liegt also auf der Hand: Wenn Menschen gesund und ausgeglichen zur Arbeit kommen, haben alle etwas davon.

Viele Unfallkassen und Gemeinde-Unfallversicherungsverbände bieten das Pflege-Magazin als Druck- oder Online-Version an. Interessierte können es aber auch bequem von der Homepage der DSH herunterladen oder sich in eine Mailing-Liste eintragen. Sie werden dann automatisch informiert, sobald es ein neues Pflege-Magazin gibt.

Filme auf der DSH-Homepage

Apropos Internet: Auf www.das-sichere-haus.de widmet sich die Rubrik „Sicher leben!“ auch dem Themenschwerpunkt „Pflegerische Angehörige“. In kurzen Videos berichten dort Pflegerische aus ihrem persönlichen Alltag, der oft ein Spagat ist zwischen der Betreuungsleistung, den eigenen Bedürfnissen und dem Berufsleben. Zudem äußern sich Fachleute zu Burn-out-Signalen oder Hilfsmitteln. Und wer schnell etwas zu Tabu-Themen wie Gewalt, Ekelgefühlen oder Inkontinenz sucht, findet Rat in den Kompaktinfos der Seite.

Vortrag „Sturzprävention im Alter“

Ein weiteres Schwerpunktthema der DSH ist die Sturzprävention bei Senioren und Seniorinnen. Über 85 Prozent der Stürze mit tödlichem Ausgang betreffen Menschen ab einem Alter von 65 Jahren, wie Zahlen von destatis zeigen. Das Sturzrisiko steigt mit zunehmendem Alter. Wer



Cover des Pflege-Magazins
„Zu Hause pflegen – gesund bleiben!“



Cover der Broschüre
„Sicher leben auch im Alter“

dagegen etwas tun will, findet bei der DSH den kostenlosen Vortrag „Sturzprävention im Alter“. Er ist für interessierte Laien gedacht und so aufgebaut, dass man ihn bereits nach kurzer Vorbereitung eigenständig halten kann, zum Beispiel auf einem Seniorennachmittag. Die Powerpoint-Folien sind konzipiert für einen 20-minütigen Vortrag. Sie behandeln gesundheitliche Aspekte wie das Nachlassen von Muskelkraft und Knochendichte („Osteoporose“) sowie potenzielle Gefahren durch nicht immer aufeinander abgestimmte Medikamente, tückische Stolperfallen oder schlechte Beleuchtung im Haus.

„Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ist ein sehr sensibles Thema.“

Selbst aktiv werden können die Senioren und Seniorinnen schon während des Vortrags, denn er enthält auch eine Reihe von leicht umzusetzenden Übungen zur Stärkung der Oberarm- und Beinmuskulatur sowie des Gleichgewichts. Passend zum Vortrag gibt es ein aus vier Komponenten bestehendes Broschüren-Paket mit wertvollen Tipps zur Sturzprävention, einem Selbsttest zur eigenen Fitness sowie Kraftübungen. ●

- Folgen Sie der DSH auf Twitter www.twitter.com/AktionDSH oder auf Facebook (Aktion Das Sichere Haus).

Die DSH

Die Aktion DAS SICHERE HAUS – Deutsches Kuratorium für Sicherheit in Heim und Freizeit e. V. (DSH) ist ein gemeinnütziger Verein. Ziel der DSH-Arbeit ist es, die Sicherheit und den Unfall- und Gesundheitsschutz in Haushalt, Heim und Freizeit sowie von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu fördern und zu stärken.

In der DSH arbeiten Verbände und Institutionen zusammen, die sich dem Unfallschutz in Heim und Freizeit verpflichtet fühlen: Ministerien, Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft, Berufsgenossenschaften und Hausfrauenverbände. Der DSH-Vorstand besteht aus dem Vorsitzenden, der stellvertretenden Vorsitzenden und fünf weiteren Mitgliedern. Die DSH wurde 1959 in München gegründet, hat seit 2001 ihren Sitz in Hamburg und beschäftigt vier Mitarbeiterinnen.

Allein 2015 hat die DSH rund 230.000 Broschüren verschickt. Für die Medien in Deutschland ist die DSH eine gefragte Ansprechpartnerin. Alle Informationen der DSH sind hersteller- und produktneutral.

Ergebnisse einer repräsentativen Befragung

Situation von pflegenden Angehörigen

Wie ist es um die Gesundheit von Pflegenden bestellt? Unter welchen Belastungen leiden sie? Kennen sie Beratungs- und Entlastungsangebote und nehmen sie diese in Anspruch? Dazu hat die Techniker Krankenkasse (TK) Daten und Zahlen vorgelegt.

Hintergrund

Derzeit sind rund 2,6 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Berechnungen des Statistischen Bundesamtes zufolge könnten diese Zahlen im Jahr 2050 auf bis zu 4,5 Millionen steigen. Mehr als zwei Drittel (70,1 Prozent) von ihnen werden aktuell zuhause betreut, meist durch Familienangehörige oder andere den Pflegebedürftigen nahestehende Personen. Zusammengefasst werden sie oft auch „pflegende Angehörige“ genannt. Personen stellen sowohl politisch als auch aus Sicht der Bevölkerung eine zentrale Säule der Versorgung in der sozialen Pflegeversicherung dar. Vor dem Hintergrund aktueller soziodemografischer Entwicklungen wird jedoch deutlich, dass dieses Modell in Zukunft nicht im bisherigen Umfang tragen wird: Immer mehr Ältere (potenziell Pflegebedürftige) stehen immer weniger Jungen (potenziell Pflegenden) gegenüber. Und auch die Wohnsituation und der familiäre Zusammenhalt ändern sich. Mehrere Generationen unter einem Dach oder im näheren Umfeld werden immer seltener. Dennoch steht immer wieder der (zum Teil auch unausgesprochene) Wunsch im Raum, dass die (von Pflegebedürftigkeit) Betroffenen möglichst lange in den eigenen vier Wänden bleiben wollen, was ohne häusliche Pflege schwer möglich ist.

Der Sachverständigenrat für die ständige Begutachtung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2014 festgestellt, dass es bisher kaum konkrete Daten über Umfang und Art der Pflege durch Angehörige gibt. Aus diesem Grund hat das Wissenschaftliche Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) gemeinsam mit dem Marktforschungsinstitut Forsa repräsentative Interviews mit den Betroffenen durchgeführt. Ausgangspunkt für die Befragung waren die folgenden Fragen: Wie sieht die Situation der Betroffenen aus? Welche Informationen können ihnen helfen? Welche Möglichkeiten der Entlastung sind gefragt?

Methodik

Der Fragebogen, mit dem die pflegenden Angehörigen befragt wurden, ist die Langversion der Häuslichen Pflege-Skala (HPS) von Gräßel und Leutbecher (1993). Die HPS wird unter anderem in der Leitlinie „Pflegende Angehörige“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) empfohlen und enthält 28 Items, die sich auf die Bereiche „Verlust psychischer und physischer Energie“, „Überforderung“, „Verschlechterung der sozioökonomischen Situation“, „Spannungen im Verhältnis zwischen Pflegeperson und gepflegter

Person“ sowie „Identifikationsprobleme mit der Rolle der Pflegeperson“ beziehen. Ergänzt wurden Fragen zur Nutzung von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten sowie zur Informationsbeschaffung.

„Derzeit sind 2,6 Millionen Menschen pflegebedürftig. Bis 2050 könnte sich die Zahl verdoppeln.“

„Pflegende Angehörige“ wurden definiert als alle in Privathaushalten lebenden deutschsprachigen Personen über 18 Jahren, die eine pflegebedürftige Person, die eine Pflegestufe (0 bis 3) hat, in ihrem Familien-, Freundes- oder Bekanntenkreis ganz oder teilweise im Sinne der Laienpflege betreuen und versorgen. Dabei darf es sich nicht allein um hauswirtschaftliche oder organisatorische Tätigkeiten handeln. Der Begriff „Angehörige“ ist in dieser Studie also sehr weit gefasst und beinhaltet neben Verwandten auch Freunde, Freundinnen, Bekannte, Nachbarn und Nachbarinnen sowie andere nahestehende Personen. Ausgeschlossen wurden professionell Pflegenden, also zum Beispiel Beschäftigte ambulanter Pflegedienste und diejenigen Pflegenden, die Angehörige in einer stationären Pflegeeinrichtung betreuen.

Autorin und Autor



Dr. Beate Bestmann

WINEG | Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen
E-Mail: dr.beate.bestmann@wineg.de



Georg von Elst

Referat Pflege,
Techniker Krankenkasse (TK)
E-Mail: georg.van.elst@tk.de

Befragte		
Alter	18 bis 49	29,6%
	50 bis 65	51,8%
	66 +	18,5%
Geschlecht	Männlich	20,8%
	Weiblich	79,2%
Erwerbstätigkeit	Vollzeit	21,3%
	Teilzeit/geringfügig	33,8%
	nicht erwerbstätig	44,9%
Dauer der Pflege	Unter 1 Jahr	6,9%
	1 bis 2 Jahre	22,7%
	Über 2 bis 5 Jahre	46,1%
	Über 5 bis 10 Jahre	16,2%
	Über 10 Jahre	8,1%
Pfleagesituation	Bin langsam reingewachsen	62,8%
	Kam plötzlich	37,2%

Quelle: WINEG

Tabelle 1: Soziodemografie (N = 1.007)

Die Befragung wurde in Form computer-unterstützter Face-to-Face-Interviews (CAPI) in den Haushalten der Befragten durchgeführt. Aufgrund von Rundungen der Ergebniswerte ergaben sich zum Teil Abweichungen, die zu einer Summe von über oder unter 100 Prozent führten.

Ergebnisse

Insgesamt wurden im Rahmen der Studie 1.007 Personen befragt, von denen 79 Prozent weiblich waren (Tabelle 1). Im Hinblick auf die Altersverteilung stellen die größte Gruppe die 50- bis 65-Jährigen mit 52 Prozent; 30 Prozent sind 18 bis 49 Jahre alt und 18 Prozent älter als 65. Oftmals pflegen enge Verwandte, vor allem Kinder. Dies ist bei der Hälfte der Befragten der Fall (50 Prozent, das heißt 502 Personen). Außerdem ist die zu pflegende Person bei 18 Prozent der Lebenspartner oder die Lebenspartnerin und bei 11 Prozent ein Elternteil der Partnerin oder des Partners. Etwa ein Viertel der Befragten ist allein für die Pflege verantwortlich, etwas mehr als die Hälfte (54 Prozent) teilt sich die Pflegeaufgaben mit anderen Familienangehörigen, Personen aus dem Freundeskreis oder der Nachbarschaft. 41 Prozent der Befragten erhalten professionelle Unterstützung durch Pflegepersonen, die ins Haus kommen. Ebenfalls 41 Prozent gaben an, dass sie mit der zu pflegenden Person im gleichen Haushalt leben. Fast

sieben von zehn Befragten kümmern sich täglich um die pflegebedürftigen Angehörigen, der zeitliche Aufwand dieser Pflege steigt mit der Pflegestufe linear an. Während 63 Prozent langsam in die Pflegesituation hineingewachsen sind, wurden 37 Prozent plötzlich mit der Notwendigkeit der Pflege ihrer oder ihres Angehörigen konfrontiert. 44 Prozent der Befragten betreuen Angehörige der Pflegestufe 1, bei 33 Prozent sind es Angehörige mit Pflegestufe 2 und 14 Prozent kümmern sich um Angehörige mit Pflegestufe 3. Pflegestufe 0 kommt mit 9 Prozent am seltensten vor.

„Ein Viertel der Befragten ist allein für die Pflege verantwortlich, etwa die Hälfte teilt sich die Aufgabe mit einem Familienmitglied.“

Etwas weniger als die Hälfte der Befragten (46 Prozent) ist voll- oder teilzeitbeschäftigt. Unter den erwerbstätigen Pflegenden hat fast jede dritte Person (30 Prozent) ihre Arbeitszeit aufgrund der Pflegesituation reduziert. Angehörige, die ganz plötzlich mit einer Pflegeaufgabe konfrontiert wurden, drosseln die Arbeitszeit häufiger als Angehörige, die langsam in die neue Situation hineingewachsen konnten (38 Prozent versus 26 Prozent). Ebenso zeigt sich: Je höher die

Pfleigestufe, desto häufiger reduzieren Pflegende ihre Arbeitszeit. Insgesamt gibt jede dritte Person (34 Prozent) der berufstätigen Angehörigen an, dass es ihr schwerfällt, Pflegetätigkeit und Beruf unter einen Hut zu bringen.

Bei den ausschlaggebenden Gründen für die Übernahme der Pflege wird am häufigsten Pflichtgefühl beziehungsweise familiärer Zusammenhalt genannt. Die Häufigkeiten der Nennungen variieren aber mit dem Alter der Befragten. Während die älteren Befragten (mehr als 65 Jahre) häufiger Pflichtgefühl angeben, sind es bei den Jüngeren vor allem pragmatische Gründe (etwa „Niemand sonst hat Zeit“, „Wohne in der Nähe“).

In der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Befragten, die allein pflegen, und solchen, die sich die Aufgabe mit anderen teilen. Allein Pflegende schätzen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter ein. Bei den Interviewten, die sich die Aufgaben mit anderen teilen, bewerten 48 Prozent ihren Gesundheitszustand mit „sehr gut“ oder „gut“, bei den allein Pflegenden sind es nur 36 Prozent. Im Vergleich zu einer repräsentativen Meinungsumfrage (TK Meinungspuls 2013) bewerteten die Pflegenden (beider Gruppen) ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter.

30 Prozent der Befragten geben an, dass beim Pflegebedürftigen eine Demenzerkrankung vorliegt. Als Pflegenden sind sie besonders stark belastet. Sie geben signifikant häufiger an, dass die Pflege sie viel ihrer eigenen Kraft kostet (71 Prozent der Pflegenden von Demenzerkrankten versus 58 Prozent der Pflegenden von Personen mit anderen Grunderkrankungen). Es strengt sie an, ständig in Bereitschaft zu sein (63 Prozent versus 51 Prozent), die Pflege greift ihre eigene Gesundheit an (37 versus 27 Prozent) und sie fühlen sich körperlich erschöpft (58 versus 46 Prozent).

Betrachtet man den HPS Summenscore, so zeigt sich, dass die Belastung zunimmt, je höher die Pflegestufe ist. Der Summenwert der HPS lässt sich bezüglich der Schwere der Belastung in drei Gruppen einteilen. Etwas mehr als zwei Drittel (69 Prozent) der Befragten zeichnen sich durch keine bis eine geringe Belastung ▶

Entlastungsangebote			
	Anteil der Befragten, die diese Angebote kennen	Anteil der Befragten, die diese Angebote nicht nutzen	Anteil der Befragten, die diese Angebote nutzen
Ambulanter Pflegedienst, der regelmäßig ins Haus kommt	100 %	42 %	58 %
Tagespflege-Einrichtungen (für einige Stunden am Tag)	92 %	72 %	20 %
Kurzzeitpflege-Einrichtungen (kurzzeitiger vollstationärer Aufenthalt, ist für bis zu 28 Tage im Jahr möglich)	91 %	65 %	25 %
Nachtpflege-Einrichtungen (nur über Nacht, damit die Pflegekraft zur Ruhe kommt)	74 %	66 %	7 %
Ersatzpflege, die ins Haus kommt, wenn die Pflegeperson verhindert ist (zum Beispiel durch Krankheit)	87 %	56 %	30 %
Zusätzliche Betreuungsleistung wie zusätzliche stundenweise Unterstützung, zum Beispiel durch einen ambulanten Pflegedienst bei erhöhtem Betreuungsbedarf – vor allem bei Pflegebedürftigen mit Demenz	82 %	61 %	20 %
Individuelle Pflegeschulung zuhause	50 %	32 %	17 %
Pflegekurse in der Gruppe	58 %	43 %	14 %
Pflegeberatung durch eine Pflegekasse	73 %	33 %	40 %
Pflegestützpunkte (nicht in allen Bundesländern vorhanden)	55 %	39 %	14 %
Beratung bei Entlassung des zu Pflegenden aus dem Krankenhaus	75 %	30 %	43 %
Selbsthilfegruppen/Gesprächskreis	69 %	52 %	16 %

Quelle: WINEG

Tabelle 2: Welches der Entlastungsangebote kennen oder nutzen Sie? (N = 1.007)

aus, 16 Prozent sind mittelgradig beziehungsweise moderat belastet und 15 Prozent berichten über eine starke bis sehr starke Belastung. Mit der Stärke der Belastung steigt auch das Risiko, durch die Pflege psychosomatische Symptome zu entwickeln. So besteht für die Befragten mit moderater bis sehr hoher Belastung – also fast jede dritte Person – ein erhöhtes oder sehr hohes Risiko, derartige Beschwerden zu entwickeln.

Neben der großen Menge an Belastungsmomenten ziehen viele Angehörige auch Kraft aus ihrer Situation. 81 Prozent der

Befragten geben an, dass sie viel Kraft aus dem Wissen schöpfen, dass die oder der Pflegebedürftige weiter zuhause wohnen kann. Zusätzlich haben fast alle (91 Prozent) das Gefühl, die Pflege im Griff zu haben. Die große Zustimmung findet sich bei beiden Aspekten über alle Pflegestufen und Altersgruppen hinweg. 69 Prozent der Befragten geben an, dass sie neben der Pflege ihre sonstigen Aufgaben des täglichen Lebens ihrer Vorstellung entsprechend erledigen können. Beinahe die Hälfte (49 Prozent) empfindet die Pflege Tätigkeit nicht nur als belastend, sondern auch als Bereicherung des

eigenen Lebens. Bei 64 Prozent hat die Pflege sogar das Verhältnis zum Gepflegten verbessert.

„Knapp die Hälfte der Befragten empfindet die Pflege Tätigkeit nicht nur als belastend, sondern auch als Bereicherung.“

Überraschend viele Entlastungs- und Beratungsangebote werden nicht genutzt oder sind gar nicht bekannt (Tabelle 2). Am stärksten nutzen die pflegenden An-



Foto: Andrey Burmaki/fotolia.com

Viele pflegende Angehörige ziehen Kraft aus dem Wissen, dass die oder der Pflegebedürftige weiter zuhause wohnen kann.

gehörigen noch den ambulanten Pflegedienst (58 Prozent der Befragten geben dies an). Angebote wie Tages- oder Kurzzeitpflege kennen zwar 90 Prozent der Pflegenden, aber nur maximal ein Viertel nutzt sie auch ab und zu oder regelmäßig. Bei der Nachtpflege ist es noch gravierender: Das Angebot ist bei rund drei Viertel bekannt, aber nur sieben Prozent der Befragten nutzen es mindestens ab und zu. Mit Beratungsangeboten sind sie insgesamt weniger vertraut. Nur etwa die Hälfte kennt die Möglichkeit, sich individuell in der Pflege zuhause schulen zu lassen (50 Prozent) oder an Pflegekursen in der

Gruppe teilzunehmen (58 Prozent). Wenn nach den Gründen für die Nichtnutzung der Angebote gefragt wird, antwortet über die Hälfte, dass sie keinen Bedarf sehen. Als weitere Gründe werden genannt, dass sich die pflegebedürftige Person weigert, das Angebot anzunehmen, oder es bisher noch nicht bekannt war.

Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeichnen ein differenziertes Bild: Einerseits wird die Pflege einer oder eines Angehörigen oder nahestehenden Menschen als häufig kräftezehrend und

„Einerseits wird die Pflege eines nahestehenden Menschen als häufig kräftezehrend und belastend beschrieben. Andererseits besteht in vielen Fällen aber auch eine enge emotionale und soziale Bindung zwischen Pflegenden und Gepflegten.“

belastend beschrieben. Andererseits besteht in vielen Fällen aber auch eine enge emotionale und soziale Bindung zwischen denen, die gepflegt werden, und denjenigen, die pflegen. Die Triebfeder ist häufig der familiäre Zusammenhalt, und fast alle Befragten schöpfen auch etwas Positives aus ihrer Pflegetätigkeit. Dennoch ist es erstaunlich, wie viele Unterstützungsangebote nicht genutzt werden oder gar nicht bekannt sind.

Die Ergebnisse der Studie liefern eine Reihe von Ansatzpunkten, wie Versorgungsangebote mit den kommenden gesellschaftlichen und demografischen Herausforderungen in Einklang zu bringen sind. Klar ist: Wir müssen in Zukunft neue Wege in der Pflege beschreiten. Es wird im Wesentlichen darum gehen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern und den Betroffenen möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. ●

Psychologische Forschung

Verhalten ändern – aber wie?

Viele Menschen wissen inzwischen, dass Faktoren wie ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung, Übergewicht oder Rauchen sich langfristig gesehen ungünstig auf unsere Gesundheit auswirken. Dennoch greifen wir immer wieder gerne zu Chips, Schokolade & Co. und bleiben oft lieber auf der Couch als in Bewegung. Warum fällt es Menschen so schwer, ihr Verhalten zu ändern, und was hilft bei einer Veränderung?

Welche Faktoren unser Verhalten beeinflussen und was bei Verhaltensänderungen zu beachten ist, wird unter anderem intensiv in der psychologischen Forschung untersucht. Im Folgenden werden einige Befunde vorgestellt, die bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen beachtet werden sollten. Sie können die Erkenntnisse zum Thema „Verhaltensänderung“ nicht vollständig abbilden, sondern sollen ein erstes Grundverständnis ermöglichen.

Konsequenzen des Verhaltens

Unser zukünftiges Verhalten wird stark durch die Konsequenzen unseres bisherigen Verhaltens bestimmt (siehe Abbildung 1). Unser Verhalten wird häufiger, wenn darauf eine für uns positive Konsequenz folgt. Wenn wir uns zum Beispiel für eine Arbeit engagiert haben und dafür Anerkennung erhalten, werden wir uns beim nächsten Mal wahrscheinlich auch wieder engagieren. Umgekehrt wird das Verhalten seltener, wenn die (erwartete) positive Reaktion ausbleibt – unser Engagement sinkt bei mangelnder Anerkennung. Dies zeigen die beiden linken Felder in der Abbildung. Rechts ist der Fall für negative Konsequenzen dargestellt: Wenn ein Verhalten negative Konsequenzen nach sich zieht, wird es seltener. Wenn wir beispielsweise zu

schnell mit dem Auto fahren und geblitzt werden, werden wir – zumindest für eine gewisse Zeit – langsamer fahren. Umgekehrt steigt die Wahrscheinlichkeit, schnell zu fahren, wenn keine (eigentlich zu erwartende) negative Konsequenz folgt – wir also nicht geblitzt werden.

„Bei sicherheitsgerechtem Verhalten folgen eher selten angenehme Konsequenzen, die unser Verhalten verstärken würden.“

Welche Situation liegt nun häufig bei dem Thema Sicherheit und Gesundheit vor? Fragt man Präventionsfachleute, ergibt sich folgendes Bild: Bei sicherheitsgerechtem Verhalten folgen eher selten angenehme Konsequenzen, die unser Verhalten verstärken würden. Es lobt uns niemand, wir bekommen auch nicht mehr Geld oder Ähnliches. Bei sicherheitswidrigem Verhalten erleben wir hingegen oft, dass eine angedrohte Sanktion gar nicht erfolgt – zum Beispiel einen Unfall zu erleiden oder eine Strafe zahlen zu müssen. Wie häufig dies der Fall ist, lässt sich an einem Rechenbeispiel veranschaulichen: Stellen wir uns eine Person vor, die seit 20 Jahren täglich bei der Fahrt zur und

von der Arbeit die Geschwindigkeitsbegrenzung überschreitet. Bei 220 Arbeitstagen pro Jahr hätte die Person also 8.800 Mal geblitzt werden können (220 Arbeitstage x 20 Jahre x Hin- und Rückfahrt). Tatsächlich ist ihr das in der ganzen Zeit aber nur einmal bei ihren Arbeitsfahrten passiert. 7.999 Mal hat die Person erlebt, dass nichts Unangenehmes passiert ist, obwohl sie eigentlich damit hätte rechnen müssen. Schätzungen zeigen, dass aus rund 250.000 sicherheitswidrigen Handlungen lediglich ein einziger Unfall resultiert (Trimpop, 1996).

Natürlich haben die meisten Verhaltensweisen nicht nur eine kurzfristige Konsequenz. Das sicherheitsgerechte Verhalten führt also gegebenenfalls nicht zu einem Lob, aber langfristig dazu, dass wir gesund bleiben. Hierbei ist allerdings zu bedenken, dass kurzfristige Folgen unser Verhalten stärker beeinflussen als langfristige. Kurzfristige Konsequenzen steuern das Verhalten direkt und langfristige erfordern Selbstkontrolle (Angenendt, 2006).

Viele erlernte Verhaltensweisen laufen übrigens nach einer gewissen Zeit automatisiert ab. Wir überlegen dann also gar nicht erst, ob das Stück Schokolade gesund ist, sondern essen es einfach. Ebenso überlegen wir gar nicht erst, dass wir anstelle eines Stuhls lieber eine Leiter verwenden sollten – wir steigen einfach auf einen Stuhl, um an das Buch oben im Regal zu kommen.

Will man Verhalten verändern, muss man analysieren, welche Konsequenzen darauf folgen. Um erwünschtes Verhalten wahrscheinlicher zu machen, sollten darauf positive Konsequenzen folgen, und um unerwünschtes Verhalten unwahrschein-

Autorin



Dr. Hiltraut Paridon

Qualifizierungsangebote zu Verhaltenswissenschaften,
Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: hiltraut.paridon@dguv.de

	Etwas Angenehmes	Etwas Unangenehmes
Tritt ein	Verhaltenswahrscheinlichkeit steigt (Positive Verstärkung)	Verhaltenswahrscheinlichkeit sinkt (Strafe)
Tritt nicht ein	Verhaltenswahrscheinlichkeit sinkt (Löschung)	Verhaltenswahrscheinlichkeit steigt (Negative Verstärkung)

Quelle: DGUV

Abbildung 1: Verhaltenskonsequenzen und deren Wirkung auf die Verhaltenswahrscheinlichkeit. Kurzfristige Konsequenzen wirken dabei stärker als langfristige.

licher zu machen, sollten darauf keine positiven Konsequenzen folgen und gegebenenfalls negative – vor allem, wenn sie vorher angekündigt wurden, denn sonst wird man unglaublich. Das hier beschriebene Lernprinzip ist als „Operante Konditionierung“ bekannt (Skinner, 1938, 1999). Auf diesen Erkenntnissen basiert auch das System der „Verhaltensbasierten Sicherheitsarbeit“ (Behavior-Based Safety, BBS). Um Einstellungen zu verändern, verändern BBS-Programme also zuerst das Verhalten (vergleiche zum Beispiel McSween, 2003).

Bereitschaft zur Veränderung

Modelle des Gesundheitsverhaltens beschäftigen sich unter anderem mit der Frage, wie Menschen dazu gebracht werden können, sich gesundheitsgerecht(er) zu verhalten. Hierbei unterscheidet man grundsätzlich zwischen kontinuierlichen und dynamischen Modellen. Kontinuierliche Modelle gehen davon aus, dass bestimmte kognitive und affektive Variablen das Gesundheitsverhalten erklären und vorhersagen können. Hierzu gehören etwa Einstellungen, Selbstwirksamkeitserwartungen und das Gefahrenbewusstsein. Von der Ausprägung dieser Variablen hängt es ab, inwieweit Personen in der Lage und bereit sind, ihr Verhalten zu ändern. Dynamische Stadienmodelle be-

schreiben unterschiedliche Phasen, die Personen während des Prozesses einer Verhaltensänderung durchlaufen.

Ein bekanntes kontinuierliches Modell ist die sozial-kognitive Theorie. In dieser Theorie spielt die sogenannte Selbstwirksamkeitserwartung eine ganz wichtige Rolle für das Gesundheitsverhalten. Hierbei handelt es sich um die eigenen Überzeugungen, bestimmte Verhaltensweisen aufgrund der eigenen Kompetenzen ausführen zu können (Bandura, 1986). Nach diesem Modell ist es sehr wichtig, die Selbstwirksamkeitserwartung zu erhöhen. Nur wenn ein Mensch selbst davon überzeugt ist, ohne Zigaretten oder ungesundes Essen leben zu können, kann es zu einer entsprechenden Verhaltensänderung kommen. Diese Erwartung ist eine Voraussetzung für die Verhaltensänderung. Um Selbstwirksamkeit zu entwickeln, ist es wichtig zu erleben, dass man eine entsprechende Situation meistert. Auch das Nachahmen von Verhaltensmodellen ist gut geeignet.

Ein bekanntes dynamisches Stadienmodell ist das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (Transtheoretical Model, TTM, Prochaska & DiClemente, 1983). In diesem Modell werden fünf Stufen beschrieben, wobei auf jeder Stufe spezifische Interventionen wirksam sind (Abbildung 2).

1. Stadium der Absichtslosigkeit: Personen haben nicht die Absicht, ihr Verhalten zu ändern. Auf dieser Stufe sollte man den Personen deutlich machen, welche Risiken ihr bisheriges Verhalten birgt und welche Vorteile ein verändertes Verhalten bietet.
2. Stadium der Absichtsbildung: Personen erwägen, ihr Verhalten zu ändern. In dieser Phase sollte man Barrieren und mögliche falsche Vorstellungen identifizieren sowie unterstützende Angebote machen. Die möglichen Bedenken der Person sollte man ansprechen.
3. Vorbereitungsstadium: Personen planen und beginnen bereits erste Schritte, die ihr Verhalten ändern. Auf dieser Stufe sollte man realistische Ziele und Zeitpläne für Änderungen entwickeln. Außerdem gilt es, die Personen positiv zu verstärken.
4. Handlungsstadium: Personen ändern ihr Verhalten. In dieser Phase sollte man das neue Verhalten positiv verstärken.
5. Stadium der Aufrechterhaltung: Personen wollen langfristig ihr neues Verhalten beibehalten. In dieser Phase sollten sie ermutigt und unterstützt werden, ihr Verhalten aufrechtzuerhalten.

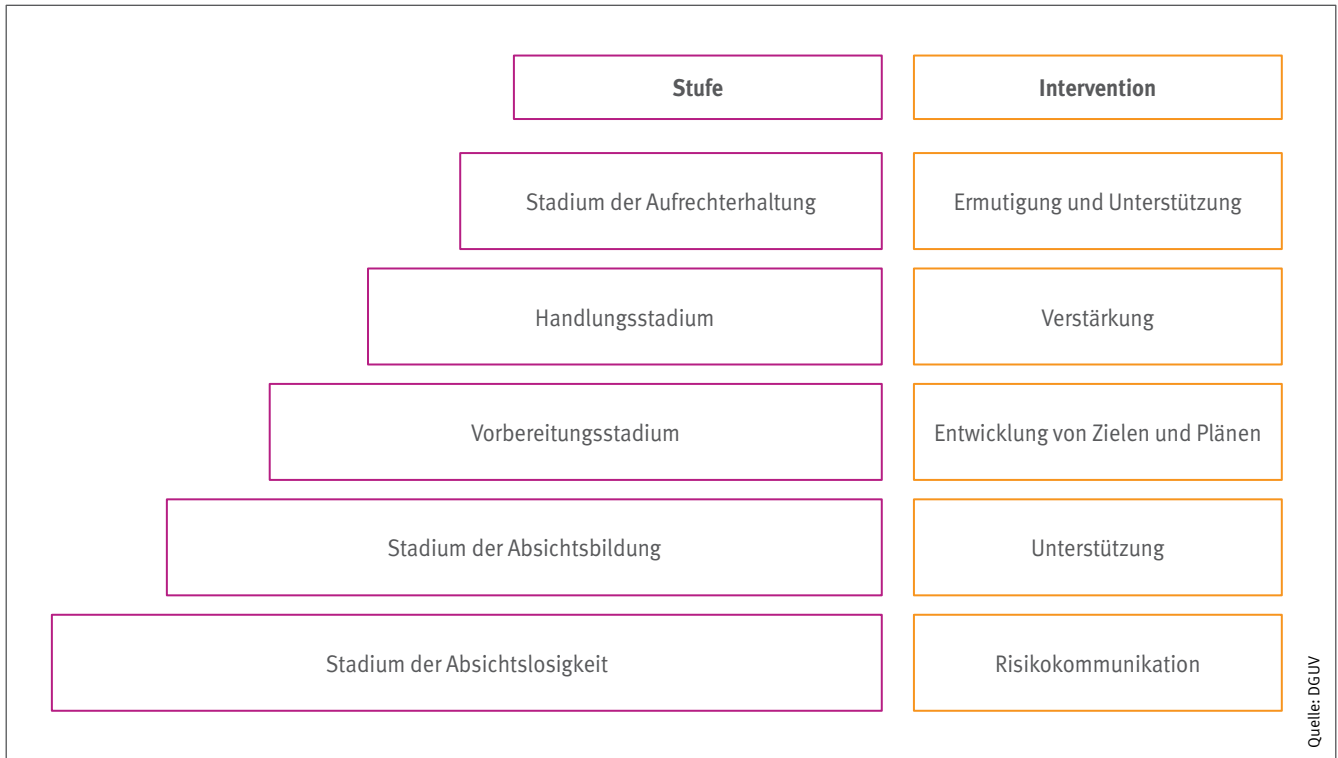


Abbildung 2: Die fünf Stufen des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung sowie die dazugehörigen spezifischen Interventionen (nach Prochaska & DiClemente, 1983)

Ein weiteres Stadienmodell, das aber auch kontinuierliche Modellkomponenten enthält, ist das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (Health Action Process Approach, HAPA, Schwarzer, 1992). Nach diesem Modell muss eine Person zunächst die Absicht bilden, ihr Verhalten zu ändern. Ob sie eine solche Absicht bildet, ist unter anderem abhängig von den eigenen Selbstwirksamkeitserwartungen und der eigenen Risikowahrnehmung.

Hat die Person die Absicht gebildet, ihr Verhalten zu ändern, gibt es drei Stadien, die durchlaufen werden (müssen): In der präaktionalen Phase wird die Verhaltensänderung geplant, in der aktionalen Phase wird sie durchgeführt und zunächst aufrechterhalten und in der postaktionalen Phase muss das Verhalten langfristig gefestigt werden, auch wenn Hindernisse auftreten. Bei allen Phasen spielen Selbstwirksamkeitserwartungen eine wichtige Rolle.

Bei Änderungen des Gesundheitsverhaltens sollte also darauf geachtet werden, auf welcher Stufe der Veränderung sich die jeweiligen Personen befinden, um die Maßnahmen entsprechend daran an-

zupassen. Auch sollte darauf geachtet werden, wie stark die Selbstwirksamkeit ausgeprägt ist, um sie gegebenenfalls mithilfe von Erfolgserlebnissen zu erhöhen. Von Maßnahmen nach dem Gießkannen-Prinzip ist also eher abzuraten, da sich Personen möglicherweise gar nicht angesprochen fühlen beziehungsweise die Maßnahmen nicht zu ihrem aktuellen Status passen.

Cafeteria-Systeme

„Jede Jeck ist anders“ heißt ein rheinisches Grundgesetz. So sind auch nicht alle Maßnahmen gleichermaßen für alle Personen geeignet. Diesem Gedanken trägt der sogenannte Cafeteria-Ansatz Rechnung. Grundidee ist, unterschiedliche Maßnahmen zur individuellen Nutzung vorzuschlagen, sodass sich Personen nach ihren Präferenzen und Möglichkeiten geeignete Maßnahmen auswählen können (vergleiche Latniak, Gerlmaier & Hinrichs, 2016).

Weitere Befunde

Neben diesen grundsätzlichen Erkenntnissen gibt es eine Reihe von interessanten Einzelbefunden, von denen drei exemplarisch dargestellt werden:

1. Es gibt Hinweise darauf, dass der Wille, das eigene Verhalten zu ändern, montags stärker ausgeprägt ist als gegen Ende der Woche und vormittags stärker als nachmittags. So hat eine Untersuchung von Suchanfragen im Internet ergeben, dass montags und dienstags deutlich mehr Suchanfragen zu gesundheitsbezogenen Themen erfolgen als in der Mitte oder am Ende der Woche (Ayers et al., 2014). Und eine andere Untersuchung hat gezeigt, dass Menschen sich morgens moralischer verhalten als nachmittags (zum Beispiel weniger lügen). Dieser Effekt wird mit einer schwindenden Selbstkontrolle im Laufe des Tages erklärt (Kouchaki & Smith, 2014). Verhaltensveränderungen sollten also eher am Anfang der Woche als am Ende und eher vormittags als nachmittags thematisiert werden. Zu diesen Zeiten sind unser Wille und unsere Selbstkontrolle höher als zu späteren Zeitpunkten im Verlauf der Woche oder des Tages.
2. Dass andere Faktoren wie beispielsweise Zeitdruck ebenfalls unser Verhalten beeinflussen, haben Magurno und Wol-

gater bereits 1994 gezeigt. In ihrer Untersuchung sollten die Versuchspersonen mit chemischen Substanzen arbeiten, wobei sie eine Maske und Handschuhe tragen sollten. Wenn die Personen unter Zeitdruck arbeiten mussten und der Versuchsleiter neben ihnen stand und offensichtlich ihre Leistung beurteilte, sank die Tragerate der Schutzausrüstung. Um Verhalten in eine erwünschte Richtung zu verändern, sind also nicht nur die Person selbst und ihr Verhalten, sondern auch die Arbeitsbedingungen wie zum Beispiel psychische Belastungen zu berücksichtigen.

3. Chaotisches Umfeld: Eine leicht amüsante, aber dennoch seriöse Untersuchung haben Vartanian et al. (2016) durchgeführt, die veranschaulicht, wie wichtig auch Umgebungsfaktoren für unser Verhalten sind. Die Forscher stellten jeweils in einer unordentlichen und einer aufgeräumten Küche frei zugänglich Kekse und Möhren zur Verfügung. Versuchspersonen, die nichts vom eigentlichen Ziel der Untersuchung wussten, wurden gebeten, in einer der Küchen zu warten, wobei sie sich etwas von den angebotenen Snacks nehmen durften. In der unordentlichen Küche aßen die Versuchspersonen deutlich mehr Kekse als in der ordentlichen Küche. Die Menge der verzehrten Möhren unterschied sich jedoch nicht. Die Forscher erklären das Ergebnis damit, dass das Chaos in der Küche eine enthemmende Wirkung auf die Versuchspersonen hatte und so deren Selbstkontrolle sank. Dieses Ergebnis zeigt, dass bei Verhaltensänderungen auch das Umfeld eine wichtige Rolle spielt und entsprechend beachtet werden sollte.

Fazit

Zum Thema Verhaltensänderung gibt es viele theoretische Überlegungen und Modelle sowie empirische Befunde. Einige von ihnen wurden in diesem Artikel dargestellt. Auch wenn bereits viel Wissen vorhanden ist, bleibt die erfolgreiche Umsetzung schwierig. Langjährig eingeschliffenes Verhalten zu ändern, ist anstrengende (aber dennoch lohnenswerte) Arbeit. Frühzeitige Präventionsarbeit hilft dabei, sicheres und gesundes Verhalten von Anfang an zu erlernen. ●



Verhalten wird durch Konsequenzen bestimmt. Auf gesundheitsbewusstes Verhalten folgen eher selten unmittelbare positive Konsequenzen – entsprechend schwer fällt es uns, ungesundes Verhalten abzustellen.

Literatur

- Angenendt, J.: Verhaltenstherapie: Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete, Stuttgart 2006
- Ayers, J. W.; Althouse, B. M.; Johnson, M. J. et al.: What's the Healthiest Day? Circaseptan (weekly) Rhythms in Healthy Considerations. In: American Journal of Preventive Medicine, 47/2014: www.ajpmonline.org/article/S0749-3797%2814%2900099-3/abstract (abgerufen am 30.5.2016)
- Bandura, A.: Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory, Englewood Cliffs, NJ 1986
- Latniak, E.; Gerlmaier, A.; Hinrichs, S.: Arbeitslebensphasensensibles Erholungsmanagement. In: Gerlmaier, Anja et al. (Hrsg.): Praxishandbuch lebensphasenorientiertes Personalmanagement, Wiesbaden, in Druck
- Kouchaki, M.; Smith, I. H.: The Morning Morality Effect: The Influence of Time of Day on Unethical Behavior. In: Psychological Science, 25/2014
- Magurno, A. B.; Wolgater, M. S.: Behavioral Compliance With Warnings: Effects of Stress And Placement. In: Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society, 38th Annual Meeting 1994
- McSween, T.: The Values-Based Safety Process, Hoboken 2003
- Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C.: Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(3)/1983: https://www.researchgate.net/publication/16334721_Stages_and_Processes_of_Self-Change_of_Smoking_-_Toward_An_Integrative_Model_of_Change (abgerufen am 30.5.2016)
- Schwarzer, R. (1992): Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Self-Efficacy: Thought Control of Action, Washington, DC 1992, S. 217–42
- Skinner, B. F.: The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis, Oxford 1938, 1999
- Trimpop, R.: Motivation. In: Wenninger, G. & Graf Hoyos, C. (Hrsg.): Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz. Handwörterbuch verhaltenswissenschaftlicher Grundbegriffe, Heidelberg 1996, S. 449–458
- Vartanian, L. R.; Kernan, K. M.; Wansink, B.: Clutter, Chaos, and Overconsumption: The Role of Mind-Set in Stressful and Chaotic Food Environments. In: Environment and Behavior 2016: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2711870 (abgerufen am 30.5.2016)

Ein Beitrag zur Inklusion

Arbeitssituationsanalyse in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen

Im Jahr 2014 fand erstmalig in Deutschland die Arbeitssituationsanalyse in Leichter Sprache (Asita in Leichter Sprache) in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) statt. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat sie entwickelt und leistet damit einen Beitrag zu einer inklusiven Gesellschaft. Das Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG) hat das Projekt evaluiert. Die zentralen Ergebnisse der Evaluation werden im Folgenden vorgestellt.

Die Arbeitssituationsanalyse in Leichter Sprache

Zu den fünf Handlungsfeldern einer inklusiven Gesellschaft zählt unter anderem die Partizipation an Entscheidungen, die zentrale Aspekte des Lebens von Menschen mit Behinderungen betreffen.¹

Die Arbeitssituationsanalyse ist ein Verfahren, mit dessen Hilfe Menschen mit Behinderungen die Schwachstellen, Belastungen und Ressourcen in ihrer Arbeit analysieren.² Die Asita in Leichter Sprache unterstützt dabei insbesondere Beschäftigte mit geistigen Einschränkungen. Das heißt, die Analyse der Arbeitssituation wird verändert und an die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Zielgruppe angepasst, um Menschen mit geistigen Behinderungen als „Fachleuten in eigener Sache“ zu ermöglichen, ihre Arbeitsbedingungen zu reflektieren und Veränderungswünsche zu äußern. Im Sinne des Inklusionsgedankens sollen grundsätzlich alle Beschäftigten in den WfbM mit der Asita erreicht werden können. Das Verfahren setzt allerdings bestimmte kognitive und sprachliche Fähigkeiten der Teilnehmenden voraus.

Ziele und Nutzen der BGW Asita:

- Menschen mit Behinderungen werden für Themen des Arbeitsschutzes sensibilisiert.
- Konkrete Belastungen in einem Arbeitsbereich werden erkannt, Schwachstellen der Arbeitssituation werden identifiziert.
- Motivationsfördernde Aspekte und Ressourcen in der Arbeitssituation werden entdeckt und weiterentwickelt.
- Es werden Lösungsideen generiert, aus denen gemeinsam mit den Beschäftigten Maßnahmen für die Arbeit abgeleitet werden können.
- Die Arbeit und Kompetenz der Beschäftigten wird wertgeschätzt.

Die Asita in Leichter Sprache wird in den Betrieben in zwei Workshops (maximal 14 Teilnehmende) von einem Moderator oder einer Moderatorin durchgeführt. Der erste Workshop dauert etwa drei Stunden. Hier bewerten die Teilnehmenden ihre Arbeitssituation in den Themenfeldern Arbeitsumgebung (zum Beispiel Lärm), Arbeitsorganisa-

tion (etwa Aufgabenverteilung), Arbeitstätigkeit (beispielsweise Abwechslung), Zusammenarbeit im Team (unter anderem gegenseitige Hilfe) und das Verhalten von Vorgesetzten (zum Beispiel Gerechtigkeit). Mithilfe von praktischen Beispielen aus der Arbeitswelt und themenbezogenen Illustrationen (siehe Abbildung 1) werden die Teilnehmenden in das jeweilige Themengebiet eingeführt.

Für die Bewertung des jeweiligen Themas erhalten die Teilnehmenden jeweils drei Karten. Eine grüne Karte (= ich bin zufrieden), eine rote Karte (= ich bin unzufrieden) und eine gelbe Karte (= neutral). Die Karten sind zusätzlich mit einem entsprechenden Smiley versehen (siehe Abbildung 2). Die Smileys sollen die Karten verständlicher machen.

Mit einer „Halt! Leichte Sprache“-Karte können die Teilnehmenden zudem den Moderator oder die Moderatorin bitten, die verwendete Sprache zu vereinfachen und sie an ihren individuellen Bedarf anzupassen.

Autorin und Autor



Foto: Privat

Dr. Nicola Schmidt

Evaluation und BGM,
Institut für Arbeit und Gesundheit
der DGUV (IAG)
E-Mail: nicola.schmidt@dguv.de



Foto: BGW

Matthias Wilhelm

Beratungsprodukte,
Berufsgenossenschaft für Gesundheits-
dienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
E-Mail: matthias.wilhelm@bgw-online.de

Im Anschluss an die Bewertungen reflektieren und diskutieren die Beschäftigten gemeinsam in der Gruppe über ihre Bewertungen. Das Ergebnis der Ist-Analyse wird schließlich anonymisiert in einem Protokoll festgehalten (siehe als Beispiel Abbildung 4).

Im zweiten Workshop, der rund eine bis zwei Wochen später stattfindet, diskutiert eine Auswahl der teilnehmenden Beschäftigten gemeinsam mit den Fachkräften, Abteilungsleitungen und Mitgliedern des Werkstattrates die Ergebnisse, erarbeitet Lösungen und verbindliche Maßnahmen mit dafür Verantwortlichen.

„Die Arbeitssituationsanalyse ist ein Verfahren, mit dessen Hilfe Menschen mit Behinderungen die Schwachstellen, Belastungen und Ressourcen in ihrer Arbeit analysieren.“

Methodik der Evaluation

Das Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) hat die Asita in Leichter Sprache im Auftrag der BGW evaluiert. Die Evaluation sollte unter anderem überprüfen, ob das Verfahren den Beschäftigten ermöglicht, ihre Arbeitsbelastungen und Schwachstellen in der Arbeit konkret zu benennen, inwieweit die Befragten mit den Materialien und eingesetzten Methoden zurechtkommen und die erarbeiteten Lösungen helfen, ihre Arbeitssituation tatsächlich zu verbessern.

Die Beschäftigten wurden unmittelbar nach dem ersten Workshop zu ihren Erfahrungen mit der Methode befragt. Außerdem wurden teilstandardisierte Telefoninterviews mit fünf Fachkräften, vier teilstandardisierte Interviews mit den Leitern der jeweiligen Werkstätten und mit den beiden Moderatoren der Workshops geführt. Auch wurden zwei teilnehmende Beobachtungen durchgeführt.

Ergebnisse

Die Beschäftigten bewerteten die Arbeitssituationsanalyse in Leichter Sprache insgesamt positiv und so auch ihre Verständlichkeit, die eingesetzten Bilder und die Smiley-Methode. Die Mehrzahl

der interviewten Fachkräfte beurteilte das Verfahren ebenfalls als gut verständlich für Beschäftigte mit Behinderungen. Lediglich in einer Werkstatt waren die dort tätigen Fachkräfte der Auffassung, dass ein Teil der Beschäftigten die Fragen, Begriffe und Zusammenhänge nicht hinreichend verstanden habe.

Insgesamt haben die Beschäftigten die Probleme und Belastungen in ihrer Arbeit konkret benannt (zum Beispiel Zugluft, Lärm, Staubbelastung, veraltete Stühle, eintönige Arbeit, ungerechte Verteilung der Arbeit, grober Umgangston, mangelnde Anerkennung durch Vorgesetzte). Die Mehrheit der Fachkräfte war der Meinung, dass viele der gefundenen

Lösungen (zum Beispiel Einbau einer Schallschutzwand, neue Belüftungsanlage, Verbesserung der Raumtemperatur und WC-Sauberkeit, gegenseitige Unterstützung in der Gruppe, Wertschätzung und Anerkennung durch die Fachkräfte) praktisch umsetzbar seien und damit maßnahmenbezogen auch die Arbeitssituation der Beschäftigten verbessert werde. Nur vereinzelt wurden vorgeschlagene Lösungen als wenig realistisch oder schwer umsetzbar eingeschätzt.

Die BGW Asita in Leichter Sprache stellte vor allem für die Fachkräfte eine neue Herausforderung dar. Sie wurden erstmals von den Beschäftigten in ihrer Funktion als Gruppenleiter und Grup-

The screenshot shows the 'Tätigkeit' (Activity) section of the BGW Arbeits-Situations-Analyse für WfbM. It features a grid for evaluating various work situations. The categories and their corresponding illustrations are:

- Interesse/Spaß**: Illustration of a person with arms raised in excitement.
- Abwechslungsreich, keine Langeweile**: Illustration of a person sitting at a desk, looking thoughtful.
- Ergonomie I: Langes Sitzen / Zu schwer tragen**: Illustration of a person sitting at a desk and another carrying a heavy box.
- Ergonomie II: Schiefes Arbeiten, nicht den Kopf stoßen**: Illustration of a person working at a desk with a tilted screen.
- Ergonomie III: Arbeiten zu hoch oder zu niedrig**: Illustration of two people working at different heights.
- Ergonomie IV: Zu langes Stehen**: Illustration of a person standing at a workstation.
- Zeitdruck**: Illustration of a person at a desk with a clock and another person looking stressed.

Each category has a corresponding evaluation column with three smiley faces (green, yellow, red) and a space for an 'Erklärung' (Explanation). The BGW logo and the slogan 'FÜR EIN GESUNDES BERUFSLEBEN' are visible at the bottom.

Abbildung 1: Arbeitsplatzbezogene Abbildungen: Beispiel Themenfeld „Tätigkeit“

Quelle: BGW



Abbildung 2: Karten und Smileys als didaktisches Element

„Die Umsetzung des Analyseverfahrens BGW-Asita in Leichter Sprache erfordert eine sorgfältige Vorbereitung der Moderation im Hinblick auf die jeweilige persönliche Eignung der Beschäftigten, die Didaktik und eine angemessene Form der Kommunikation.“

penleiterinnen eingeschätzt. Einige sahen sich gefordert, die Aussagen der Beschäftigten klarzustellen und als nicht zutreffend umzudeuten. In der positiven Einstellung der Fachkräfte zum Verfahren liegt somit ein Hebel, Asita in Leichter Sprache erfolgreich umzusetzen.

Die Abteilungsleiter und Abteilungsleiterinnen sehen ihre Rolle vor allem darin, konstruktive Lösungen zu erarbeiten.

Nach Einschätzung der Fachkräfte sowie Moderatoren und Moderatorinnen setzt das Verfahren bestimmte kognitive und sprachliche Fähigkeiten der Teilnehmenden voraus: Menschen mit sehr schweren und mehrfachen Einschränkungen oder solchen, die sich kaum mitteilen können, sollten eher nicht an der Arbeitssituationsanalyse teilnehmen. Aus Sicht der Moderatoren und Moderatorinnen lassen sich zudem tiefergehende Probleme und Empfindungen (wie etwa Scham, Ekel, Ablehnung) mit dem Verfahren nicht erfassen, da man hierzu mehr Zeit und andere Methoden benötigt.

Um das Analyseverfahren BGW-Asita in Leichter Sprache umzusetzen, muss die Moderation im Hinblick auf die jeweilige persönliche Eignung der Beschäftigten, die Didaktik und eine angemessene Form der Kommunikation sorgfältig vorbereitet werden. Die Moderierenden sollten Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen und Kenntnisse über die verschiedenen sprachlichen Einschränkungen haben und geübt in Leichter Sprache sein sowie unterschiedliche Techniken der Gesprächsführung beherrschen.

Die Vorteile dieses Verfahrens sind seine Systematik und Strukturiertheit sowie der moderate Zeit- und Ressourcenaufwand.







„Die Beschäftigten bewerteten die Arbeitssituationsanalyse in Leichter Sprache insgesamt positiv.“

Der Nutzen der BGW Asita in Leichter Sprache liegt im Prozess des Empowerment. Die Beschäftigten können über ihre Arbeit sprechen und wirken an der Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen mit. Das kann dazu beitragen, die Arbeitskultur in den Werkstätten zu verbessern, und den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen zu fördern. Menschen mit Behinderungen in die Gestaltung sicherer und gesunder Arbeitswelten einzubeziehen, ist eine zukunftsorientierte und spannende Aufgabe. ●

Fußnoten

[1] Vgl. UN-Konvention der DGUV über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Vision einer inklusiven Gesellschaft, S. 5: www.dguv.de/medien/inhalt/presse/hintergrund/aktionsplan/wissensbaustein.pdf (Zugriff am 27.5.2016)

[2] Siehe hierzu näher: www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Organisationsberatung/Beratungsangebote/Arbeitssituationsanalyse-WfMB.html

Arbeitsumgebung	😊	🙂	☹️	Erklärung/Diskussion
Raumtemperatur 	•	••• ••• ••	•••	Fenster sind oft auf, es zieht manchmal auch zu warm, da er sehr nahe zur Heizung sitzt Ich habe häufig kalte Füße
Arbeitsplatz 	••• ••• ••	•	••	Lehnen könnten breiter sein bei mir ist es optimal Tische wackeln
Beleuchtung 	••• ••• ••	••	•	
Lärm 	••	••• ••• •	•••	zu lautes Durcheinander Stühle sind laut Reden über Tische hinweg
Beförderung 	••• •	••• •••	••	Die Fahrt dauert sehr lange Manchmal ist der Wagen verschmutzt Der Fahrer fährt zu schnell
Sauberkeit	••• ••	••• •	•••	Treppenhaus reinigen, wenn Schnee liegt mehr auf Sauberkeit achten
Sauberkeit WC 	••	•	••• ••• ••	bei Männern keine Lüftung bespuckte Wände Wasserhahn klappt nicht Toilettenpapier im Klo

Quelle: BGW

Abbildung 3: Beispiel aus einem Workshop für die Bewertung der Arbeitsumgebung

Kundenbeziehungsmanagement

Marktbezogene Unternehmensstrategien, kundenorientierte Arbeitsstrukturen und Strategien der Prävention

Im Zusammenhang mit der Strategie des Kundenbeziehungsmanagements können psychische Belastungen und Fehlbeanspruchungen bei Beschäftigten im Kundenservice auftreten. Im Folgenden werden am Beispiel einer Fallstudie die Gründe für das Auftreten der psychischen Belastungen dargestellt, aber auch die Chancen für die Kundenbetreuung und Möglichkeiten der Prävention beschrieben.

Das Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG) hat eine Studie zu psychischen Belastungen im Bereich von Dienstleistungsarbeit mit direktem Kundenkontakt speziell im Kundenservice durchgeführt.¹ Sie wurde in einem Dienstleistungsunternehmen realisiert, in dem das Kundenbeziehungsmanagement eingeführt wurde.

Kundenbeziehungsmanagement

Der Kundenservice ist eine organisatorische Einheit im Unternehmen, in der alle Kundenwünsche bearbeitet und entgegen genommen werden, die nach der erbrachten Dienstleistung beziehungsweise dem Verkauf eines Produktes entstehen (vgl. Irrgang 2009, S. 12). Durch das Kundenbeziehungsmanagement wird Kundenorientierung an der Kundenschnittstelle intensiviert und erhält eine neue Qualität, da die Kundenbeziehung in den Mittelpunkt der unternehmerischen Aktivitäten rückt. Unter Kundenbeziehungsmanagement werden alle Maßnahmen verstanden, die dem strukturierten Aufbau und der Pflege von

Kundenbeziehungen gelten (vgl. Simon 2002, S. 353). In Folge seiner Umsetzung bildeten sich an der Kundenschnittstelle „kundenorientierte Arbeitsstrukturen“ heraus, die das Handeln der Beschäftigten bei der Kundenbetreuung in neuer Weise strukturieren.

„Die Arbeit in kundenorientierten Arbeitsstrukturen stellt veränderte Arbeits- und Leistungsanforderungen an die Beschäftigten.“

Der Begriff „kundenorientiert“ meint hier zweierlei: sowohl das Eingehen des Unternehmens auf Kundenbedürfnisse, also Kundenorientierung im eigentlichen Sinn, als auch die Realisierung von Markt- oder Effizienzorientierung. Unter „kundenorientierten Arbeitsstrukturen“ wird hier die Organisation der auf Kunden und Kundinnen ausgerichteten Arbeit an der Kundenschnittstelle verstanden. Für die Beschäftigten bedeutet die Arbeit in diesen Arbeitsstrukturen, dass sie nicht nur mit

Kundenanforderungen konfrontiert werden, sondern auch in Organisations- und Arbeitsstrukturen arbeiten, die in spezifischer Weise auf die Kundinnen und Kunden ausgerichtet sind und die an ihr Handeln bestimmte Arbeits- und Leistungsanforderungen stellen. Dabei werden die Beschäftigten mit Anforderungen und Belastungen konfrontiert, die damit zusammenhängen, wie Stress erlebt und das Befinden beeinträchtigt wird. Die auf Kunden und Kundinnen ausgerichteten Arbeitsstrukturen bieten den Beschäftigten aber auch Chancen und Ressourcen, die ebenfalls zu betrachten und auszubauen sind (siehe dazu Abbildung 1).

Die typischen Merkmale kundenorientierter Arbeitsstrukturen sind in Abbildung 2 dargestellt. Die aus diesen Strukturen hervorgehenden Stressoren, aber auch Ressourcen sowie deren Zusammenhänge zum Befinden der Beschäftigten werden im Folgenden dargestellt.

Belastendes Sozialklima in Kundenbetreuungsteams

Teamarbeit ist typisches Merkmal kundenorientierter Arbeitsstrukturen an der Kundenschnittstelle. In den Teams werden alle Anliegen der Kunden und Kundinnen nach dem Motto „One Team to the Customer“ bearbeitet. Das bedeutet, dass Kunden und Kundinnen jederzeit erreichbare und kompetente Ansprechpersonen haben, die sie ganzheitlich, das heißt in allen Dienstleistungs- und Produktbereichen, betreuen. Die Teams werden über Ziele gesteuert. Diese sogenannten Teamziele richten sich sowohl auf die Bedürf-

Autorin



Dr. Nicola Schmidt

Evaluation und BGM,
Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: nicola.schmidt@dguv.de

nisse der Kundinnen und Kunden (etwa zügige und termingerechte Bearbeitung ihrer Anliegen) als auch die Realisierung ökonomischer Ziele des Unternehmens (zum Beispiel Bestandskundenbindung durch Anschlussverträge, Aktivierung zusätzlichen Umsatzpotenzials bei Bestandskunden). Die Studie zeigte, dass in manchen Kundenbetreuungsteams ein belastendes Sozialklima vorzufinden war, das durch Spannungen oder Konflikte gekennzeichnet war. Es konnte jeweils ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem belastenden Sozialklima und emotionalem Stresserleben (Gereiztheit) sowie psychosomatischen Beschwerden ermittelt werden. Konflikte entstehen, wenn Teammitglieder menschlich nicht miteinander harmonieren, sich nicht engagieren oder nicht die vom Team geforderte Arbeitsleistung erbringen.

Lärm im Gemeinschaftsbüro

Eng verbunden mit Teamarbeit und ein weiteres Merkmal kundenorientierter Arbeitsstrukturen an der „Front“ der Dienstleistungsorganisation ist die Arbeit mehrerer Teammitglieder (drei bis fünf Personen) in einem Büro. Die Arbeit von mehreren Personen in einem gemeinsamen Büro führt zu einer Lärmbelastung, die von den Beschäftigten als störend erlebt wird. In der Studie konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Lärm und psychosomatischen Beschwerden ermittelt werden. Das Ergebnis deckt sich mit den subjektiven Aussagen vieler interviewter Kundenbetreuer und -betreuerinnen, die aufgrund der Lärmbelastung über eine innere Unruhe, Nervosität und Konzentrationsschwierigkeiten berichteten.

Arbeitsunterbrechungen als Folge qualifizierter Kundenbetreuung im Front Office

Die ständige Reaktionsbereitschaft der Kundenbetreuer und -betreuerinnen, Anrufe entgegenzunehmen, verbunden mit der qualifizierten und abschließenden Bearbeitung der Anliegen im Front-Office haben sich in der Studie als typische Merkmale kundenorientierter Arbeitsstrukturen gezeigt. Die qualifizierte Bearbeitung zum Beispiel von Reklamationen oder Vertragsveränderungen kann während des Telefonats mit Kundinnen und Kunden nicht immer abgeschlossen werden, sondern erfordert gegebenenfalls

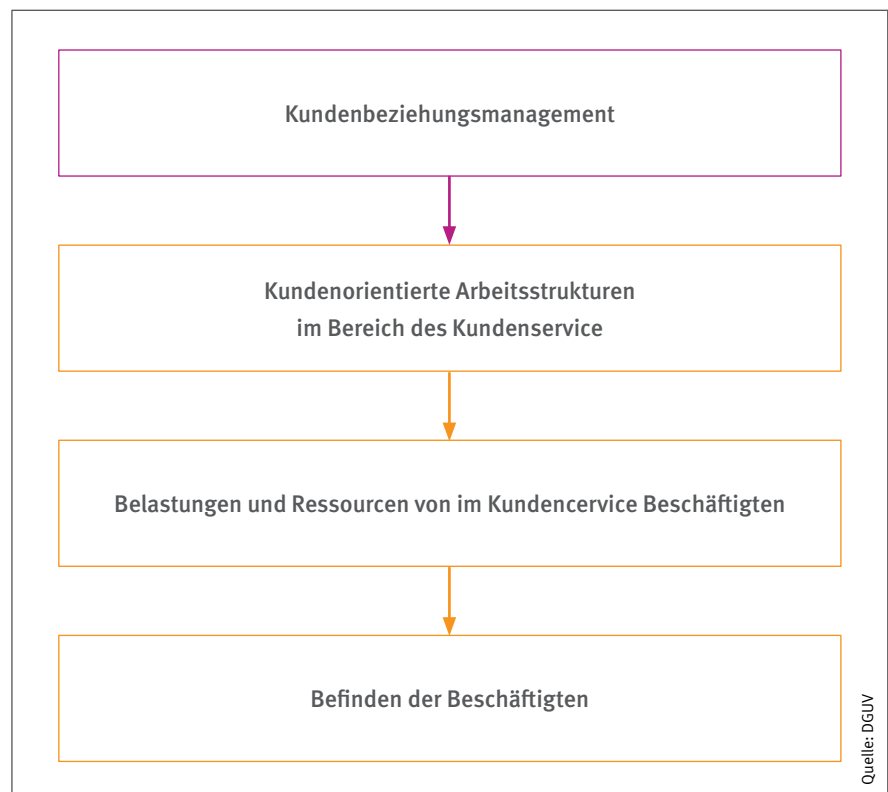


Abbildung 1: Zusammenhang zwischen dem Kundenbeziehungsmanagement, kundenorientierten Arbeitsstrukturen und Befinden der Beschäftigten

eine Nachbearbeitung. In der Zwischenzeit kommen aber schon wieder die nächsten Kundenanrufe. Arbeitsunterbrechungen sind somit durch die spezifisch kundenorientierte Organisation des Kundenservice begründet, in der die Kundenbetreuer und -betreuerinnen alle Kundenanfragen annehmen und auch abschließend bearbeiten.

Termindruck aufgrund von Verfahrensanweisungen

Es gibt im Kundenservice Verfahrensanweisungen und Regeln, um Anfragen, Aufträge oder Reklamationen zu bearbeiten, die Bestandteil des Kundenbeziehungsmanagements und Ausdruck kundenorientierter Arbeitsstrukturen sind. So muss zum Beispiel die Annahmeprüfung eines Vertrages spätestens am nächsten Tag nach Eingang des Vertrages erfolgen. Ebenso ist spätestens ein Tag nach Eingang einer Kündigung Kontakt zum Kunden oder zur Kundin aufzunehmen. Bei Reklamationen muss spätestens ein Tag nach Eingang der Beschwerde Kontakt zum Kunden oder zur Kundin aufgenommen und eine Lösungsstrategie angeboten werden.

Die Verfahrensanweisungen stellen sicher, dass Anliegen der Kundinnen und Kunden möglichst schnell zu ihrer Zufriedenheit bearbeitet werden. Diese für den Umgang „Regeln“ führen zu der Anforderung, schnell und effizient zu arbeiten, womit ein permanenter Termindruck einhergeht. Die in der Kundenbetreuung Tätigen versuchen, möglichst jeden Anruf und jede E-Mail noch am selben Tag zu bearbeiten. Kommt noch eine hohe Arbeitsmenge dazu, das heißt eine hohe Anzahl an zu betreuenden Kundinnen oder Kunden, verstärkt sich der Termin- und Zeitdruck.

Die Ergebnisse der Studie zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem terminorientierten Arbeiten nach Verfahrensanweisungen (Zeitdruck) – verbunden mit der hohen Anzahl der zu bearbeitenden Kundenanliegen (quantitative Arbeitsbelastung) – und dem Stresserleben der Beschäftigten. In den Interviews berichteten einige Kundenbetreuer und -betreuerinnen zudem von einem Nicht-abschalten-Können nach der Arbeit sowie von Schlafstörungen aufgrund ihrer Sorge, Aufgaben nicht termingerecht entsprechend den Verfahrensvorschriften erledigt zu haben. ▶

Leistungsdruck im Zusammenhang mit einer Vermarktlichung des Kundenservice

Ziel des Kundenbeziehungsmanagements ist nicht nur die Kundenzufriedenheit zu steigern, sondern auch die Profitabilität der Kundenbeziehung zu erhöhen. Um die Kundinnen und Kunden flexibel, schnell und kompetent zu betreuen, sind den Beschäftigten mehr Entscheidungsbefugnisse übertragen worden. Dazu gehören zum Beispiel selbstständige Vertrags- und Preisverhandlungen mit den Kunden und Kundinnen oder die Gewährung von Gutscheinen. Darüber hinaus sollen die Beschäftigten selbst Strategien entwickeln, wie sie durch gezielte Verkaufsfaktionen Umsatzsteigerungen erzielen. Da die Betreuungsteams durch Zielvereinbarungen auf Basis marktbezogener Kennzahlen gesteuert werden (zum Beispiel Umsatz, Kündigungsquote, Wertschöpfung, terminorientierte Bearbeitung der Kundenanliegen), ist zugleich eine Vermarktlichung² des Kundenservice festzustellen.

„Teamarbeit ist typisches Merkmal kundenorientierter Arbeitsstrukturen an der Kundenschnittstelle.“

Dabei sollen die finanziellen Potenziale der Kunden und Kundinnen ausgeschöpft werden. Sie müssen deren Potenziale erkennen und ausbauen und so den „Beitrag“ zum Unternehmensgewinn maximieren. Das heißt, sie müssen jedes Kundengespräch dazu nutzen, dem Kunden oder der Kundin zusätzliche Dienstleistungen oder Produkte zu verkaufen. Aus der zunehmenden Ökonomisierung der Kundenorientierung erwächst Leistungsdruck und Stress, vor allem auch deshalb, weil die zu erreichenden Umsatzziele jährlich gestiegen sind und die betreuenden Personen wenig Zeit für Verkaufsgespräche haben. Hinzu kommt, dass in jährlichen Audits überprüft wird, ob die Teamziele erreicht wurden. Neben den beschriebenen Belastungsfaktoren wurden in der Studie auch weitere Belastungen ermittelt. Hierzu zählen aggressives Kundenverhalten (zum Beispiel aufgrund der Unzufriedenheit der Kundschaft mit Preiserhöhungen, Liefer- oder Kündigungsfristen oder Höhe der Gutscheine) und eine mangelnde Softwareergonomie (zum Beispiel Komplexi-

tät der Software, hohe Standardisierung der EDV-gestützten Bearbeitungsprozesse, hoher Korrekturaufwand bei fehlerhaften Eingaben).

Wie in den vorherigen Abschnitten aufgezeigt, sind die im Kundenservice Beschäftigten mit einer Reihe von psychischen Belastungsfaktoren konfrontiert, die jeweils in einem signifikanten Zusammenhang mit Stress und/oder psychosomatischen Beschwerden stehen. Soweit sie in verschiedenen Merkmalsbereichen (zum Beispiel quantitative Arbeitsbelastungen, Arbeitsunterbrechungen, Konzentrationsanforderungen) gleichzeitig hoch belastet sind, sind ihr Stress und ihre psychosomatischen Beschwerden signifikant stärker ausgeprägt als bei weniger belasteten Beschäftigten.

Ressourcen in kundenorientierten Arbeitsstrukturen, Engagement und Arbeitszufriedenheit

Mit kundenorientierten Arbeitsstrukturen gehen für die Beschäftigten nicht nur Stressoren, sondern auch Chancen und Ressourcen einher, die sich positiv auf das psychische und körperliche Befinden auswirken können.

Soziale Ressourcen

Teamarbeit bringt in gut funktionierenden Teams auch soziale Ressourcen wie soziale Unterstützung durch Kollegen und Kolleginnen (zum Beispiel Austausch von Informationen, Übernahme von Aufgaben, gemeinsame Entscheidungen) und ein positives Sozialklima (zum Beispiel gegenseitiges Vertrauen, Offenheit, Sprechen über persönliche Themen) hervor. Soziale Unterstützung durch Kollegen und Kolleginnen und ein positives Sozialklima stehen jeweils in einem signifikant positiven Zusammenhang mit dem körperlichen Befinden der Beschäftigten. Allerdings gehen eine hohe soziale Unterstützung der Führungskräfte und ein beschäftigtenorientiertes Vorgesetztenverhalten jeweils mit einem signifikant niedrigeren Stresserleben einher.

Bei den Führungskräften handelt es sich – bis auf wenige Standorte des Unternehmens, an denen es noch Leitungen der Kundenbetreuung gibt – meist um die Geschäftsführenden der jeweiligen Gesellschaften des Unternehmens. Die Unterstützung durch Führungskräfte scheint

für die Beschäftigten gerade im Zusammenhang mit Anforderungen relativ selbstständigen Handelns in der Kundenbetreuung eine wichtige Rolle zu spielen. Sie erleben es anscheinend als psychisch entlastend, dass sie bei schwierigen Entscheidungen nicht allein gelassen werden und durch eine kompetente Person unterstützt werden.

Organisationale Ressourcen

Neben einem breiten Basiswissen über alle Produktbereiche des Unternehmens, haben sich die Beschäftigten kommunikative Kompetenzen wie eine aktive Kundenansprache, Verkaufsfähigkeiten (zum Beispiel Preisverhandlungen, Argumentieren), EDV-Kenntnisse oder betriebswirtschaftliche Kompetenzen aneignen können, sodass sie den vielfältigen Anforderungen, die im Zuge der Umsetzung des Kundenbeziehungsmanagements an der Kundenschnittstelle von ihnen gefordert werden, gerecht werden können. Aufgrund der erweiterten Entscheidungsbefugnisse können die Kundenbetreuer und -betreuerinnen zudem gegenüber den Kunden und Kundinnen als kompetente Ansprechpersonen auftreten.

„In der Studie konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Lärm und psychosomatischen Beschwerden ermittelt werden.“

Engagement und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten

Die Aufgabenvielfalt, die Entscheidungsspielräume und die damit einhergehende Verantwortung korrelieren jeweils signifikant positiv mit dem beruflichen Engagement und der Zufriedenheit mit den in der Arbeit gegebenen Entfaltungsmöglichkeiten. Auch das relativ selbstständige Handeln der in der Kundenbetreuung Beschäftigten, die damit verbundene Verantwortung und die soziale Unterstützung durch das Team sowie die Vorgesetzten stehen jeweils in einem signifikanten Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit.

Ansatzpunkte für die Prävention von Fehlbeanspruchungen in kundenorientierten Arbeitsstrukturen

Präventionsstrategien dürfen sich heute nicht mehr ausschließlich auf die gesund-

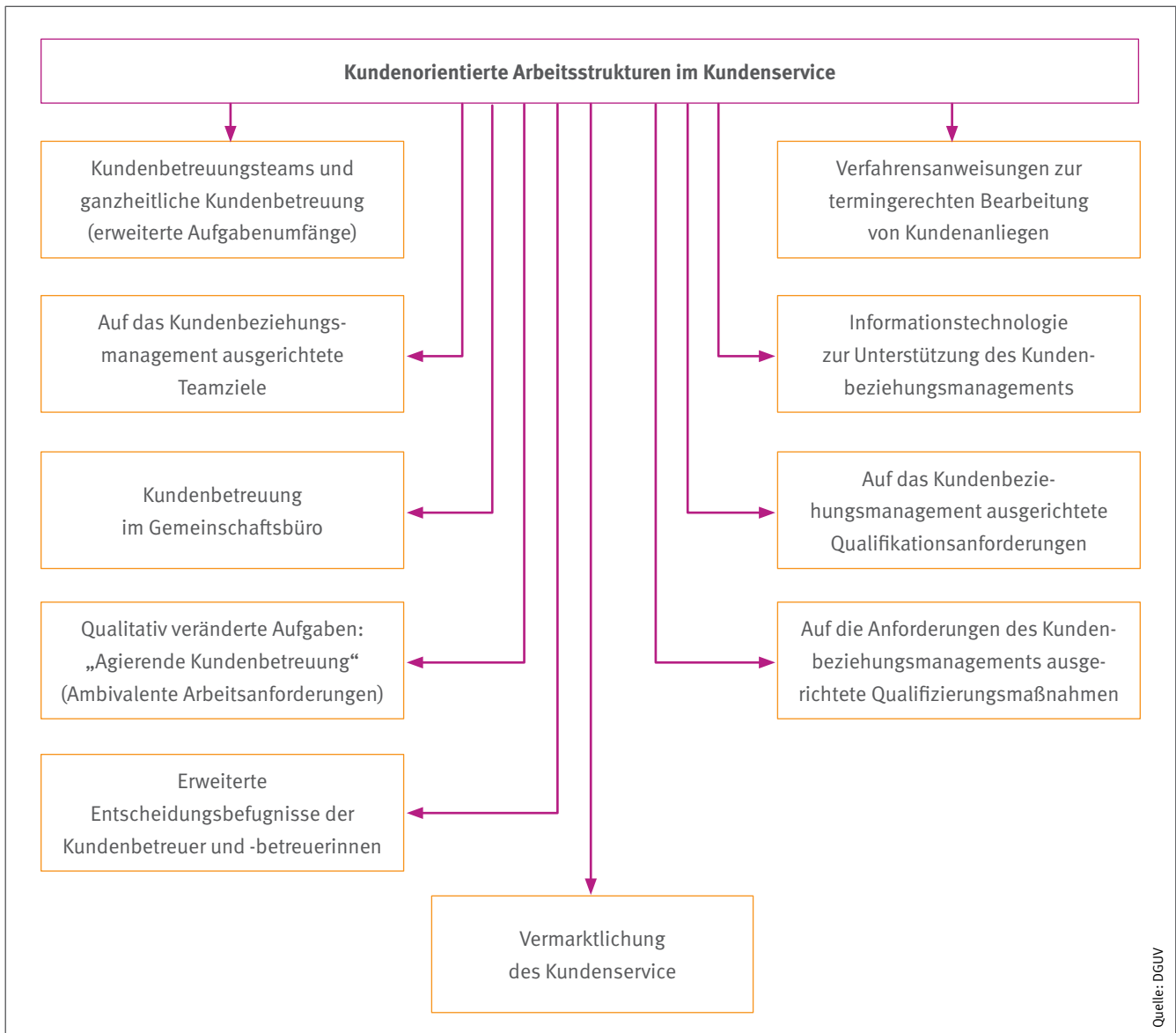


Abbildung 2: Merkmale kundenorientierter Arbeitsstrukturen im Kundenservice

heitsförderliche Gestaltung der Arbeitsaufgaben richten, sondern müssen die Unternehmenspolitik, Managementkonzepte und somit die Rahmenbedingungen der Arbeit berücksichtigen. Das strukturelle Setting an der Kundenschnittstelle sollte so gestaltet sein, dass die an die Beschäftigten gestellten Anforderungen und die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen ausbalanciert sind, denn gesundheitliche Gefahren resultieren aus Diskrepanzen zwischen Anforderungen und verfügbaren Ressourcen (vgl. Wilde u. a. 2010, S. 16).

Arbeit in Kundenbetreuungsteams

Teamarbeit und das soziale Miteinander in Teams funktionieren, wenn der Produktivitäts- und Leistungsdruck, der auf

den Teams lastet, von ihren Mitgliedern zu bewältigen ist. Gerade im Rahmen von Servicearbeit ist es wichtig, Konflikte frühzeitig zu erkennen und zu lösen, damit auch die Kundenbeziehungen nicht darunter leiden. Daher ist es wichtig, den Teammitgliedern erforderliche soziale Kompetenzen zu vermitteln. Dazu gehört der Erwerb von Fähigkeiten beim Kommunizieren, Lösen von Konflikten und Kooperieren (vgl. Hurtz 1996, S. 87). Auch Regeln der Zusammenarbeit (etwa Ehrlichkeit, offene Ansprache von Problemen/Konflikten und deren aktive Lösung, Wertschätzung und Respekt) fördern ein gutes Miteinander. Das vorbildliche Verhalten der Führungskraft trägt wesentlich zu einem gutem Arbeitsklima in einem

Team bei. Die Führungskräfte sollten zu dem Gruppenprozesse verstehen, Konflikte erkennen und zur Konfliktlösung beitragen. Dazu benötigen sie die erforderlichen Qualifikationen.

Senkung der Lärmbelastung im Gemeinschaftsbüro

Die Senkung der Lärmbelastung bei Teamarbeit im gemeinsamen Büro durch Lärmschutzmaßnahmen wie schalldämpfende Stell- oder Trennwände zur Geräuschdämmung zwischen den Arbeitsplätzen, schallabsorbierende Decken oder Wandverkleidungen mit Dämmmaterial sind unabdingbar, um ein ruhigeres Arbeiten zu ermöglichen. Darüber hinaus sollten alle Standorte des Unternehmens ▶



Im Kundenservice können psychische Belastungen auftreten.

über Einzelbüros verfügen, in die sich die Mitarbeitenden im Kundenservice bei Bedarf zum konzentrierten Arbeiten bei komplexeren Aufgaben und zur Minimierung von Arbeitsunterbrechungen zurückziehen können.

Selbststeuerndes Handeln und Führungsverhalten

Eine zentrale Aufgabe von Führungskräften im Zusammenhang mit indirekten Steuerungssystemen ist die gesundheitsfördernde Führung. Sie zeigt sich nicht nur in einem beschäftigtenorientiertem Führungsstil³ und der Unterstützung betrieblicher Gesundheitsförderung, sondern auch in der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeitstätigkeiten. Das beinhaltet neben sozialer Unterstützung, Partizipations- und Entwicklungsmöglichkeiten, Feedback und Informationszugang auch Zeitpuffer oder die stressfreie Erreichbarkeit und Flexibilität der Ziele.⁴ Dazu ist es erforderlich, die Führungskräfte im gesundheitsförderlichen Führen auszubilden.^{5, 6} Um die Belastung zu optimieren, sollte in den

Teams nicht nur über die Verbesserung der Kundenbetreuung und der Arbeitsprozesse gesprochen werden, sondern auch ein regelmäßiger Austausch über die Leistungsanforderungen und deren Bewältigung erfolgen. Dies ist etwa in wöchentlichen Qualitätszirkeln möglich.

Aushandlung von Leistungszielen und Ressourcen

Zur Reduzierung des Leistungsdrucks sollten Zielvorgaben im Hinblick auf ihre Erreichbarkeit und Beeinflussbarkeit durch die Mitarbeitenden im Kundenservice überprüft werden. Wettbewerbsstrategien und damit einhergehende übergeordnete Zielvorgaben des Managements (zum Beispiel Umsatzziele, Terminvorgaben, Produktivitätsziele) müssen eventuell überdacht und neu ausgehandelt oder die Ziele flexibel an veränderte ökonomische Rahmenbedingungen angepasst werden.⁷ Ebenso müssen notwendige Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, um die Ziele erreichen zu können.⁸ Dazu gehört zum Beispiel auch, dass den Beschäftigten für die Durchführung von Verkaufsaktionen

erforderliche Zeiten (pro Tag oder Woche) zur Verfügung gestellt werden.

Ausreichende Zeitbemessung für kundenbezogene Arbeitsprozesse

Zur Verringerung des Zeitdrucks sollte der zeitliche Aufwand für die jeweiligen EDV-gestützten Arbeitsvorgänge und Geschäftsprozesse auch unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Dauer der Kundentelefonate und der Arbeitsunterbrechungen möglichst genau ermittelt werden. Auf dieser Basis kann dann eine ausreichende Personalbemessung in den Teams ermittelt werden, durch die alle anfallenden Arbeitsvorgänge ohne Überbelastung bewältigt werden können. Dabei sollten auch die Verfahrensanweisungen und ihre zeitlichen Fristen überprüft werden.

Regelmäßige Gefährdungsbeurteilungen und moderierte Gruppendiskussionen

Um Überforderungen und Fehlbeanspruchungen der Beschäftigten zu erkennen, sollten die psychischen Belastungen in



Foto: Picture-Factory/fofolla.com

der Arbeit im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung regelmäßig ermittelt werden. Bei einer solchen Analyse sollten auch Themen wie Zielvorgaben und deren Beeinflussbarkeit, Leistungsdruck oder -kontrolle betrachtet werden. Die konkreten Themen und Fragestellungen der Gefährdungsbeurteilung müssen auf die betrieblichen Rahmenbedingungen und den Arbeitskontext der Beschäftigten abgestimmt sein.⁹ Die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilungen sollten im Anschluss in den Arbeitsbereichen oder Teams/Abteilungen zusammen mit den Führungskräften im Rahmen moderierter Gruppendiskussionen diskutiert werden, um daraus Maßnahmen zur Prävention von psychischen Fehlbeanspruchungen abzuleiten. Es ist zudem erforderlich, dass sich die für die Leistungssteuerung in der Unternehmung relevanten Akteure, insbesondere die Geschäftsleitungen, mit den Ergebnissen der Gefährdungsbeurteilung auseinandersetzen. Dabei sollten vor allem auch die Wirkungen der praktizierten Leistungssteuerung frühzeitig erkannt werden (vgl. Krause 2016, S. 12). ●

Literatur

Felfe, J.; Ducki, A.; Franke, F.: Führungs-kompetenzen der Zukunft. In: Badura, B. u. a. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten, Springer, Berlin 2014, S. 139–148

Hurtz, A.: Qualifizierung für Gruppenarbeit. Theoretische Konzepte und ihre Umsetzung in der betrieblichen Praxis. In: Antoni, C. H. (Hrsg.): Gruppenarbeit in Unternehmen. Konzepte, Erfahrungen, Perspektiven, 2. Auflage, Beltz Psychologie-Verlag-Union, Weinheim 1996, S. 81–99

Irrgang, J.: Leitfaden Kundenservice. Excellenter Service in allen Phasen des Kundenkontakts, GABAL Verlag, Offenbach 2009

Krause, A.: Herausforderung für BGF der Zukunft: Höchstleistung durch innovative Managementtechniken und ihre Nebenwirkungen. Dreiländertagung. Veranstaltung vom 25.3.2011 in St. Gallen. Veranstalter: Fachhochschule Nordwestschweiz 2011

Krause, A.: Mehr Stress durch mehr Freiheit. In: Gute Arbeit, Nr. 2, 2016, Frankfurt/Main, S. 8–12

Mohr, G. & Müller, A.: Psychosomatische Beschwerden im nichtklinischen Kontext. In: Glöckner-Rist, A. (Hrsg.): Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. ZIS Version 14.00. GESIS, Bonn 2010

Moldaschl, M.: Internalisierung des Marktes. Neue Unternehmensstrategien und qualifizierte Angestellte. In: Jahrbuch sozialwissenschaftliche Technikberichterstattung. Schwerpunkt Moderne Dienstleistungswelten, edition sigma, München/Berlin 1997, S. 197–250

Simon, W. & Piroh, S.: Moderne Managementkonzepte von A–Z. Strategiemodelle, Führungsinstrumente, Managementtools, ABAL Verlag, Offenbach 2002

Wilde, B.; Dunkel, W.; Hinrichs, S. & Menz, W.: Gesundheit als Führungsaufgabe in ergebnisorientiert gesteuerten Arbeitssystemen. In: Badura, B., Klose, J., Macco, K. & Schröder, H. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin 2010, S. 147–155

Fußnoten

[1] In der Studie wurden drei Experten-gespräche mit betrieblichen Entscheidungsträgern (z. B. Geschäftsführer, Prozessmanager), 17 teilstandardisierte Interviews mit Kundenbetreuern und eine standardisierte Befragung von 50 Kundenbetreuern an jeweils unterschiedlichen Standorten des Unternehmens durchgeführt. Weiterhin wurden betriebliche Dokumente analysiert (Stellen- bzw. Aufgabenbeschreibungen, Zielvereinbarungen usw.).

[2] Der Begriff der Vermarktlichung geht auf Moldaschl (1997) zurück.

[3] Die Initiative Neue Qualität der Arbeit (psyGA) beschreibt z. B. zentrale Merkmale mitarbeiterorientierter Führung: www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/inqa-10-gute-mitarbeiter-fuehrung.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 23.5.2016). Auch die DGUV hat ein Fachkonzept zum Thema „Führung und Gesundheit“ (2014) herausgegeben: www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/fachbereiche/fb-gib/documents/broschuere_fuehrung.pdf; (abgerufen am 16.5.2016)

[4] Vgl. Wilde u. a. (2010, S. 150).

[5] Siehe zu den Führungskompetenzen der Zukunft auch Felfe u. a. (2014).

[6] Die Initiative Neue Qualität der Arbeit stellt auch ein Online-Tool zur „Förderung psychischer Gesundheit als Führungsaufgabe“ zur Verfügung: http://psyga.info/fileadmin/user_upload/PDFs/psyGA_eLearningTool_Booklet.pdf (abgerufen am 23.5.2016).

[7] Vgl. hierzu auch Krause (2011).

[8] So stellt auch Wilde (2010, S. 149) fest, dass Ziele und Ressourcen in Einklang zu bringen sind.

[9] Siehe hierzu näher Krause (2016, S. 11 f.) und die GDA-Leitlinie „Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung“: www.gda-portal.de/de/pdf/Psyche-Umsetzung-GFB.pdf?__blob=publicationFile&v=5 (abgerufen am 16.5.2016) sowie den IAG-Report 1/2013 „Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen – Tipps zum Einstieg“, <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/iag-report-2013-01.pdf> (abgerufen am 24.5.2016).

Qualifizierungskonzept zur Kampagne Kultur der Prävention

Lernen als integraler Bestandteil des kulturellen Wandels

Für die neue Kampagne zum Thema Kultur der Prävention wird maßgeschneidert ein Qualifizierungskonzept entwickelt. Hierbei wird davon ausgegangen, dass Qualifizierung kein bloßes Instrument zur Umsetzung der Kampagne darstellt, sondern Lernen integraler Bestandteil des kulturellen Wandels ist.

Mit allen geeigneten Mitteln

Die neue gemeinsame Präventionskampagne der DGUV und ihrer Mitglieder wird als geeignetes Mittel angesehen, um zum Thema Kultur der Prävention nicht nur die notwendige Informationsarbeit zu leisten, sondern darüber hinaus den für einen Kulturwandel notwendigen Lernprozess innerhalb und außerhalb der Welt der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen zu begleiten.

„Die Entwicklung einer Kultur der Prävention stellt ein umfassendes und langfristiges Unternehmen dar.“

Entscheidung für Qualifizierung

Im Dezember 2015 beauftragte die Präventionsleiterkonferenz den Unterausschuss II des Ausschusses Aus- und Weiterbildung (AAW UAI) und das Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG) der DGUV, ein Qualifizierungskonzept zu entwickeln und ein entsprechendes flächendeckendes Qualifizierungsangebot durch die DGUV zu unterbreiten. Die Gesamtprojektleitung wurde dem Steuerungskreis der Kampagne übertragen.

Das Fachkonzept der Kampagne

Basis für das Qualifizierungskonzept ist das Fachkonzept der Kampagne, das im Juni 2015 vom Vorstand der DGUV verabschiedet wurde. Mit diesem Fachkonzept wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass die Entwicklung einer Kultur der Prävention ein umfassendes und langfristiges Unternehmen darstellt. Das Fachkonzept ist deshalb mit sechs verschiedenen Handlungsfeldern breit angelegt und auf eine Kampagnendauer von zehn Jahren ausgerichtet.

Grobkonzept Qualifizierung

Aktuell liegt ein Grobkonzept für eine Qualifizierung zur Präventionskampagne vor, das vier Bausteine umfasst:

- Workshop für Kampagnenverantwortliche bei den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen
- Basisseminar für alle Präventionsfachleute der Unfallversicherungsträger
- Fachseminare/Module zu den einzelnen Handlungsfeldern des Fachkonzeptes oder zu weiteren Themen
- E-Learning-Angebote als Ergänzung zum Basisseminar

Der Workshop für Kampagnenverantwortliche wurde im Mai und Juni 2016 pilo-

tiert. Er wird im Jahr 2016 noch mehrfach angeboten und ist ab 2017 Bestandteil des Seminarangebots des IAG. Die Entwicklung des Basisseminars startet im Sommer 2016 parallel zur Vorbereitung des E-Learning-Angebots. Die Entwicklung der Fachseminare/Module zu den einzelnen Handlungsfeldern erfolgt bedarfsabhängig, das heißt, die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen legen den Qualifizierungsbedarf und den Zeitpunkt der Qualifizierung fest.

„Im Mittelpunkt des Workshops steht das Beziehungssystem der Handlungsfelder.“

Workshop für Kampagnenverantwortliche

Dieser Workshop richtet sich nicht nur an die Kampagnenverantwortlichen im engeren Sinne. Vielmehr sollen alle Personen angesprochen werden, die in leitender oder mitarbeitender Funktion an der Kampagnenplanung und Vorbereitung der Trägerkampagne ihrer Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse beteiligt sind. Dies können beispielsweise Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen Prävention

Autorinnen



Foto: Fotostudio Verena Neuhaus

Dr. Ulrike Bollmann

Stabsstelle Internationale Kooperationen,
Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: ulrike.bollmann@dguv.de



Foto: DGUV

Elke Otten

Kampagnenkoordination,
Stabsbereich Prävention der DGUV
E-Mail: elke.otten@dguv.de

oder Kommunikation sein sowie diejenigen, die zentrale beziehungsweise koordinierende oder fachlich-inhaltliche Aufgaben für die Umsetzung der Dach- in die Trägerkampagne wahrnehmen.

„Die neue Präventionskampagne der DGUV und ihrer Mitglieder soll den notwendigen Lernprozess für eine Kultur der Prävention begleiten.“

Im Zentrum des Workshops steht nicht die Vermittlung von fachspezifischem Wissen zu den einzelnen Handlungsfeldern. Der Workshop bietet vielmehr die Möglichkeit, die eigene Rolle als kampagnenverantwortliche Person oder Mitglied im Team für die Entwicklung einer Kultur der Prävention zu klären, eine Haltung zu den

Handlungsfeldern und deren Zusammenhang zu entwickeln und den eigenen Handlungsbedarf für die Umsetzung in die Trägerkampagne abzuleiten.

Inhaltliche Schwerpunkte des Workshops

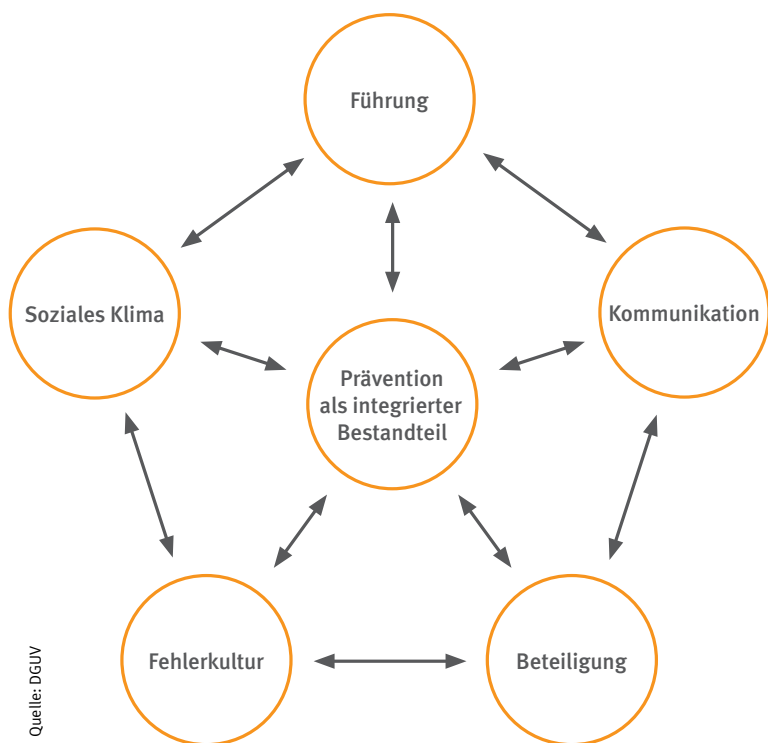
Im Mittelpunkt des Workshops steht das Beziehungssystem der Handlungsfelder. Hierbei geht es darum, die eigene Rolle

in diesem Beziehungssystem mithilfe einer Aufstellung zu klären. Ausgewählte Handlungsfelder (zum Beispiel das Handlungsfeld Fehlerkultur) werden exemplarisch vertieft. Zu Kernbegriffen aus der Debatte um die Kultur der Prävention (etwa Komplexität, Unplanbarkeit, Implizites) werden Hintergrundwissen und praktische Hilfen angeboten.

Ein weiteres Herzstück des Workshops ist die Vernetzung mit der eigenen Wirklichkeit der Teilnehmenden. Bereits im Vorfeld interviewen die Teilnehmenden ihre Kolleginnen und Kollegen und bringen deren Fragen zum Workshop mit. Dort werden dann die Rahmenbedingungen im Umfeld reflektiert, Fragen zu den Handlungsfeldern entwickelt und die Teaminterviews für den Nachprozess im eigenen Umfeld vorbereitet. Dieser Prozess ist notwendig, um das im Workshop Erfahrene später auch handlungsleitend werden zu lassen.

Stimmen aus den Piloten zum Workshop

... Ich finde das Konzept stimmig – dadurch hat die Kampagne wirklich die Möglichkeit, etwas zu bewegen ... das Seminarkonzept ist für die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen innovativ und hinreichend spannend ... wir müssen aber darauf achten, dass es im Seminar nicht zu komplex wird ... mehr Handfestes ... die Rollen müssen klar definiert sein ... ich hätte als Kampagnenverantwortliche Lust herzukommen ...



Quelle: DGUV

Abbildung 1: Handlungsfelder aus dem Fachkonzept der Kampagne

Aus der Forschung

Mit dem Analysetool gut vorbereitet für die neue Präventionskampagne

Bevor die nächste Präventionskampagne in die Betriebe getragen wird und die Maßnahmen zur Förderung einer Kultur der Prävention dort umgesetzt werden, soll der Ist-Stand in den sechs Handlungsfeldern in den eigenen Häusern der DGUV und der Unfallversicherungsträger erhoben werden. Die eigene Kultur der Prävention zu analysieren und weiterzuentwickeln, gilt als eine wichtige Voraussetzung, um die Kampagneninhalte glaubhaft vermitteln zu können.

Hintergrund und Ziel

Die nächste gemeinsame Präventionskampagne der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen widmet sich dem Thema „Kultur der Prävention“. Die Aspekte Sicherheit und Gesundheit sollen nicht nur punktuell bei der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben sowie sicherheitstechnischer und arbeitsmedizinischer Maßnahmen auftauchen, sondern systematisch und dauerhaft in die Prozesse und Strukturen von Unternehmen und Einrichtungen aufgenommen werden. Die Werte Sicherheit und Gesundheit sollen auf individueller, organisationaler und gesellschaftlicher Ebene ins Denken und Handeln integriert werden.

Beschäftigte der DGUV und der Unfallversicherungsträger sind laut Fachkonzept bei dieser Kampagne erstmals selbst Zielgruppe. Alle Standorte sollen ihre eigene Präventionskultur reflektieren und verbessern, um Vorbild zu sein für die Betriebe, die mit der Kampagne angesprochen werden sollen. Um diesen Prozess zu unterstützen, hat der Bereich „Evaluation und Betriebliches Gesundheitsmanagement“ des IAG nach Auftrag des stellvertretenden Hauptgeschäftsfüh-

lers der DGUV, Dr. Walter Eichendorf, in Folge des Dresdner Forum Prävention 2015 ein Analysetool erstellt: den KulturCheck. Es handelt sich um ein Instrument beziehungsweise Hilfsmittel, das zur Reflexion und zum Dialog anregen soll: Wo stehen wir, wo wollen wir hin?

Der KulturCheck ermöglicht eine Bestandsaufnahme zur Präventionskultur im eigenen Haus, gibt eine Rückmeldung zum derzeitigen Ist-Stand auf den einzelnen Handlungsfeldern und zeigt Ansatzpunkte für Veränderungen auf. Es können damit die Voraussetzungen für kulturbegünstigende Faktoren erhoben und Maßnahmen für Veränderungen abgeleitet werden.

„Die Kultur der Prävention zu bestimmen und zu ändern, bedarf immer des Dialogs.“

Ein weiterer Vorteil des KulturChecks besteht darin, dass er auf Grundlage des Fachkonzeptes zur Kampagne entwickelt wurde und in einem Verfahren alle Aspekte zur Präventionskultur bündelt. Bislang existiert kein Verfahren, das alle Themen

beinhaltet, die die Präventionskultur entsprechend dem Kampagnenverständnis abbilden. Somit bietet der KulturCheck eine gute Vorbereitung auf die gemeinsame Präventionskampagne, da man sich inhaltlich intensiv mit der Thematik der Präventionskultur auseinandersetzt. Die Anwendung des KulturChecks ist in der DGUV vorgesehen. Für die Unfallversicherungsträger ist er ein optionales Angebot.

Inhalte und Anwendung

Der KulturCheck wurde auf Grundlage vorhandener, bewährter Analyseinstrumente entwickelt. Die Inhalte des KulturChecks basieren auf den Teilzielen und abgeleiteten Indikatoren des Fachkonzeptes zur Kampagne. Für jedes der sechs Handlungsfelder werden dabei sowohl Daten erfasst, welche in verschiedenen Formen in den Strukturen und der Organisation manifestiert sind, als auch solche, die widerspiegeln, wie die Themen der sechs Handlungsfelder von den Beschäftigten wahrgenommen werden (siehe Abbildung 1). Hauptbestandteile des KulturChecks sind also ein Teil 1 „StrukturCheck“ und ein Teil 2 „Standardisierte Befragung der Beschäftigten“. Der StrukturCheck erhebt Informationen der Orga-

Autorinnen

Marlen Rahnfeld

Evaluation und Betriebliches Gesundheitsmanagement, Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: marlen.rahnfeld@dguv.de

Anna-Maria Hessenmöller

Evaluation und Betriebliches Gesundheitsmanagement, Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: anna-maria.hessenmoeller@dguv.de

Dr. Annetrin Wetzstein

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

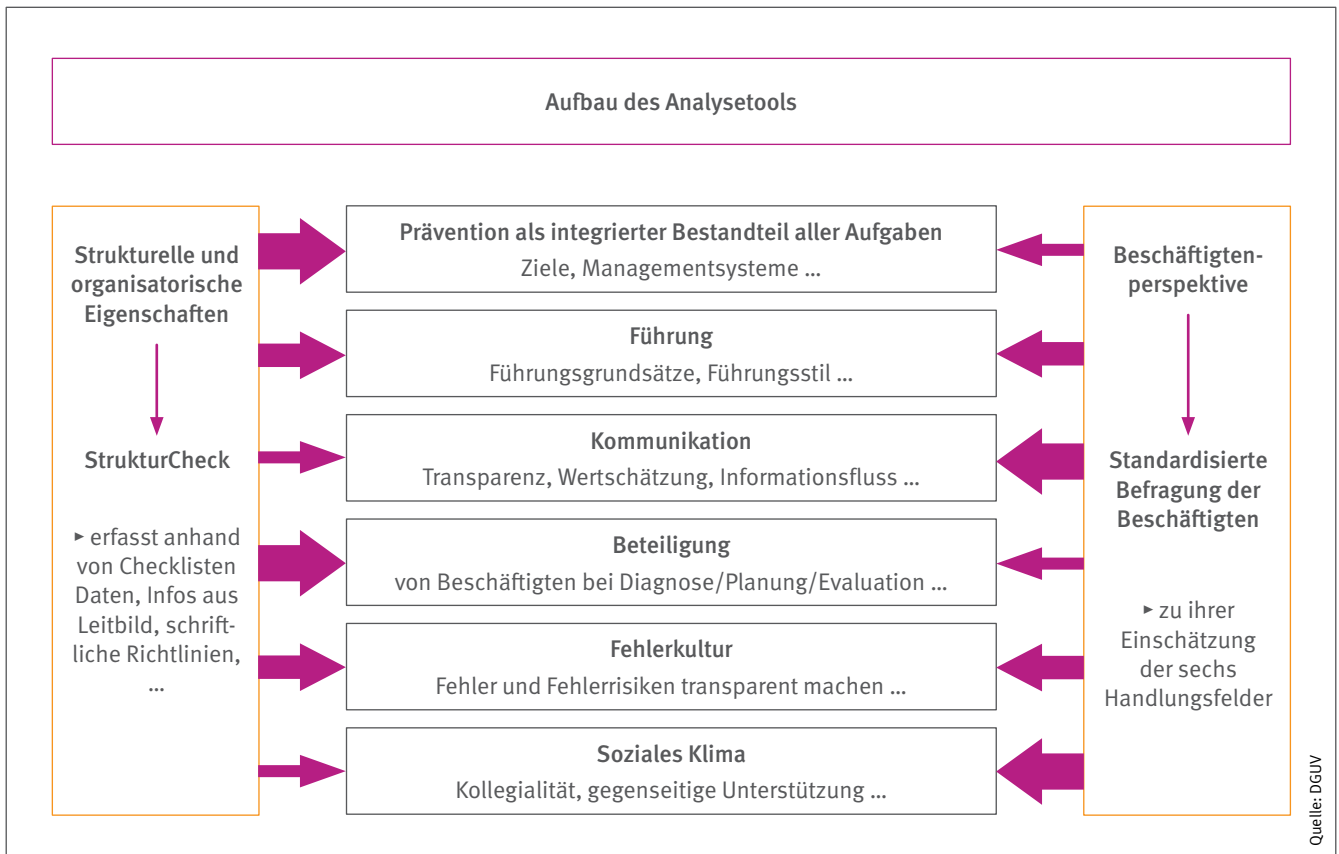


Abbildung 1: Die unterschiedlich starken Pfeile symbolisieren, dass bestimmte Aspekte aus den sechs Handlungsfeldern stärker durch den StrukturCheck und andere Aspekte stärker durch die Befragung der Beschäftigten erfasst werden können.

nisation, zum Beispiel aus schriftlich festgehaltenen Richtlinien. Entscheidend ist jedoch, ob die schriftlich formulierten Werte und Regeln bekannt sind und tatsächlich gelebt werden. In der Standardisierten Befragung wird daher die Sicht der Beschäftigten erhoben. Hier wird außerdem untersucht, was die Präventionskultur über Leitlinien, Regeln und Vereinbarungen hinaus ausmacht. Der KulturCheck hat einen modularen Aufbau, das heißt, die Module können den Handlungsfeldern entsprechend einzeln oder nacheinander bearbeitet werden. Auch bietet der modulare Aufbau die Möglichkeit, den StrukturCheck wie empfohlen zu bearbeiten und die Sicht der Beschäftigten mit qualitativen Methoden, zum Beispiel im Rahmen von Workshops, zu erfassen. Hier lassen sich wiederum die Fragen aus dem KulturCheck als Leitfragen für eine moderierte Diskussion nutzen. Weitere Alternativen zur Standardisierten Befragung der Beschäftigten bestehen zum Beispiel darin, Beschäftigte am StrukturCheck teilnehmen zu lassen oder nur einen (repräsentativen) Teil der Beschäftigten zu befragen. Ähnliches gilt, wenn Erkenntnisse zu einzelnen Hand-

lungsfeldern aus anderen bereits praktizierten Analyseverfahren vorliegen. Diese Erkenntnisse können dann genutzt werden, um den Ist-Stand der eigenen Präventionskultur zu bewerten.

Auswertung des KulturChecks

Die Auswertung ermöglicht einen Gesamtüberblick auf der Ebene der sechs Handlungsfelder. Der Erfüllungsgrad für jedes Handlungsfeld wird für jeweils beide Befragungsteile auf einer Prozentskala von 0 bis 100 bewertet, wobei 0 Prozent „überhaupt nicht erfüllt oder umgesetzt“ und 100 Prozent „vollständig erfüllt oder umgesetzt“ bedeutet. Auf dieser Basis können die Werte von Teil 1 „StrukturCheck“ mit den Ergebnissen von Teil 2 „Standardisierte Befragung der Beschäftigten“ verglichen werden. Beide Werte liefern eine erste Antwort auf die Frage, inwiefern die Kultur der Prävention auf den sechs Handlungsfeldern umgesetzt und „gelebt“ wird. Etwaige Diskrepanzen sollten im weiteren Prozessverlauf, beispielsweise in Gesprächen und Diskussionen, mit den Beschäftigten näher analysiert werden. Ein Vergleich auf Item-Ebene zwischen StrukturCheck und der

Standardisierten Befragung der Beschäftigten ist überwiegend jedoch nicht möglich, da verschiedene Aspekte in den Befragungsteilen erhoben werden.

Fazit

Der KulturCheck zielt darauf ab, Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, um die Kultur der Prävention im eigenen Haus weiterzuentwickeln. Die eigene Präventionskultur zu reflektieren, ist immer als ein Prozess zu verstehen, bei dem Instrumente unterstützen können, aber niemals ausreichen. Die Präventionskultur zu bestimmen und zu ändern, bedarf immer des Dialogs, zum Beispiel durch Gespräche, Interviews oder Diskussionen. Die Ergebnisse des KulturChecks können dabei die Gesprächsgrundlage darstellen. Empfehlungen für Maßnahmen lassen sich aus seinen Inhalten ebenfalls gut ableiten. ●



Fachkonzept zur Kampagne unter:
www.dguv.de (Webcode: d1070162)
 Der KulturCheck ist im UV-Net
 veröffentlicht (Webcode: u1017508).

Großveranstaltung zeichnet Bild der Zukunft

Die Zukunft der Prävention: Hinterm Horizont immer weiter – zusammen sind wir stark!

Verstehen wir wirklich, wie sich die Arbeit verändert? Wie geht es weiter mit dem System der sozialen Sicherheit angesichts tief greifender Veränderungen weltweit? Kann eine Konferenz zu einem besseren Verständnis dieser Veränderungen beitragen und Lösungswege aufzeigen?

Megatrends helfen, die Gedanken zu ordnen

Megatrends – eine Wortschöpfung von John Naisbitt aus dem Jahre 1982 – helfen, die „Gedanken zu ordnen und gewaltige, grundsätzliche Entwicklungen von gewöhnlichen Trends oder Modeerscheinungen zu unterscheiden“ (Naisbitt, 2015). Die 4. Internationale Strategiekonferenz für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit stellte ihre Teilnehmenden Ende März in der DGUV Akademie in Dresden vor die Aufgabe, fünf Top-Trends auf ihre Bedeutung für die Zukunft der Prävention zu prüfen. Den Aufschlag bei der Konferenz machte der im deutschsprachigen Raum führende Trendforscher Matthias Horx. Mit einer imponierenden Bilderwelt gelang es ihm zu veranschaulichen, dass dem Megatrend stets eine Logik von Trend und Gegentrend zugrunde liegt, ein rekursiver Prozess, an dessen Ende immer die Frage nach uns selbst steht: Wohin wollen wir? So entspricht dem Megatrend Sicherheit ein wachsendes Unsicherheitsgefühl in der Gesellschaft, geht mit dem Megatrend Individualisierung der Gegentrend einer neuen Wir-Gesellschaft einher, führt der Megatrend des demografischen Wandels gerade nicht zu einem Anwachsen von Risiken bei der Arbeit und im Alltag, sondern zu einer insgesamt vita-

leren Gesellschaft auf allen Altersstufen und der Megatrend der Digitalisierung führt eben nicht zur Reduzierung auf das technologisch Machbare, sondern zur Frage nach dem menschlich Sinnvollen.

In seinem Abschlussvortrag am Ende der Strategiekonferenz griff Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der DGUV, den Gedanken des „Tipping Point“ wieder auf. Es gibt einen Punkt, an dem ein zunächst gradlinig und eindeutig verlaufender Trend abrupt zu einem Gegentrend umschlägt oder sich eine Entwicklung rasant beschleunigt: „Das Feld der sozialen Sicherheit steuert auch auf einen solchen ‚Tipping Point‘ zu und es ist noch nicht ganz klar, in welche Richtung das Pendel ausschlagen wird.“

Megatrends als Wegweiser

Megatrends zeichnen ein Bild zukünftiger Entwicklungen und können so als Wegweiser für Strategien dienen (Naisbitt, 2015). Die Dramaturgie der 4. Internationalen Strategiekonferenz spiegelte diese nicht-lineare, disruptive und rekursive Logik der Megatrends wider: Fünf Top-Trends wurden in rekursiven Schleifen aus vier unterschiedlichen Perspektiven analysiert. Über die gesamte thematische Breite hinweg

starteten die Teilnehmenden zunächst mit einer VISION, also nicht mit einer klassischen Strategie als einem Plan, der nur noch in die Realität umgesetzt werden muss, sondern mit einer „guten Idee, wo’s hingehet“ (Mintzberg, 1995). Es folgte der Wechsel zur Perspektive der MISSION als einem strukturellen Rahmen, der Spielräume für strategische Entscheidungen lässt. Aus der dritten Perspektive der OPERATIVEN GOALS wurden Beispiele der Umsetzung von Strategien mit Indikatoren und Meilensteinen vorgestellt und analysiert. Den Abschluss bildete die Perspektive TOOLS mit der Möglichkeit, konkrete Beispiele und Werkzeuge zum jeweiligen Thema kennenzulernen oder sogar selbst auszuprobieren.

Einbezug der Teilnehmenden durch Mikroinszenierungen

Eine wichtige Setzung war – wie bereits bei den Vorgängerveranstaltungen zur 4. Internationalen Strategiekonferenz – das Prinzip der Interaktion, die konsequente Einbindung der Teilnehmenden an möglichst vielen Punkten der Konferenzdramaturgie: Hauptbeiträge von maximal zehn Minuten sorgten für Vielfalt und Dynamik, kontroverse Positionen belebten die Diskussionen. Im Wissen, dass die

Autorin und Autor



Dr. Ulrike Bollmann

Stabsstelle Internationale Kooperationen,
Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: ulrike.bollmann@dguv.de



Christopher Franke

Geschäftsführung,
3c Creative Communication
Concepts GmbH
E-Mail: christopher.franke@3c3c.de



Foto: DGUV/Stephan Floss

Trend und Gegenrend – in seinem Vortrag beschäftigte sich Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der DGUV, mit dem „Tipping Point“ im Feld der sozialen Sicherheit.

starre Ausrichtung auf eine Plenarsituation mit Vortragenden und Zuhörenden ein Klima der Passivität erzeugt, fand ein steter Wechsel zwischen Plenum und Kleingruppen statt. Ergänzt um ausreichend Entspannungsräume für die wichtige „Zwischendurch-Kommunikation“ förderte diese ständige Dynamik die Einbindung der Teilnehmenden in unterschiedlichen Rollen: Teilnehmende wurden zu Akteuren, Vortragende zu Teilnehmenden. Für die konkrete Arbeit in den Kleingruppen war Methodenvielfalt angesagt: Auf Thema, Situation und Teilnehmende angepasste Mikroinszenierungen – vom bekannten World Café bis hin zu kollaborativen, computergestützten Netzwerkarbeitsgruppen – förderten in hohem Maße die Interaktivität und damit auch die Aufmerksamkeit der Teilnehmenden.

Formate finden ihre Form im Raum

Die starke Beteiligung der Teilnehmenden wurde auch durch eine spezielle Raumgestaltung gefördert, die von der Agentur 3c als Kreativpartner des Projektteams kon-

zipiert wurde: Das Plenum wurde als Zentralbühne in der Mitte des Saals realisiert, um die herum sich die Teilnehmenden in vier Blöcken gegenüber saßen. Das ließ eine große Nähe zu den Akteuren im Zentrum zu, gleichzeitig erzeugte der direkte Blickkontakt zu den Menschen in den gegenüberliegenden Blöcken eine intensive Atmosphäre von Austausch und Interaktion. Die Zentralbühne wurde durch vier hohe, freistehende Bühnenwände vom restlichen Saal abgetrennt. Hinter diesen Wänden fanden Arbeitsbereiche für die Kleingruppen Platz. Die dem Plenum zugewandten Seiten der Wände dienten als Projektionsflächen, während die Rückseiten als Arbeitsflächen für die Dokumentation der Arbeitsergebnisse aus den Kleingruppen genutzt wurden. Analog zu dem Bild der Themen und Strategien als „gedankliche Rahmen“ bildeten die Kanten der Wände sowie farbige Bodenmarkierungen reale Rahmen, die die jeweiligen Arbeitsbereiche eingrenzten. Durch die wiederholten Wechsel zwischen Plenum und Kleingruppenräumen konnten alle

Teilnehmenden die verschiedenen Themen- und Perspektivwechsel nicht nur mental, sondern auch physisch unmittelbar erleben.

Planung und Spontaneität stehen nicht im Widerspruch

Die Erwartungen an Verlauf und Ergebnisse einer internationalen Konferenz dieser Art sind außerordentlich hoch. Entsprechend detailreich und abstimmungsintensiv war der Planungs- und Vorbereitungsprozess. Kein inhaltlicher und organisatorischer Aspekt wurde dem Zufall überlassen: Der spontane, improvisatorische Aspekt der Strategiekonferenz sollte ausschließlich von den Teilnehmenden kommen. Der Rahmen hingegen, in dem dieser lebendige Prozess stattfand, wurde strikt durchgeplant, inszeniert und geprobt.

Arbeiten an Megatrends

Auf der 4. Internationalen Strategiekonferenz wurden die Megatrends Sicherheit, Individualisierung, Gesundheit, demografischer Wandel und Digitalisierung von ▶



Foto: DGUV/Stephan Floss

Dynamik durch Wechsel zwischen Plenum und Kleingruppen: Teilnehmende wurden zu Akteuren, Vortragende zu Teilnehmenden.

den Teilnehmenden in parallelen Gruppen bearbeitet. Dabei wurde der Megatrend Sicherheit mit der Vision Zero als Leitstrategie für die Entwicklung einer Kultur der Prävention ausschließlich auf der Zentralbühne vorgestellt. Bereits zum zweiten Mal fungierte die Strategiekonferenz als Meilensteinveranstaltung für den Weltkongress: Vision Zero, Gesundheit und Individualisierung werden die Leitthemen auf dem XXI. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit im Jahr 2017 in Singapur sein.

Vision Zero: Lasst uns mit einer Stimme sprechen!

„Wir müssen mit einer Stimme sprechen, um die Vision Zero zu erreichen“ – so Helmut Ehnes, Präventionsleiter der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI) und Generalsekretär der IVSS Sektion Bergbau auf der Strategiekonferenz in Dresden. Die Zahl „0“ steht hier allerdings nicht für eine statistische Zielgröße, sondern für einen strategischen Ansatz und Prozess, um die Prävention aller Unfälle und berufsbe-

dingten Erkrankungen zu erreichen, differenzierte Pete Kines vom Nationalen Dänischen Arbeitsschutzforschungszentrum.

Die Vision Zero kann nur gelingen, wenn Prävention von der Führungsspitze bis zu jeder einzelnen im Unternehmen beschäftigten Person gelebt wird. Nicht technische Fähigkeiten, sondern Führung und das Engagement der Menschen stehen bei der Realisierung der Vision Zero im Vordergrund, betonte Steve Hails von Crossrail Ltd. aus Großbritannien. Darüber hi-

naus müsse die Etablierung einer Kultur der Prävention früh beginnen, also schon im Kindergarten, ergänzte Shelley Frost von der weltweit tätigen Commonwealth-Arbeitsschutzinstitution IOSH.

Als einen nächsten wichtigen Schritt auf dem Weg zur Vision Zero kündigte Walter Eichendorf, stellvertretender Hauptgeschäftsführer der DGUV und Gastgeber der Strategiekonferenz, die Entwicklung gemeinsamer Leitindikatoren an. Diese sollen zusammen mit der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) und der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) bis zum nächsten Weltkongress in Singapur erarbeitet werden.

Individualisierung: Wir brauchen eine humanisierte Prävention

„Wir müssen unseren Fokus in der Prävention von der Technik auf die Menschen verlagern und mehr auf deren Bedürfnisse schauen“, resümierte IVSS-Generalsekretär Hans-Horst Konkolewsky die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe und rief zu einer „Humanisierung der Prävention“ auf. Prävention sei in Zukunft nicht mehr allein aus der Perspektive der Experten und Expertinnen zu gestalten, sondern aus dem Blickwinkel der Menschen, die erreicht werden sollen.

Gleich zu Beginn stellte sich in dieser Arbeitsgruppe „Vertrauen“ als Leitkategorie heraus: „Wir müssen auf die Grundbedürfnisse der Menschen achten wie Vertrauen, Beteiligung, Würde, Sicherheit und Respekt, um sie zu befähigen“, betonte Natalie

Lotzmann von SAP. Der Megatrend Individualisierung wurde so von Anfang an mit seinem Gegenteil verknüpft, hier: dem Grundbedürfnis nach Zugehörigkeit.

Im weiteren Verlauf formulierte die Arbeitsgruppe zwei zentrale Anforderungen an die Prävention der Zukunft: zum einen die Strukturen und Dienstleistungen der Prävention an die Bedürfnisse der Menschen anzupassen und nicht umgekehrt – so Ivan Ivanov von der WHO. Zum anderen den Menschen vor der Überforderung durch Individualisierung und Selbstbestimmung zu schützen – ein Aspekt, der in der kontroversen Diskussion um den Beitrag von Heiko Fischer, Resourceful Humans, deutlich wurde.

Auch von dieser Arbeitsgruppe kam die klare Botschaft, mit dem CEO und dem Top-Management in der eigenen Organisation zu beginnen. Darüber hinaus seien Betreuungsstrukturen aufzubauen, die psychische Belastungen verringern und die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess verbessern helfen. Besondere Aufmerksamkeit erhielt das Programm StartSAFE aus Singapur. Es richtet sich unmittelbar an den mittelständischen Unternehmer beziehungsweise die Unternehmerin als Person, baut eine Beziehung zu dieser Person auf, hilft, das Bewusstsein für Gefährdungen zu stärken und befähigt dazu, eigene Lösungen für die Sicherheits- und Gesundheitsprobleme im Betrieb zu finden. Hierzu gehört auch, dass Stärken und Schwächen der Unternehmer- und Führungspersönlichkeit er-

kannt und eine Kultur des Dialogs zwischen Führungskräften und Beschäftigten etabliert werden. (Wilbur Oh/Joann Chen, Ministerium für Arbeit, Singapur)

Gesundheit: Gesundes Arbeiten und gesundes Leben gehören zusammen

„Stelle Gesundheit und Wohlbefinden in den Mittelpunkt und suche nach Maßnahmen“ – mit dieser Formel brachte Maria Neira, Direktorin der Abteilung für öffentliche Gesundheit und Umwelt der WHO, die Debatten zum Megatrend Gesundheit auf der Strategiekonferenz auf den Punkt. Hierfür seien Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung enger miteinander zu verknüpfen, um sowohl die Gesundheit und das Wohlbefinden von Beschäftigten als auch die Schaffung menschenwürdiger Arbeitsbedingungen weltweit zu fördern. Im Zentrum der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden stehe „das Individuum in seinem beruflichen, kulturellen und persönlichen Lebenskontext“, erläuterte Casey Chosewood vom Nationalen Institut für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (NIOSH) aus den USA. In einer Zukunft, in der die Belastung durch eine Entgrenzung von Job und Privatleben zunehme und der Erhalt und die Förderung älterer Fachkräfte durch den demografischen Wandel an Bedeutung gewinne, zahlten sich Investitionen in Gesundheit und Wohlbefinden langfristig aus.

Ohne eine Führung, die die Kultur der Gesundheitsprävention vorlebt und begleitet, werde es allerdings nicht gehen, so Sylvie Vincent-Höper von der Universität Hamburg. Gesundheit als zu schützenswerter Wert müsse sich in der Unternehmensstrategie wiederfinden, von den Führungskräften gefördert und auch von den Beschäftigten eingefordert und gelebt werden, lautete der Tenor der Arbeitsgruppe. Grundlegend hierfür seien der Dialog zwischen den verschiedenen Hierarchieebenen, die Förderung der Partizipation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und deren Wertschätzung als wichtigste Ressource im Betrieb.



Foto: DGUV/Stephan Floss

◀ Das Raumdesign in der DGUV Akademie in Dresden bildete die Perspektiven und Themen physisch ab und förderte die Beteiligung der Teilnehmenden. ▶

Demografischer Wandel: Die alternde Gesellschaft ist Potenzial

Kaffeeduft lockte die Teilnehmenden dieser Gruppe an. Der Megatrend demografischer Wandel wurde im Setting eines World Cafés bearbeitet: Eine gleichrangige Beteiligung aller prägte die Arbeitsatmosphäre.

„Wir alle altern, es geht um uns“ – stellte Colin Millner vom International Council on Active Aging (ICAA) gleich zum Start der Arbeitsgruppe fest. Erforderlich sei ein Paradigmenwechsel in der Wahrnehmung: Ältere Beschäftigte sind keine Last für die Unternehmen, sondern sowohl aus betriebswirtschaftlicher als auch aus gesamtgesellschaftlicher Sicht sind sie eine wertvolle Ressource. „Die alternde Belegschaft stellt ein Potenzial bisher unerkannter Fähigkeiten und Kompetenzen dar. Wir müssen dieses Potenzial sehen, erkennen und einsetzen“, so Ho Siong Hin vom Ministerium für Arbeit aus Singapur.

Eine besondere Bedeutung kommt hierbei, laut Winfried Hacker von der TU Dresden, dem Wissenstransfer zwischen den Generationen, aber auch innerhalb einer Generation zu. Der Fokus müsse sich von einem reinen Wissenstransfer (einseitig) über einen Wissensaustausch (zweiseitig) hin zur Generierung neuen Wissens durch die Nutzung von Synergieeffekten verschieben. Ein gutes Jobdesign, ein Wechsel von physischen und kognitiven Anforderungen, aber auch ein offener inter- und intragenerationeller Dialog sorgen dafür, dass die Arbeitsfähigkeit auch im Alter lange auf hohem Niveau gehalten wird und wichtige Ressourcen des Unternehmens wie Wissen und Erfahrung ständig zirkulieren und ausgebaut werden können.

Digitalisierung: Sicherheit und Gesundheit als integraler Bestandteil „smarter“ Produkte

„Alles und jede/jeder ist vernetzt, die Digitalisierung kommt schneller, als selbst Experten es erwartet haben“ – beschrieb Sabina Jeschke von der RWTH Aachen den Megatrend Digitalisierung.

In dieser Arbeitsgruppe wurde diskutiert, wie sich die Art, wie wir leben und arbeiten, durch Digitalisierung verändert. Dazu wurde das Tool nextmoderator® genutzt: Alle Laptops im Raum waren miteinander



Staffelstabübergabe an Singapur (v. l.): Ho Siong Hin (Arbeitsministerium Singapur), Nancy Leppink (ILO), Hans-Horst Konkolewsky (Generalsekretär IVSS), Dr. Walter Eichendorf (stellvertretender Hauptgeschäftsführer der DGUV)

verbunden und das Programm ermöglichte, dass alle Teilnehmenden sofort sämtliche Beiträge sehen, kommentieren und bewerten konnten. Als größter Einflussfaktor wurden Veränderungen identifiziert, die Art, Zeit und Ort der Arbeit betreffen. Außerdem bräuchten Menschen andere Fähigkeiten, um den Wandel der Arbeit gut begleiten zu können, insbesondere in Bezug auf die immer mehr gefragte Flexibilität in der Arbeitswelt. Als eine wichtige Rahmenbedingung, damit Arbeiten in einer digitalen Welt menschengerecht bleibt, betonte Aïda Ponce vom Institut des Europäischen Gewerkschaftsbundes ETUI, dass es vor allem wichtig sei, für die neuen flexiblen Formen von Arbeit regulatorische Leitplanken zu schaffen, um nicht in einem rechtlichen Niemandsland zu enden. Ein weiterer Aspekt, den die Teilnehmenden als Voraussetzung der digitalen Arbeit sahen, waren hohe Sicherheitsstandards für den Datenschutz.

Auch in dieser Arbeitsgruppe wurde ein besonderes Augenmerk auf den Aspekt der Führung gelegt: „Führungskräfte müssen mutige Entscheidungen treffen, anstatt zu lange an bisher erfolgreichen Unternehmensstrategien festzuhalten.“ Digitalisierung bedeute, so Michael Beilfuß von der IDG Media Group, dass gewisse Geschäftsmodelle einfach nicht mehr

länger funktionieren und Unternehmen komplett neue Dinge tun müssten.

Was „smarte“ Produkte leisten, erlebten die Teilnehmenden dieser Arbeitsgruppe hautnah am Beispiel einer smarten Feuerwehrjacke, die mit Sensoren ausgestattet verschiedene Körperfunktionen überwacht und diese über eine Drahtlosverbindung an externe Personen übermittelt, die dann im Notfall eingreifen können (Henk Vanhoutte, European Safety Federation). Oder am Beispiel einer smarten Brille, die einer Person Anleitung geben kann, wie bestimmte Arbeitsschritte auszuführen sind, und bei der Arbeitsschutzhinweise eingeblendet werden können. Den Höhepunkt bildete der Auftritt von Nao, einem humanoiden Roboter, im Dialog mit Britta Kirchhoff von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Die BAuA untersucht an Nao die Auswirkungen von Robotern auf das menschliche Verhalten und damit verbundene ethische, soziale und rechtliche Fragen. Michael Teigeler von der DKE (Deutsche Kommission Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik in DIN und VDE), der das Projekt Normung 2020 vorstellte, gab auch einen Ausblick auf die Zukunft smarter Produkte: eine Bohrmaschine, in deren Entwicklung Sicherheitsaspekte bereits implementiert sind,



Foto: DGUV/Stephan Floss

zum Beispiel abgeleitet aus Normen. Die Bohrmaschine identifiziert unter anderem, an welcher Stelle Leitungen hinter dem Putz verborgen sind, und bohrt dort kein Loch.

Erkenntnisqualität verknüpft mit Erlebnisqualität

Eine hochgradig interaktive Veranstaltung wie die Strategiekonferenz macht mehr Spaß, so das Ergebnis einer Evaluationsstudie des IAG zum XX. Weltkongress 2014 in Frankfurt (Klotz, 2016).

Auch die 4. Strategiekonferenz bestätigte diesen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit der Teilnehmenden (Gesamtnote 1,5), den Möglichkeiten, sich einzubringen (Wert 1,3), sowie der Gelegenheit, neue Kontakte zu knüpfen (zu 84,2 Prozent). Ebenso hoch war die Zufriedenheit mit den Vortragenden (Wert 1,4). Zu dieser Zufriedenheit trug bei, dass neben der inhaltszentrierten Ausrichtung auch ein emotionaler Zugang zu den verschiedenen Themen ermöglicht wurde. So wurden beispielsweise die einzelnen Arbeitsgruppen durch die für sie Verantwortlichen im Plenum aktiv beworben: Da die Teilnahme an den Arbeitsgruppen frei wählbar war, konnten auf diese Weise alle an der Veranstaltung ihres Interesses und ihrer Wahl partizipieren. Und auch die Ergeb-

nissicherung wurde in Form von lebendigen Präsentationen der Resultate aus den einzelnen Arbeitsgruppen vor dem Plenum realisiert, die die Zuhörenden inhaltlich und emotional ins Boot holten.

Eine weitere wichtige Zielgröße ist neben der Zufriedenheit der Teilnehmenden die Nachhaltigkeit der Konferenz: Bleibt etwas von der 4. Internationalen Strategiekonferenz, also zum Beispiel Pläne für eine Veränderung der zukünftigen Präventionsarbeit, die später auch umgesetzt werden? Das multiperspektivische und auf die Arbeit in Kleingruppen fokussierende Konferenzdesign ermöglichte eine intensive und kritische Auseinandersetzung mit den Inhalten – eine der Voraussetzungen für zeitlich stabile Veränderungen in Einstellung und Verhalten von Teilnehmenden an einer Konferenz (Klotz, 2016). So konnte das Verständnis der Megatrends und deren Einfluss auf die Veränderung von Arbeit vertieft und in einen Zusammenhang mit eigenen Erfahrungen gebracht werden. Auch Gegentrends wie etwa zu den Megatrends demografischer Wandel und Individualisierung wurden identifiziert.

Hinterm Horizont immer weiter: Faktoren, die den Ausschlag des Pendels beeinflussen können

Folgende Faktoren, mit denen der Ausschlag des „Pendels“ beeinflusst werden könnte, wurden auf der 4. Internationalen Strategiekonferenz herausgearbeitet:

1. Mit der Vision Zero stellt sich die Prävention national und international an die Spitze der Veränderungen: Prävention übernimmt proaktiv die Aufgabe, eine Kultur des Wandels zu gestalten.
2. Prävention schafft sich vom Menschen her neu: Prävention bedeutet, zuallererst den Menschen in seinen Bedürfnissen, seinen Denkweisen und Handlungen zu verstehen und dann zusammen mit den Menschen in ihren Lebens- und Arbeitskontexten die entsprechenden Strukturen und Dienstleistungen der Prävention zu entwickeln.
3. Prävention lebt vom Dialog der Führungskraft mit ihren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, innerhalb von Teams sowie zwischen den Hierarchieebenen, zwischen den Generationen und innerhalb einer Generation.

4. Prävention ist integraler Bestandteil des technologischen Wandels: Unsere Intelligenz sorgt dafür, dass Sicherheit und Gesundheit von Anfang an in die Entwicklung eines jeden Produktes integriert sind (Michael Teigeler).

Die Ergebnisse aller Arbeitsgruppen wurden mithilfe eines professionellen „Graphic Recordings“ visualisiert: So entstand zu jedem Megatrend ein Bild, das als „Erinnerungsanker“ zur Nachhaltigkeit der 4. Internationalen Strategiekonferenz für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit beiträgt. ●

- Die Dokumentation zur 4. Internationalen Strategiekonferenz findet man im Internet unter: www.dguv.de/isc/documentation

3c Creative Communication Concepts

Die Münchner 3c Creative Communication Concepts GmbH ist eine Agentur für Corporate Communications und realisiert vielfältigste Kommunikationslösungen, die Menschen und Inhalte zusammenbringen.

3c war für die Konzeption und Realisierung des XX. Weltkongresses für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in Frankfurt und für die Internationale Strategiekonferenz 2016 in Dresden Kreativpartner der DGUV.

Referenzen

Gladwell, M.: Tipping Point: Wie kleine Dinge Großes bewirken können, Berlin 2000

Klotz, M.: Wie Veranstaltungen Spuren in der Prävention hinterlassen können. In: DGUV Forum Ausgabe 4/2016, Wiesbaden

Mintzberg, H.: Die strategische Planung – Aufstieg, Niedergang und Neubestimmung, München, Wien 1995

Naisbitt, J.: „Der Horizont reicht meist nur bis zum nächsten Wahltag“. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Jahrgang 65, Ausgabe 31-32/2015, Bonn

DIN ISO 45001

Die kommende Norm für Arbeitsschutzmanagementsysteme

Voraussichtlich im Herbst 2017 wird die internationale Norm ISO 45001 für Arbeitsschutzmanagementsysteme erscheinen und dann auch als DIN-Norm ins deutsche Normenwerk übernommen werden. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über den Entwicklungsprozess, die wesentlichen Inhalte, die möglichen Chancen und Risiken der Norm sowie den generellen wirtschaftlichen Nutzen von Arbeitsschutzmanagementsystemen.

1. Entwicklung der Norm

Seit dem Jahr 2013 wird auf der Grundlage der bekannten britischen Arbeitsschutznorm OHSAS 18001 eine internationale Norm bei ISO unter britischer Führung erarbeitet. Die Arbeiten werden durch das Projektkomitee ISO PC 283 wahrgenommen, das im Oktober 2013 in London die Arbeit aufgenommen hat. Mittlerweile arbeiten 64 Staaten aktiv an der Norm. Darüber hinaus gibt es 16 Beobachter und 22 Liaisonmitglieder. Dies zeugt von einem großen weltweiten Interesse an der kommenden Norm.

Der Arbeitsausschuss 175-00-02 „Arbeitsschutzmanagementsysteme“ des Normenausschusses für Organisationsprozesse bei DIN begleitet dabei unter der Leitung

von Uwe Marx (VBG) als deutsches Spiegelgremium die Entwicklung der Norm. Die dort vertretenen 27 Mitglieder aus den interessierten Kreisen haben unter anderem die Überführung in eine nationale DIN ISO 45001 beschlossen, falls es zu einer internationalen ISO 45001 kommen sollte. Die Erarbeitung befindet sich aktuell in der sogenannten DIS Stufe (Draft International Standard, Standardentwurf). Dieser DIS 45001 war ab Anfang März 2016 für knapp zwei Monate zur Kommentierung im Normungs-Entwurfs-Portal bei DIN verfügbar. Er wurde sowohl international als auch von deutscher Seite offiziell mit entsprechenden Kommentaren abgelehnt, was die Erarbeitung eines weiteren DIS 2 zur Folge haben wird.

Die Norm wird wie die aktualisierten Normen ISO 9001:2015 und 14001:2015 der neuen High Level Structure (HLS) der ISO/IEC Richtlinien¹ folgen. Die HLS gibt in engem Rahmen die Struktur zukünftig zu erstellender oder in Überarbeitung befindlicher Managementsystemnormen vor und soll die integrative Umsetzung mehrerer Managementsystemnormen im Unternehmen erleichtern. Es lag deshalb nahe, bei der Erarbeitung der ISO 45001 gleich eine Harmonisierung mit Qualitätsmanagement- und Umweltmanagementsystemnormen sowie anderen Managementsystemnormen anzustreben.

Voraussichtlich im Herbst 2017 könnte diese Norm erscheinen. Ein früherer Termin, wie ursprünglich angedacht, ist kaum realistisch, da ansonsten auf einen FDIS (Final Draft International Standard,

endgültiger Standardentwurf) mit einhergehender Abstimmungsphase verzichtet werden müsste. Aktuell wird international außerdem an einem neuen Teil 10 (Anforderungen an die Kompetenz für die Auditierung und Zertifizierung von Arbeitsschutzmanagementsystemen) der ISO/IEC 17021 gearbeitet, bei der es um die Anforderungen an Stellen geht, die Managementsysteme auditieren und zertifizieren.

Aufbau und wichtige Inhalte der DIN ISO 45001 (Stand E DIN ISO 45001:2016-03)

Im nationalen Vorwort wird der Bezug zum Vorschriften- und Regelwerk hergestellt. Insbesondere soll hier die Erläuterung folgen, dass die Norm als weitere Informationsquelle für den Arbeitsschutz dienen kann, aber kein rechtlich bindender Zusammenhang zwischen der Erfüllung der Normanforderungen und der Einhaltung nationaler rechtlicher Anforderungen besteht. Ansonsten wird die DIN ISO 45001 der bereits erwähnten High Level Structure folgen und voraussichtlich die folgenden zehn Kapitel beinhalten:

1. Anwendungsbereich
2. Normative Verweisungen
3. Begriffe
4. Kontext der Organisation
5. Führung und Beteiligung der Beschäftigten
6. Planung
7. Unterstützung
8. Betrieb
9. Bewertung der Leistung
10. Verbesserung

Autoren

Dr. Markus Kohn

Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung (DGUV)
E-Mail: markus.kohn@dguv.de

Prof. Dr. Dietmar Bräunig

Universität Gießen
E-Mail: dietmar.braeunig@haushalt.
uni-giessen.de

Uwe Marx

Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG)
E-Mail: uwe.marx@vbg.de

Eckhard Metzke

Kommission Arbeitsschutz und
Normung (KAN)
E-Mail: metze@kan.de



Foto: Coloures-pic/fotolia.com

Bei der Erarbeitung der ISO 45001 wurde eine Harmonisierung mit Qualitätsmanagement- und Umweltmanagementsystemnormen sowie anderen Managementsystemnormen angestrebt.

Die Gefährdungsbeurteilung wird dabei im Kapitel 6 und die Maßnahmenhierarchie im Arbeitsschutz im Kapitel 8 verortet sein.

Im Anschluss wird der informative Anhang folgen. Es handelt sich dabei um einen Leitfaden zur Anwendung der Norm, der nicht separat erscheint, sondern zeitgleich mit der Norm.

2. Normung im Arbeitsschutz

Die nationale Position zur Normung im Arbeitsschutz findet sich im „Gemeinsamen Deutschen Standpunkt zur Normung“² aus dem Jahr 1993 sowie im „Grundsatzpapier zur Rolle der Normung im betrieblichen Arbeitsschutz“³ aus dem Jahr 2014. Im Kern geht es darum, dass im Bereich des Arbeitsschutzes die staatlichen Arbeitsschutzbehörden sowie die Unfallversicherungsträger Anforderungen festlegen und die Überwachung der Umsetzung sicherstellen. Eine weitere Konkretisierung von Anforderungen im Arbeitsschutz durch Normen ist dabei nicht vorgesehen. Auch wird die Normung im Bereich der Organi-

sation des Arbeitsschutzes abgelehnt. Dies hat zur Folge, dass im Bereich der auf Artikel 118a (jetzt Artikel 153 AEUV) gestützten Richtlinien im Regelfall keine Normungsinitiativen von deutscher Seite erfolgen sollen. In Deutschland vertritt dabei die Kommission Arbeitsschutz und Normung (KAN) die Interessen des Arbeitsschutzes in der Normung.

Somit ist es nicht verwunderlich, dass die deutsche Position, durch DIN im Jahr 2013 im Rahmen der Abstimmung zum New Work Item Proposal zur Überführung der OHSAS 18001 in eine ISO Norm geäußert, deutlich ablehnend war. Folgende Argumente wurden aufgeführt:

- Es gibt keine wesentliche Verbesserung der gegenwärtigen Situation.
- Einheitslösungen sind nicht für alle Organisationen optimal.
- Die Thematik ist bereits in bestehenden ILO-Leitfäden abgedeckt.
- Es sind Konflikte oder eine Konkurrenz mit Gesetzen möglich.

Als Alternative zu einer ISO Norm im Arbeitsschutz wurde die Fortschreibung der vorhandenen Normen und Regelwerke vorgeschlagen. Entscheidend ist nun, dass es sich bei der kommenden DIN ISO 45001 um eine Arbeitsschutzmanagementsystemnorm und keine Arbeitsschutznorm handelt. Im Gegensatz zu einer Arbeitsschutznorm kann sie keine konkreten Arbeitsschutzanforderungen regeln, wie sie aus der Gesetzgebung oder den Vorschriften der Unfallversicherungsträger bekannt sind. Ein Konflikt oder eine Konkurrenz mit deutschen oder europäischen Regelwerken darf nicht entstehen, da eine Norm auf keinen Fall staatliche Gesetzgebung und die Kontrolle der Einhaltung der damit verbundenen Regeln ersetzen kann.

3. Strategische Bedeutung für die Unternehmen

Es sind im Wesentlichen drei Effekte, die die zukünftige DIN ISO 45001 für den betrieblichen Arbeitsschutz in strategischer Hinsicht interessant machen könnten: Synergieeffekte durch die Integration des ▶

„Die kommende Arbeitsschutzmanagementsystemnorm ISO 45001 beziehungsweise DIN ISO 45001 kann durchaus Chancen für die Betriebe bieten, birgt allerdings auch gewisse Risiken.“

Arbeitsschutzmanagementsystems in andere betriebliche Managementsysteme, mögliche Vereinfachungseffekte durch die internationale Vereinheitlichung von Anforderungen an die Organisation des be-

„Die Einführung eines Arbeitsschutzmanagementsystems erfolgt regelmäßig mit dem Ziel der noch besseren Integration des Arbeitsschutzes in das Unternehmen.“

trieblichen Arbeitsschutzes sowie Rationalisierungseffekte durch die vereinfachte Überwachung dieser Organisation durch die Aufsichtsbehörden und die Unfallversicherungsträger.

Dadurch, dass die DIN ISO 45001 gemäß der HLS aufgebaut sein wird, können Un-

ternehmen, die die Einführung eines Arbeitsschutzmanagementsystems nach DIN ISO 45001 beabsichtigen, dieses leichter in ein bereits bestehendes, nach HLS aufgebautes Managementsystem integrieren. Möglich wäre die integrierte Umsetzung eines Arbeitsschutzmanagementsystems mit zum Beispiel einem Qualitätsmanagementsystem (DIN EN ISO 9001:2015) oder einem Umweltmanagementsystem (DIN ISO 14001:2015).

In der Vergangenheit wurden auch in Deutschland Arbeitsschutzmanagementsysteme basierend auf OHSAS 18001 eingeführt und zertifiziert. Bei OHSAS 18001 handelt es sich jedoch um einen britischen Standard, der zwar in Großbritannien und einigen weiteren Ländern, nicht jedoch weltweit als Standard akzeptiert ist. Mit der zukünftig zu erwartenden Norm ISO 45001 wird ein weltweiter und durch die Übernahme als deutsche Norm auch in Deut-

schland akzeptierter Standard vorliegen. Die deutsche Version DIN ISO 45001 wird außerdem eine einheitliche und abgestimmte deutsche Begrifflichkeit unterstützen. Mit der vorgesehenen Erweiterung der ISO-Normenreihe 17021 um den Teil 10, wird darüber hinaus ein internationaler Qualitätsrahmen für AMS-Zertifikate nach ISO 45001 geschaffen werden.

Ein mit Unterstützung einer staatlichen Arbeitsschutzbehörde oder eines Unfallversicherungsträgers erfolgreich eingeführtes und bestätigtes Arbeitsschutzmanagementsystem wird im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) von den staatlichen Aufsichtsbehörden und den Aufsichtsdiensten der Unfallversicherungsträger ausdrücklich anerkannt und führt beispielsweise dazu, dass, sofern keine schweren Mängel bei der Einhaltung materieller Arbeitsschutzpflichten oder entsprechende Beschwerden Dritter vorliegen, während der Gültigkeit der Bescheinigung keine Überprüfung der Aufbau- und Ablauforganisation des betrieblichen Arbeitsschutzes im betreffenden Unternehmen erfolgt. Ist das Arbeitsschutzmanagementsystem dagegen mit Unterstützung Dritter eingeführt und überprüft worden, so kann diese Überprüfung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes hier zwar durchaus erfolgen, soll jedoch lediglich stichprobenartig ausgeführt werden.⁴ Unternehmen, die mit Hilfe akkreditierter Zertifizierer ein Arbeitsschutzmanagementsystem nach DIN ISO 45001 einführen und zertifizieren lassen, könnten somit unter diese vereinfachte Prüfung seitens der Aufsichtsbehörde oder Unfallversicherungsträger fallen.

4. Betriebswirtschaftliche Bedeutung: „Return on Prevention“ für Arbeitsschutz und Arbeitsschutzmanagementsysteme
Arbeitsschutz ist rechtlich vorgeschrieben und gegenüber den Beschäftigten sowie der Gesellschaft eine Frage der Wahrneh-



Mit der zukünftig zu erwartenden Norm ISO 45001 wird ein weltweiter und auch in Deutschland akzeptierter Standard vorliegen.

mung ethischer und sozialer Verantwortung. Außerdem unterstützt Arbeitsschutz das Erreichen einzelwirtschaftlicher Ziele der Unternehmen. Die Einführung eines Arbeitsschutzmanagementsystems erfolgt regelmäßig mit dem Ziel der noch besseren Integration des Arbeitsschutzes in das Unternehmen. Bezüglich des Arbeitsschutzes und der Arbeitsschutzmanagementsysteme können Primär- und Sekundärwirkungen unterschieden werden. Primärwirkungen erhöhen das Gefährdungsbewusstsein und unterstützen die Reduzierung der Zahl der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Sekundärwirkungen tragen zu einer Optimierung der betriebsinternen Prozesse bei und fördern das Erreichen der Unternehmensziele. Ob sich Arbeitsschutz einzelwirtschaftlich „lohnt“, wurde in verschiedenen Studien mit unterschiedlichen Methoden untersucht.⁵ Das Nutzen-Kosten-Verhältnis für Präventionsmaßnahmen soll hierbei als „Return on Prevention“ bezeichnet werden. Es veranschaulicht ein ökonomisches Erfolgspotenzial. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass sich Arbeitsschutz auch für die Unternehmen selbst lohnt.

In den Jahren 2014 und 2015 führte die VBG ein Forschungsprojekt durch, das untersuchte, ob sich Arbeitsschutzmanagementsysteme für Unternehmen lohnen. Wiederum ging es um eine Betrachtung einzelwirtschaftlicher Kosten und Nutzen. Befragt wurden 81 Unternehmen mit einem Arbeitsschutzmanagementsystem und 180 Unternehmen ohne Arbeitsschutzmanagementsystem. Methodisch basierte das Projekt auf einer Befragung sachkundiger Personen. Die Antworten beruhen auf Einschätzungen. Im Mittelpunkt der deskriptiven Analyse stand ein Vergleich (Mittelwerte) der Befragungsergebnisse von Unternehmen mit und ohne Arbeitsschutzmanagementsystem. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt skizzieren:⁶

- Bei Unternehmen, die bereits über ein Arbeitsschutzmanagementsystem verfügen, waren Kundenerwartung und Image besonders wichtige Beweggründe für die Einführung.
- Unternehmen mit einem Arbeitsschutzmanagementsystem weisen bezüglich der betrachteten Merkmale des Arbeitsschutzes eine bessere Umsetzung auf. Außerdem beurteilen sie den Beitrag des Arbeitsschutzma-

agementsystems zur Umsetzung des Arbeitsschutzes regelmäßig besser als Unternehmen, die bislang noch nicht über ein Arbeitsschutzmanagementsystem verfügen.

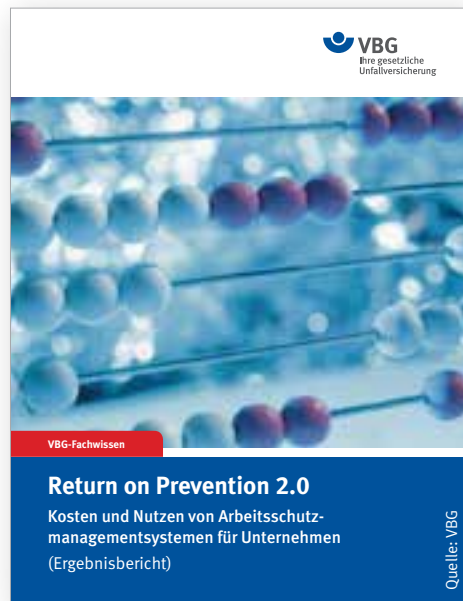
- Unternehmen mit einem Arbeitsschutzmanagementsystem bewerten den Beitrag des Arbeitsschutzmanagementsystems für das Erreichen der Arbeitsschutzziele und der einzelwirtschaftlichen Ziele besser als Unternehmen ohne Arbeitsschutzmanagementsystem.
- Bei kleinen und mittelgroßen Unternehmen zeigen Arbeitsschutzmanagementsysteme eine größere Wirkung als bei großen Unternehmen.

Nach Bereinigung und Glättung ergibt sich für den Return on Prevention ein (Mittel-)Wert von 2,3. Angesichts der relativ geringen Zahl berücksichtigter Einzelwerte und einer hohen Standardabweichung handelt es sich hierbei jedoch um einen zunächst nur vorläufigen Wert.

5. Fazit

Die kommende Arbeitsschutzmanagementsystemnorm ISO 45001 beziehungsweise DIN ISO 45001 kann durchaus Chancen für die Betriebe bieten, birgt allerdings auch gewisse Risiken. Welche von beiden letztendlich überwiegen werden, kann derzeit noch nicht abgeschätzt werden. Hier bleibt zunächst die weitere Entwicklung insbesondere auf dem Zertifizierungsmarkt im Umfeld zur zukünftigen Norm abzuwarten.

Ergebnisbericht:
Die VBG untersuchte in
den Jahren 2014 und
2015 den wirtschaftlichen
Nutzen von
Arbeitsschutzmanagementsystemen.



Fußnoten

[1] ISO/IEC Directives, Part 1: Consolidated ISO Supplement – Procedures specific to ISO, www.iso.org/iso/annex_sl_excerpt_-_2015_6th_edition_hls_and_guidance_only.pdf

[2] Gemeinsamer Deutscher Standpunkt zur Normung im Bereich der auf Artikel 118a des EG-Vertrages (jetzt Artikel 153 AEUV – Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union) gestützten Richtlinien, www.kan.de/fileadmin/Redaktion/Dokumente/Basisdokumente/de/Deu/GDS_de.PDF

[3] Grundsatzpapier zur Rolle der Normung im betrieblichen Arbeitsschutz des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales – Bek. d. BMAS v. 24.11.2014 im GMBI 2015 S. 2 [Nr. 1], www.kan.de/fileadmin/Redaktion/Dokumente/Basisdokumente/de/Deu/Grundsatzpapier_GMBI-Ausgabe-2015-1.pdf

[4] Siehe hierzu GDA-Leitlinie „Organisation des Arbeitsschutzes“, Abschnitte 4.4.3.1 und insb. 4.4.3.2, www.gda-portal.de/de/Downloads/Downloads.html

[5] Ein Überblick findet sich bei Dietmar Bräunig und Thomas Kohstall, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit des betrieblichen Arbeitsschutzes – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2006 bis 2012, in: iga.Report 28, 2015, S. 111–127, www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igareporte/igareport-28

[6] Eine ausführliche Darlegung findet sich bei Dietmar Bräunig und Thomas Kohstall, Return on Prevention 2.0, Kosten und Nutzen von Arbeitsschutzmanagementsystemen für Unternehmen (Ergebnisbericht), hrsg. von der VBG, 2015, www.vbg.de/ams

Lungenkrebs durch Asbest

Histologische Brückenbefunde als alleinige Grundlage zur Anerkennung einer Berufskrankheit BK 4104

Im Jahr 2015 konnte bei 68 Versicherten erst durch eine histologische Untersuchung von Lungengewebe und einer Lungenstaubanalyse ein Lungenkrebs als BK 4104 zur Anerkennung empfohlen werden. Die histologische Diagnose war der einzige Hinweis auf eine Asbestassoziation.

BK 4104

Unter der BK Ziffer 4104 können Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs als Berufskrankheit anerkannt werden

- in Verbindung mit einer Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose),
- in Verbindung mit einer durch Asbeststaub verursachten Erkrankung der Pleura oder
- bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren (25×10^6 [(Fasern/m³) x Jahre]).

Voraussetzung für die Anerkennung ist also neben der unzweifelhaften medizinischen Diagnose des Primärtumors und dem Nachweis der beruflichen Exposition auch das Vorliegen von mindestens einem Brückenbefund oder der Nachweis einer bestimmten beruflichen Exposition.

Asbestose Grad I (Minimalasbestose) als Brückenbefund

Eine Asbestose Grad I kann radiologisch nicht diagnostiziert werden, da die minimalen asbestbedingten Veränderungen im Bereich der Bronchioli respiratorii selbst im hochauflösenden CT (HR-CT) nicht zu erkennen sind. Eine Asbestose Grad I (so-

genannte Minimalasbestose) ist daher nur durch eine histologische Untersuchung in Verbindung mit einer Lungenstaubanalyse nachzuweisen. Dabei ist eine arbeitstechnisch ermittelte vergleichsweise niedrige kumulative Asbestfaserdosis kein Ausschluss-Kriterium für das Vorliegen einer asbestbedingten Lungenfibrosierung.

Lungenstaubanalysen

Eine pathologisch-anatomische Routineuntersuchung ist primär nicht auf die Diagnose von minimalen asbestbedingten Lungenveränderungen hin ausgerichtet, sondern dient in erster Linie der Diagnose von Veränderungen mit Krankheitswert, insbesondere Malignität. Mit einem entsprechenden Hinweis, zum Beispiel aus der Arbeitsanamnese, kann der Nachweis einer asbestbedingten Veränderung bei fortgeschrittenen Stadien (Asbestose Grad II–IV) unter Umständen schon allein lichtmikroskopisch histologisch gelingen. In dem Fall, dass diese erste Untersuchung keinen oder zunächst keinen eindeutigen Befund ergibt, ist die Durchführung einer Lungenstaubanalyse notwendig.

Im Deutschen Mesotheliomregister können in etwa zehn Prozent der untersuchten Fälle nach einer ergänzenden lungenstaubanalytischen Untersuchung Asbestosen

Grad I bei Patienten nachgewiesen werden, bei denen im Zuge der ursprünglichen histologischen Untersuchung keine asbestbedingte Lungenfibrosierung beschrieben worden war (Abbildung 1). Dies verdeutlicht die Schwierigkeit des alleinigen Nachweises einer minimalen asbestbedingten Veränderung und den Wert einer zusätzlichen Lungenstaubanalyse.

Leitlinienkonforme licht- und elektronenmikroskopische Lungenstaubanalysen werden europaweit nur in wenigen hoch spezialisierten Referenzzentren angeboten und setzen ein hohes Maß an Erfahrung und staubanalytischer Expertise voraus. Das Deutsche Mesotheliomregister ist eines dieser hoch spezialisierten Referenzzentren.

Lungenstaubanalysen werden im Auftrag von Unfallversicherungsträgern, Gerichten oder auf Wunsch der behandelnden Klinik, des Patienten oder dessen Angehörigen durchgeführt, wenn

- eine berufliche Asbestexposition nicht ausreichend zu sichern ist und eine Berufskrankheit nach BK 4103, 4104, 4105 oder 4114 zur Diskussion steht,
- pleurale/pulmonale Brückenbefunde im Sinne einer Berufskrankheit nach

Autorinnen

Inke Feder

Deutsches Mesotheliomregister
Institut für Pathologie,
Ruhr-Universität Bochum
E-Mail: inke.feder@pathologie-bochum.de

Dr. Anja Theile

Institut für Pathologie,
Ruhr-Universität Bochum
E-Mail: anja.theile@pathologie-bochum.de

Univ.-Prof. Dr. med. Andrea Tannapfel

Institut für Pathologie,
Ruhr-Universität Bochum
E-Mail: andrea.tannapfel@pathologie-bochum.de

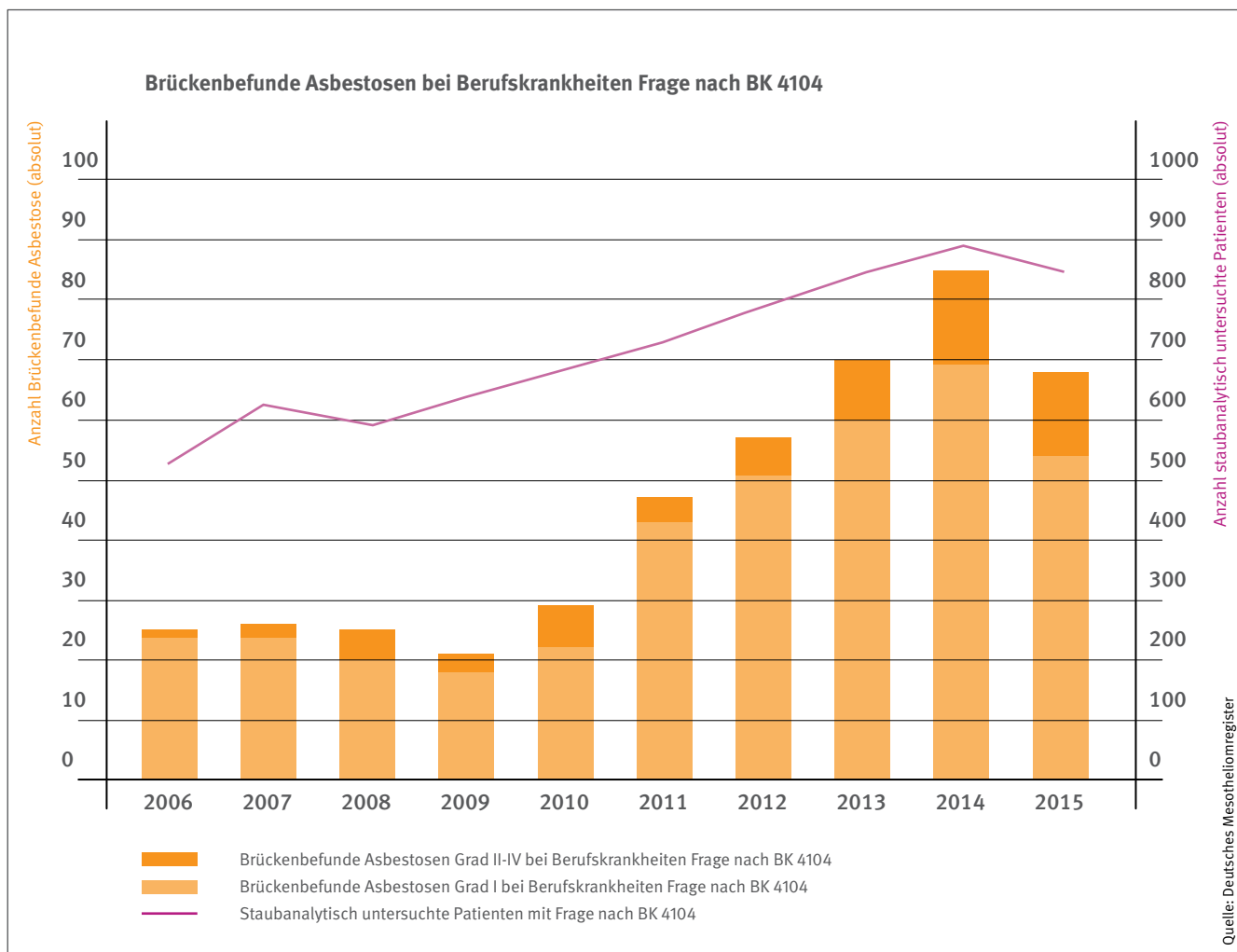


Abbildung 1: Asbestosen als alleiniger Brückenbefund einer Berufskrankheit Frage BK 4104

BK 4104 radiologisch nicht zu ermitteln sind und die Frage nach einer Asbestose Grad I im Raum steht,

- pleurale Brückenbefunde fehlen und auch die sogenannte „technische Brücke“ von 25 Faserjahren nicht erreicht wird,
- fibrosierende Lungenveränderungen unterschiedlicher Genese differentialdiagnostisch voneinander abzugrenzen sind.

Untersuchungen des Deutschen Mesotheliomregisters

Im Jahr 2015 wurden insgesamt 2.292 licht- und/oder elektronenmikroskopische Lungenstaubanalysen durchgeführt. 965 Patienten wurden im Rahmen von Anerkennungsverfahren zu der Frage untersucht, ob asbestassozierte Veränderungen der Lunge vorliegen (2014: 1.038 Patienten, 2.584 Analysen). Dabei stammten 255 Lungen aus Obduktionen.

Die häufigste Indikation (N = 851) zur Durchführung einer Lungenstaubanalyse war die Frage nach wichtigen Brückenbefunden, wenn eine BK 4104 zur Diskussion stand.

Asbestose Grad I

Im Deutschen Mesotheliomregister konnte bei 54 Patienten eine Asbestose Grad I als für die Anerkennung einer BK 4104 relevanter, weil alleiniger Brückenbefund diagnostiziert werden (2014: 69). Zusätzlich konnten 14 Asbestosen Grad II–IV als Erstdiagnosen im Rahmen einer BK 4104 – und damit ein anerkennungsrelevanter Brückenbefund – gesichert werden (2014: 16) (Abbildung 1). Alle diese 68 Befunde waren im Deutschen Mesotheliomregister gestellte Erstdiagnosen, die erst durch die kombinierte lungenstaubanalytische und histologische Lungenuntersuchung mit Eisenfärbung entdeckt werden konnten. Ohne diese ergänzenden Untersuchungen

wäre die Anerkennung einer BK 4104 bei diesen 68 Patienten mangels Brückenbefund nicht möglich gewesen.

Es zeigt sich im Vergleich zu den Vorjahren ein leicht rückläufiger Trend der diagnostizierten Asbestosen Grad I. Dies korreliert mit der rückläufigen Zahl insgesamt untersuchter Proben und auch mit der rückläufigen Zahl im Institut für Pathologie durchgeführter Obduktionen im Zusammenhang mit einer Asbestbelastung. Die Zahl der gestellten Diagnosen hängt von der Zahl der untersuchten Proben ab. Möglicherweise werden im Ermittlungsverfahren durch den zuständigen Unfallversicherungsträger die seit 2011 gültigen Kriterien zur Asbestose Grad I Diagnostik basierend auf der Falkensteiner Empfehlung 2011 und der entsprechenden AWMF-Leitlinie nicht immer einheitlich auch konsequent umgesetzt. In manchen Fällen wird die histologische Untersuchung vor-

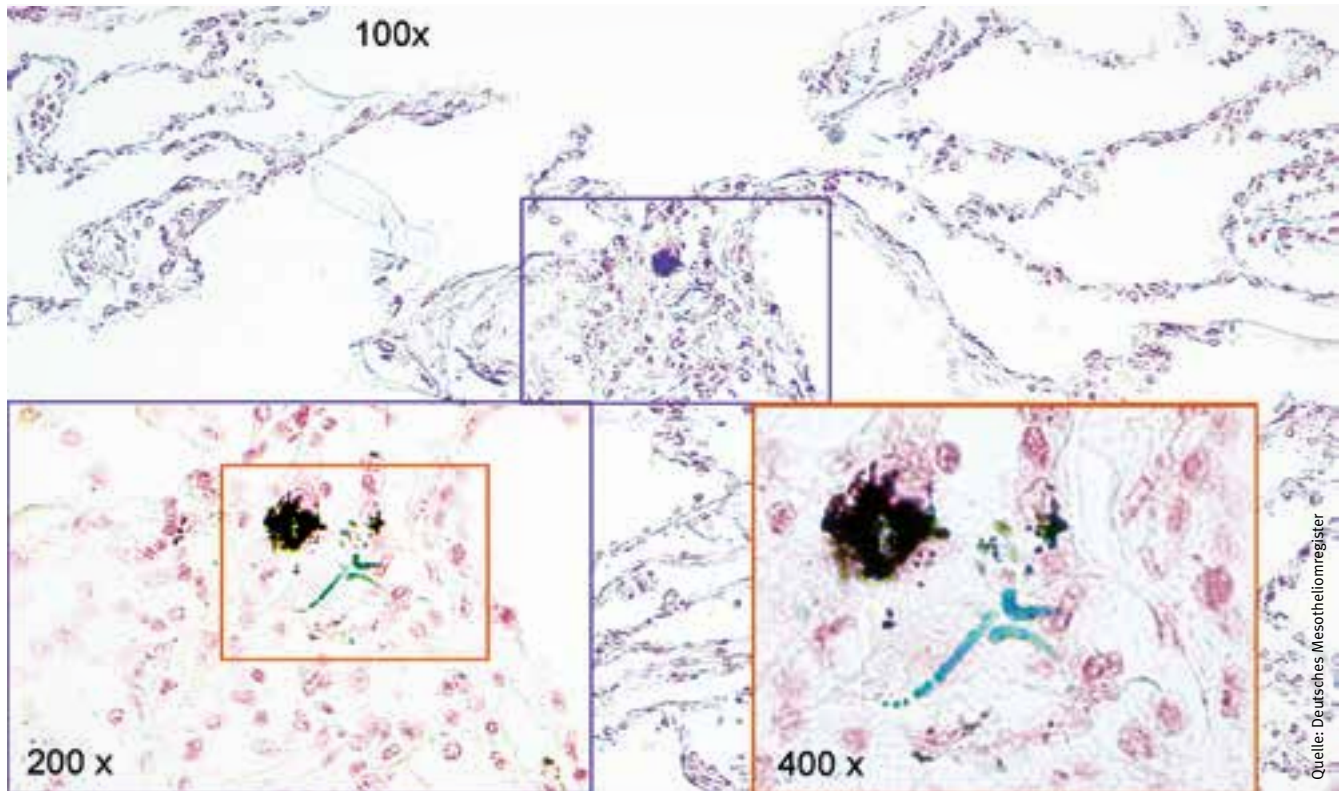


Abbildung 2: Peripheres alveoläres Lungengewebe mit Asbestose Grad I/Minimalasbestose in der Eisenfärbung (100-fache Vergrößerung). Im blauen Kasten ein Bronchiolus respiratorius mit peribronchiolärer Fibrose einstrahlend in die angrenzenden Alveolarsepten mit Nachweis von Asbestkörpern und anthrakotischem Pigment (200-fache Vergrößerung). Im orangen Kasten eine Ausschnittsvergrößerung der Asbestkörper (400-fache Vergrößerung).

handener Gewebeproben hinsichtlich einer Asbestose erst durch den Gewerbearzt oder die -ärztin, die versicherte Person im Widerspruchsverfahren oder im gerichtlichen Klageverfahren eingefordert.

Es gibt keine arbeitstechnischen oder radiologischen Parameter, mit deren Hilfe eine histologisch zu verifizierende Asbestose Grad I ausgeschlossen oder diagnostiziert werden kann. Eine Asbestose Grad I/Minimalasbestose ist auch mittels moderner hochauflösender HR-CT-Bildgebung nicht nachweisbar.

„Es zeigt sich im Vergleich zu den Vorjahren ein leicht rückläufiger Trend der diagnostizierten Asbestosen Grad I.“

Um alle diagnostischen Möglichkeiten im Sinne der Versicherten auszuschöpfen, sollte daher auf die lungenstaubanalytische Untersuchung vorhandener Gewebeproben nicht verzichtet werden.

Plaques

Typische tafelförmig erhabene Asbestplaques sind Brückenbefunde im Sinne einer BK 4104. Plaques mit einer geringen Dicke unter 3 mm können sich der Bildgebung, auch einer HR-CT-Untersuchung, entziehen. Daher kann bei Fragestellungen nach einer BK 4104 bei zu Lebzeiten fraglichem Plaquestatus zur abschließenden medizinischen Beurteilung eine pathologische Untersuchung im Rahmen einer Obduktion angezeigt sein.

Obduktionen

Als finales Beweismittel kommt eine Obduktion in Betracht, wenn zu Lebzeiten der versicherten Person der Nachweis einer asbestbedingten Erkrankung nicht erbracht werden konnte. Bei der Obduktion kann ein Primärtumor eindeutig festgestellt werden, sofern dieser nicht zuvor durch Operation oder Therapie entfernt oder vollständig zerstört (ohne vitale Tumorzellen) wurde. Auch asbestbedingte Veränderungen der Pleura können eindeutig diagnostiziert werden. Weiterhin kann durch lungenstaubanalytische und histologische

Untersuchungen am Obduktionsgewebe eine asbestassozierte Lungenfibrose unter dem Bild einer Asbestose Grad I (Minimalasbestose) oder Asbestose Grad II–IV gesichert werden.

„Um alle diagnostischen Möglichkeiten im Sinne der Versicherten auszuschöpfen, sollte daher auf die lungenstaubanalytische Untersuchung vorhandener Gewebeproben nicht verzichtet werden.“

2015 wurden im Institut für Pathologie insgesamt 145 Obduktionen im Auftrag von Unfallversicherungsträgern durchgeführt (2014: 184), davon standen 78 Sektionen im Zusammenhang mit einer Asbeststaubexposition (2014: 118). Zusätzlich wurden im Deutschen Mesotheliomregister 177 Lungen aus auswärtigen Obduktionen lungenstaubanalytisch untersucht (2014: 189). ●



Änderungen können Konsequenzen haben!



REGEL-RECHT
aktuell

Damit Sie nichts verpassen!

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

Kostenfreies Abo:

www.regelrechtaktuell.de

Ein Produkt der Universum Verlag GmbH



Unfallversicherung

	2013	2014	2015	Veränd. v. 2014 auf 2015 (%) ³	
Organisation					
UV-Träger	35	35	34	-	2,9
Sektionen und Bezirksverwaltungen ¹	76	74	72	-	2,7
Umfang der Versicherung					
Unternehmen/Einrichtungen	3.916.612	4.003.444	4.037.712	+	0,9
Vollarbeiter ²	38.873.944	39.060.408	39.402.061	+	0,9
Versicherte	78.065.883	78.880.657	79.784.640	+	1,1
<i>davon in der Schüler-UV</i>	17.155.415	17.112.531	17.170.607	+	0,3
Versicherungsverhältnisse ²	85.174.546	86.031.535	86.714.883	+	0,8
Entgelt¹					
Der Beitragsberechnung zugrundegelegtes Entgelt					
in 1.000 € ¹	841.506.133	876.687.711	910.452.295	+	3,9
pro (GBG-)Vollarbeiter ¹	24.987	25.923	26.664	+	2,9
Arbeits- und Wegeunfälle					
Meldepflichtige Arbeitsunfälle ²	874.514	869.817	866.056	-	0,4
je 1.000 Vollarbeiter	22,50	22,27	21,98	-	1,3
je 1 Mio. geleisteter Arbeitsstunden	14,51	14,27	14,00	-	1,9
Meldepflichtige Schulunfälle	1.212.563	1.283.506	1.244.577	-	3,0
je 1.000 Schüler	70,68	75,00	72,48	-	3,4
Meldepflichtige Wegeunfälle ²	185.667	174.240	179.181	+	2,8
je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse	4,08	3,75	3,78	+	0,9
Meldepflichtige Schulwegunfälle	112.225	109.992	110.200	+	0,2
je 1.000 Schüler	6,54	6,43	6,42	-	0,1
Meldepflichtige Unfälle zusammen²	1.060.181	1.044.057	1.045.237	+	0,1
Meldepflichtige Schülerunfälle zusammen	1.324.788	1.393.498	1.354.777	-	2,8
Neue Arbeitsunfallrenten ²	14.990	14.540	14.460	-	0,6
je 1.000 Vollarbeiter	0,386	0,372	0,367	-	1,4
Neue Schulunfallrenten	542	472	541	+	14,6
je 1.000 Schüler	0,032	0,028	0,032	+	14,2
Neue Wegeunfallrenten ²	5.146	4.997	4.809	-	3,8
je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse	0,113	0,108	0,102	-	5,6
Neue Schulwegunfallrenten	230	244	248	+	1,6
je 1.000 Schüler	0,013	0,014	0,014	+	1,3
Neue Unfallrenten zusammen²	20.136	19.537	19.269	-	1,4
Neue Schülerunfallrenten zusammen	772	716	789	+	10,2
Tödliche Arbeitsunfälle ²	455	483	470	-	2,7
Tödliche Schulunfälle	6	6	21		x
Tödliche Wegeunfälle ²	317	322	348	+	8,1
Tödliche Schulwegunfälle	37	36	40	+	11,1
Tödliche Unfälle zusammen²	772	805	818	+	1,6
Tödliche Schülerunfälle zusammen	43	42	61	+	45,2

Quelle: DGUV

[¹] nur gewerbliche Berufsgenossenschaften
[²] ohne Schüler-Unfallversicherung

[³] Prozent nur bei Fallzahl >10

[⁴] BGHM: ohne Berücksichtigung der Auslandsunfallversicherung

	2013	2014	2015	Veränd. v. 2014 auf 2015 (%)
Berufskrankheiten (BK'en)				
Verdachtsanzeigen	71.579	71.685	76.991	+ 7,4
Entschiedene Fälle	72.927	75.179	76.090	+ 1,2
davon:				
BK-Verdacht bestätigt	36.202	36.754	37.149	+ 1,1
Anerkannte Berufskrankheiten	15.656	16.112	16.802	+ 4,3
darunter neue BK-Renten	4.815	5.155	5.049	- 2,1
Berufliche Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt	20.546	20.642	20.347	- 1,4
BK-Verdacht nicht bestätigt	36.725	38.425	38.941	+ 1,3
Todesfälle infolge einer BK	2.343	2.457	2.409	- 2,0
Renten				
Rentenbestand	842.899	829.661	815.836	- 1,7
Verletzte und Erkrankte	727.162	716.345	704.907	- 1,6
Witwen und Witwer	103.861	102.650	100.724	- 1,9
Waisen	11.845	10.636	10.176	- 4,3
Sonstige	31	30	29	- 3,3
Aufwendungen und Umlage in €				
Umlagesoll* der gewerblichen Berufsgenossenschaften	10.534.901.168	10.679.707.589	10.840.030.544	+ 1,5
Umlagebeitrag der UV-Träger der öffentl. Hand	1.375.271.532	1.437.478.653	1.493.723.425	+ 3,9
Prävention	1.037.823.865	1.083.191.237	1.122.624.434	+ 3,6
Entschädigungsleistungen	9.597.732.704	9.769.448.150	9.943.042.518	+ 1,8
darunter: Heilbehandlung, sonst. Rehabilitation	3.997.118.452	4.152.279.455	4.270.919.732	+ 2,9
Finanzielle Kompensation	5.600.614.251	5.617.168.695	5.672.122.786	+ 1,0
Verwaltung und Verfahren	1.333.832.112	1.390.716.542	1.422.566.934	+ 2,3

Quelle: DGUV

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

Jahresbericht

Kennziffern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 2015

Die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der neun gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie der 25 Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand für das Jahr 2015 liegen seit Kurzem vor. Der folgende Beitrag enthält die aktuellen Trends zu Unfällen, Berufskrankheiten, Rentenbestand und Leistungsaufwendungen. Organisation und Umfang der Versicherung sowie die Aufbringung der Mittel werden ebenfalls beschrieben.

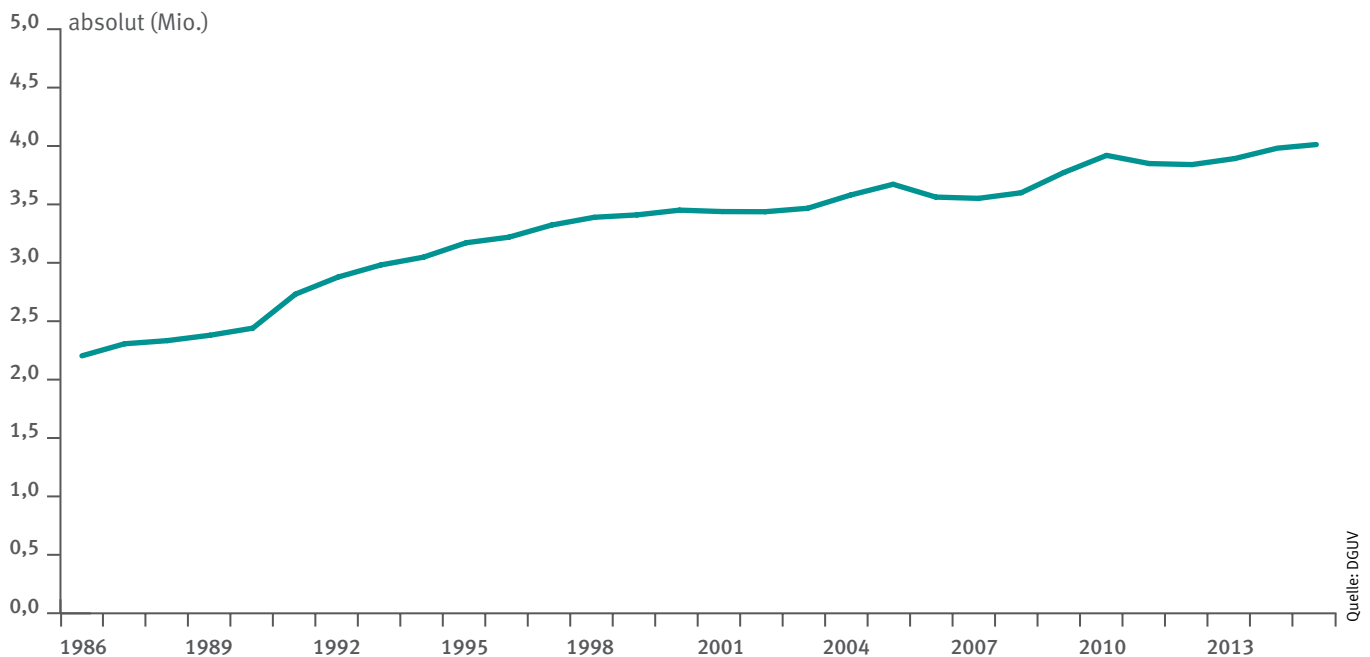
Autorin und Autor

Katharina Forsch

Referat Statistik,
DGUV
E-Mail: statistik@dguv.de

Wolfram Schwabbacher

Referat Statistik,
DGUV
E-Mail: statistik@dguv.de



Grafik 1: Unternehmen/Beitragspflichtige, Haushalte und Hilfeleistungsunternehmen sowie Bildungseinrichtungen

1.0 Organisation

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben ihre Verwaltungsstrukturen modernisiert. Durch Fusionen wurde dabei die Zahl der gewerblichen Berufsgenossenschaften im vergangenen Jahrzehnt von 35 auf 9 reduziert. Beginnend mit der Neuorganisation im öffentlichen Bereich zum 1. Januar 1998 hat sich die Zahl der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand von 54 auf 25 mehr als halbiert. Wegen der bundesweiten Zuständigkeit der Berufsgenossenschaften und einiger öffentlicher Träger gibt es darüber hinaus eine Reihe von Verwaltungsgemeinschaften und Kooperationen.

Die Zahl der bei den Unfallversicherungsträgern tätigen Personen ist gegenüber dem Vorjahr um 0,5 Prozent auf 22.219 zurückgegangen. Davon gehörten 17.183 (-116) zum Verwaltungspersonal und 5.036 (+2) zum Personal der Prävention.

2.0 Unternehmen und Einrichtungen

Bei den Mitgliedern der DGUV waren 2015 insgesamt 4.037.712 Unternehmen beziehungsweise Einrichtungen zu verzeichnen. Davon entfielen 3.344.253 auf den Zuständigkeitsbereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand betreuten 693.459 Unternehmen und Einrichtungen.

In der gewerblichen Wirtschaft war im Jahr 2015 die Entwicklung der Zahl der Unternehmen in den verschiedenen Berufsgenossen-

schaften uneinheitlich: Der größte Anstieg um 3,1 Prozent ist bei der Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse zu verzeichnen. Bei der BG Handel und Warenlogistik ist der Rückgang mit 5,2 Prozent am größten. Bei den übrigen Berufsgenossenschaften bewegen sich die Veränderungen zwischen -4,1 Prozent und +2,2 Prozent. Insgesamt ist die Unternehmenszahl im Vergleich zum Vorjahr um 21.207 gestiegen (+0,6 Prozent). Bei den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand zählen als zugehörige Unternehmen Bund, Länder, Gemeindeverbände, Kommunen, Hilfeleistungsunternehmen, Privathaushalte und selbstständige Unternehmen nach § 125 Abs. 3, § 128 Abs. 4 und § 129 Abs. 3 SGB VII. Für das Berichtsjahr 2015 wurden ermittelt: 24.351 Unternehmen, 505.044 Privathaushalte, die Personen beschäftigt, und 21.793 Unternehmen, die Hilfe leisteten. Gegenüber dem Vorjahr ist auch hier die Gesamtzahl der Unternehmen auf nun 551.188 (+2,4 Prozent) gestiegen.

Außerdem sind die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand für die Einrichtungen in der Schüler-Unfallversicherung zuständig. Dazu gehören Einrichtungen der Tagesbetreuung (inklusive Tagespflege), allgemeinbildende, berufliche und Hochschulen. Die Anzahl der Einrichtungen ist im Vergleich zum Vorjahr mit 142.271 nur geringfügig gestiegen (+0,1 Prozent). In Grafik 1 ist der langjährige Verlauf der Zahl der Mitgliedsunternehmen und Einrichtungen

dargestellt. Dabei zeigt sich ein deutlicher Anstieg seit 1986, der während der Ausweitung der Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger auf die neuen Bundesländer um 1991 noch an Dynamik gewann.

3.0 Versicherte und Vollarbeiter

Bei den Unfallversicherungsträgern der DGUV waren 2015 etwa 62,6 Mio. Menschen im Rahmen der allgemeinen Unfallversicherung sowie 17,2 Mio. Menschen in der Schülerunfallversicherung gegen die Folgen von Arbeits-, Wege-, Schul- und Schulwegunfälle sowie Berufskrankheiten versichert. Hierbei handelt es sich zunächst um die Beschäftigten in der gewerblichen Wirtschaft und im öffentlichen Dienst. Daneben gibt es per Satzung oder freiwillig versicherte Unternehmer und Unternehmerinnen. Einen wesentlichen Teil der Versicherten machen die rund 17,2 Mio. Kinder in Tagesbetreuung (inklusive Tagespflege), Schülerinnen und Schüler sowie Studierende aus. Außerdem umfasst der Kreis der Versicherten bestimmte Sondergruppen, die per Gesetz ebenfalls unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung stehen. Zu nennen sind hier insbesondere ehrenamtlich Tätige, Personen in Hilfeleistungsunternehmen, nicht gewerbmäßige Bauarbeiter und Bauarbeiterinnen, Blutspenderinnen und Blutspender, Pflegepersonen, Rehabilitanden, Entwicklungshelfer und Entwicklungshelferinnen, Arbeitslose oder etwa Strafgefangene. Einige kurzfristig versicherte Personenkreise (etwa spontane Ersthelfer oder Ersthelferinnen in

Unglücks- oder Notfällen) sind mangels statistischer Quellen unberücksichtigt.

Für die Berechnung von relativen Arbeitsunfallquoten (vgl. Abschnitt 4.1) werden versicherte Teilzeitbeschäftigte statistisch in Vollarbeiter (Vollzeitarbeitsleistungen) umgerechnet. Ein Vollarbeiter entspricht der durchschnittlich von einer vollbeschäftigten Person im produzierenden Gewerbe und Dienstleistungsbereich tatsächlich geleisteten – nicht der tariflichen – Arbeitsstundenzahl. Es erfolgt eine Berücksichtigung der kalendarischen Arbeitstage, der durchschnittlichen Urlaubs- und Krankheitstage sowie der bezahlten Wochenstunden.

Für 2015 beträgt die Zahl der Vollarbeiter bei den Mitgliedern der DGUV insgesamt 39.402.061 und ist damit gegenüber dem Vorjahr um 0,9 Prozent gestiegen. Davon entfallen 34.145.989 Vollarbeiter auf den Bereich der gewerblichen Wirtschaft, was gegenüber dem Vorjahr einen Zuwachs um 1,0 Prozent darstellt. Von diesen wurden 53,6 Mrd. Arbeitsstunden geleistet; das sind 1,6 Prozent mehr als im Vorjahr. Im öffentlichen Bereich ist die Vollarbeiterzahl um 0,3 Prozent auf 5.256.072 gestiegen.

Die Bestimmung der Rechengröße Vollarbeiter wird für die 17,2 Mio. Versicherten der Schüler-Unfallversicherung nicht vorgenommen. Im Vergleich zum Vorjahr ist

die Anzahl der Versicherten in der Schüler-Unfallversicherung leicht gestiegen (+0,3 Prozent).

4.0 Arbeits- und Wegeunfälle

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

4.1 Begriffe und Unfallquoten

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

Verläuft ein Arbeits- oder Wegeunfall tödlich oder hat er so schwere Folgen, dass es zu einer Entschädigung in Form einer Rente oder Abfindung kommt, so wird er in den Geschäftsergebnissen zusätzlich als „neue Unfallrente“ nachgewiesen. Voraussetzung für eine solche Entschädigung ist, dass der Unfall allein oder zusammen mit

einem früheren Arbeitsunfall für einen gesetzlich festgelegten Mindestzeitraum zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 Prozent geführt hat.

Bei der statistischen Erfassung der tödlichen Unfälle werden diejenigen Fälle gezählt, bei denen sich der Unfall im Berichtsjahr ereignet hat und der Tod innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall eingetreten ist. Zur Beurteilung des durchschnittlichen Arbeitsunfallrisikos werden die absoluten Arbeitsunfallzahlen einerseits zur Zahl der geleisteten Arbeitsstunden und andererseits zur Zahl der Vollarbeiter ins Verhältnis gesetzt. Bei letzterer wird die durchschnittliche Expositionszeit eines Vollbeschäftigten gegenüber der Gefahr berücksichtigt, einen Arbeitsunfall zu erleiden, und damit auch die konjunkturell und tariflich bedingte Schwankung der Jahresarbeitszeit.

Jede versicherte Tätigkeit – ob als Teilzeit- oder als Vollzeitbeschäftigung oder als kurzfristige Aktivität wie das Blutspenden – bringt jedoch ein eigenes Wegeunfallrisiko mit sich. Darüber hinaus kann derselbe oder dieselbe Versicherte in mehr als einem Versicherungsverhältnis stehen und entsprechend mehr versicherte Wege zurücklegen. Daher werden die Wegeunfälle auf die Zahl der Versicherungsverhältnisse bezogen. Diese Zahl wird bei denjenigen Gruppen, die eine deutlich geringere Zahl von versicherten Wegen zurücklegen als Unternehmer und Unternehmerinnen, abhängig Beschäftigte

	2012	2013	2014	2015	Veränd. v. 2014 auf 2015 (%)
UV in der gewerblichen Wirtschaft	24,43	23,47	23,22	22,82	- 1,73
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	19,13	18,29	18,26	18,34	+ 0,41
102 BG Holz und Metall	40,85	38,30	39,45	36,97	- 6,28
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	20,45	18,91	18,39	18,31	- 0,44
104 BG der Bauwirtschaft	58,72	57,32	55,87	55,49	- 0,69
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	37,62	35,98	35,17	34,91	- 0,75
106 BG Handel und Warenogistik	24,68	24,67	23,66	22,90	- 3,24
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	41,65	39,26	38,28	41,74	+ 9,02
108 Verwaltungs-BG	13,71	12,97	12,96	12,69	- 2,08
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	15,27	15,22	15,84	15,88	+ 0,23
UV der öffentlichen Hand					
Allgemeine Unfallversicherung	16,17	16,21	16,14	16,54	+ 2,53
Schüler-Unfallversicherung					
Schulunfälle je 1.000 Schüler	71,69	70,68	75,00	72,48	- 3,36
Insgesamt (ohne Schüler-UV)	23,32	22,50	22,27	21,98	- 1,30

Quelle: DGUV

Tabelle 1: Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter

	2012	2013	2014	2015	Veränd. v. 2014 auf 2015 (%)
UV in der gewerblichen Wirtschaft	15,46	15,14	14,88	14,53	- 2,36
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	12,10	11,80	11,71	11,68	- 0,23
102 BG Holz und Metall	25,85	24,71	25,29	23,55	- 6,88
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	12,94	12,20	11,79	11,66	- 1,07
104 BG der Bauwirtschaft	37,16	36,98	35,81	35,34	- 1,32
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	23,81	23,21	22,54	22,23	- 1,38
106 BG Handel und Warenlogistik	15,62	15,92	15,17	14,58	- 3,85
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	26,36	25,33	24,54	26,58	+ 8,32
108 Verwaltungs-BG	8,68	8,37	8,31	8,08	- 2,70
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	9,67	9,82	10,16	10,12	- 0,41
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)	10,23	10,46	10,34	10,54	+ 1,87
Insgesamt	14,76	14,51	14,27	14,00	- 1,92

Quelle: DGUV

Tabelle 2: Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden

sowie Schüler und Schülerinnen, entsprechend dem tatsächlichen Risiko gewichtet. Für das Berichtsjahr ergeben sich insgesamt 47.350.599 gewichtete Versicherungsverhältnisse (ohne Schüler-Unfallversicherung).

4.2 Meldepflichtige Arbeitsunfälle

Im gewerblichen und öffentlichen Bereich waren im Berichtsjahr 866.056 meldepflichtige Arbeitsunfälle zu verzeichnen; dies waren 0,4 Prozent weniger als im Vorjahr. Da die Zahl der Vollarbeiter zudem gestiegen ist, ist das Risiko, einen Arbeitsunfall zu erleiden, je 1.000 Vollarbeiter von 22,27 im Vorjahr auf 21,98 in 2015 um 1,3 Prozent gefallen.

Ebenso ist die Zahl der geleisteten Arbeitsstunden im Vergleich zum Vorjahr gestiegen, wodurch die Häufigkeit der meldepflichtigen Arbeitsunfälle je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden um 1,9 Prozent gesunken ist. Diese Unfallquote betrug im Berichtsjahr 14,00, während sie im Vorjahr noch bei 14,27 gelegen hatte.

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

Die Quoten zeigen für den Großteil der Berufsgenossenschaften die gleichen Trends: Am stärksten fällt die Abnahme bei der BG Holz und Metall sowie der BG Handel und Warenlogistik mit über 6 beziehungsweise über 3 Prozent aus. Einen Anstieg bei den Arbeitsunfallquoten je 1 Mio. geleisteter Arbeitsstunden in nennenswertem Umfang verzeichnet lediglich die BG für Transport und Verkehrswirtschaft.

4.3 Meldepflichtige Wegeunfälle

Bei den Wegeunfällen handelt es sich um alle Unfälle auf dem Weg zwischen Wohnung und Ort der versicherten Tätigkeit, nicht etwa nur um Straßenverkehrsunfälle. Die Straßenverkehrsunfälle werden in den Geschäftsergebnissen nicht gesondert ausgewiesen; sie stellen zwar den überwiegenden Teil der Wegeunfälle, finden sich aber auch zu einem geringen Anteil bei den Arbeitsunfällen (zum Beispiel bei Berufskraftfahrenden).

Im Bereich der Prävention unterstützt die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung die Arbeit des Deutschen Verkehrssicherheitsrats (DVR) in fachlicher und finanzieller Hinsicht. Bei beruflichen Tätigkeiten im Straßenverkehr bestehen zusätzliche Präventionsmöglichkeiten, zum Beispiel durch die Unfallverhütungsvorschrift „Fahrzeuge“ (DGUV Vorschrift 70) sowie spezielle Schulungsprogramme und Informationen für Versicherte, die aus beruflichen Anlässen am Straßenverkehr teilnehmen beziehungsweise durch ihn gefährdet sind.

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

Im Jahr 2015 ereigneten sich 179.181 meldepflichtige Wegeunfälle. Das entspricht gegenüber 2014 einer Zunahme um 2,8 Prozent. Bezogen auf 1.000 (gewichtete) Versicherungsverhältnisse (vgl. Abschnitt „Unfallquoten“) gab es hingegen nur eine geringe Zunahme von 3,75 im Vorjahr auf 3,78 im Berichtsjahr um 0,9 Prozent. Die Entwicklung der Wegeunfallquoten bei den Berufsgenossenschaften liegt zwischen +10,9 und -1,7 Prozent (vgl. Tabelle 3).

4.4 Neue Arbeitsunfallrenten

Die Zahl der schweren Arbeitsunfälle, bei denen es erstmals zur Zahlung einer Rente oder eines Sterbegeldes gekommen ist, ist von 14.540 im Vorjahr um 0,6 Prozent auf 14.460 in 2015 zurückgegangen. Dabei hat ihre Häufigkeit je 1.000 Vollarbeiter von 0,372 auf 0,367 im Berichtsjahr um 1,4 Prozent abgenommen. Bezogen auf 1 Mio. geleistete Arbeitsstunden ist ein Rückgang um 2,0 Prozent von 0,239 in 2014 auf 0,234 im Berichtsjahr zu verzeichnen. Die Aufgliederung dieser beiden Unfall-

	2012	2013	2014	2015	Veränd. v. 2014 auf 2015 (%)	
UV in der gewerblichen Wirtschaft	3,91	4,05	3,71	3,73	+	0,6
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	4,07	4,13	3,85	4,01	+	4,1
102 BG Holz und Metall	4,44	4,45	4,16	4,09	-	1,7
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	3,50	3,52	3,33	3,28	-	1,6
104 BG der Bauwirtschaft	3,34	3,58	3,15	3,18	+	1,0
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	3,27	3,38	3,03	3,03	-	0,0
106 BG Handel und Warenogistik	4,51	4,90	4,09	4,12	+	0,8
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	4,00	3,75	3,49	3,87	+	10,9
108 Verwaltungs-BG	3,64	3,71	3,52	3,52	+	0,1
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	4,34	4,56	4,24	4,27	+	0,6
UV der öffentlichen Hand						
Allgemeine Unfallversicherung	4,07	4,26	3,98	4,09	+	2,7
Schüler-Unfallversicherung						
Schulwegunfälle je 1.000 Schüler	6,47	6,54	6,43	6,42	-	0,1
Insgesamt (ohne Schüler-UV)	3,93	4,08	3,75	3,78	+	0,9

Quelle: DGUV

Tabelle 3: Meldepflichtige Wegeunfälle je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse

quoten nach den verschiedenen Bereichen der gesetzlichen Unfallversicherung für die letzten Jahre in den Tabellen 4 und 5 zeigt, dass die Entwicklung der neuen Arbeitsunfallrenten uneinheitlich ausgefallen ist. Einer Zunahme vor allem bei der BG der Bauwirtschaft von 16,6 beziehungsweise 15,9 Prozent stehen Rückgänge in unterschiedlicher Größenordnung bei der Mehrheit der Berufsgenossenschaften gegenüber, vor allem bei der BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe, der BG Handel und Warenlo-

gistik sowie der BG Holz und Metall (bis zu -10,9 beziehungsweise -11,5 Prozent).

4.5 Neue Wegeunfallrenten

Die Zahl der neuen Wegeunfallrenten ist von 4.997 in 2014 auf 4.809 im Berichtsjahr um 3,8 Prozent gesunken. Dabei ist das Unfallrisiko je 1.000 (gewichteter) Versicherungsverhältnisse um 5,6 Prozent von 0,108 auf 0,102 gefallen. Tabelle 6 zeigt, dass sich die Veränderung der Wegeunfallquote gegenüber dem Vorjahr in den verschiedenen Bereichen

ebenfalls eine große Streuung aufweist. Während lediglich bei der BG der Bauwirtschaft ein Anstieg zu verzeichnen ist (+3,3 Prozent), sanken die Quoten bei den übrigen Berufsgenossenschaften um bis zu 11,8 Prozent.

4.6 Verhältnis von neuen Unfallrenten zu meldepflichtigen Unfällen

Im Jahr 2015 kamen auf 1.000 meldepflichtige Arbeitsunfälle 17 neue Arbeitsunfallrenten, auf 1.000 meldepflichtige Wegeunfälle

	2012	2013	2014	2015	Veränd. v. 2014 auf 2015 (%)	
UV in der gewerblichen Wirtschaft	0,429	0,410	0,395	0,390	-	1,4
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,568	0,522	0,520	0,487	-	6,3
102 BG Holz und Metall	0,535	0,537	0,568	0,510	-	10,2
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,418	0,384	0,375	0,375	+	0,2
104 BG der Bauwirtschaft	1,364	1,341	1,246	1,454	+	16,6
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,435	0,450	0,418	0,373	-	10,9
106 BG Handel und Warenogistik	0,449	0,380	0,392	0,351	-	10,5
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	1,170	1,005	0,951	0,965	+	1,5
108 Verwaltungs-BG	0,212	0,214	0,194	0,196	+	0,9
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,211	0,206	0,197	0,197	-	0,2
UV der öffentlichen Hand						
Allgemeine Unfallversicherung	0,245	0,230	0,223	0,220	-	1,5
Schüler-Unfallversicherung						
Schulunfälle je 1.000 Schüler	0,035	0,032	0,028	0,032	+	14,2
Insgesamt (ohne Schüler-UV)	0,404	0,386	0,372	0,367	-	1,4

Quelle: DGUV

Tabelle 4: Neue Arbeitsunfallrenten je 1.000 Vollarbeiter

hingegen 27 neue Wegeunfallrenten. Daraus ist zu ersehen, dass Wegeunfälle im Vergleich zu Arbeitsunfällen weitaus häufiger besonders schwere Folgen haben.

4.7 Tödliche Unfälle

Bei den tödlichen Arbeitsunfällen ist ein Rückgang um 13 Fälle auf 470 Todesfälle zu verzeichnen. Bei der Zahl der tödlichen Wegeunfälle findet sich jedoch ein Anstieg um 26 Fälle auf 348.

Während auf 1.000 neue Arbeitsunfallrenten 33 tödliche Arbeitsunfälle kamen, entfielen auf 1.000 neue Wegeunfallrenten mit 72 töd-

lichen Wegeunfällen mehr als doppelt so viele Todesfälle. Dies verdeutlicht – ebenso wie die entsprechende Aussage in Abschnitt 4.6 – die überproportionale Schwere der Wegeunfälle gegenüber den Arbeitsunfällen.

5.0 Schul- und Schulwegunfälle

Im Berichtsjahr ereigneten sich 1.354.777 meldepflichtige Schülerunfälle (Schul- und Schulwegunfälle). Die Pflicht zur Unfallanzeige besteht in der Schüler-Unfallversicherung dann, wenn die versicherte Person getötet oder so verletzt wird, dass sie ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen muss. Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der Schü-

lerunfälle deutlich gesunken (-2,8 Prozent). Der Schulweganteil liegt mit 110.200 meldepflichtigen Unfällen bei 8,1 Prozent. Auch das Schülerunfallrisiko ist im Berichtsjahr gesunken (-3,1 Prozent). Die Rate liegt bei 78,9 Schülerunfällen je 1.000 versicherte Schülerrinnen und Schüler.

Bei der Zahl der neuen Schülerunfallrenten ist ein Anstieg um 10,2 Prozent auf insgesamt 789 erstmalige Entschädigungen zu verzeichnen. Der Anteil der neuen Schulwegunfallrenten liegt bei 31,4 Prozent. Das Risiko einer schweren Verletzung ist bei Schulwegunfällen um ein Vielfaches höher

	2012	2013	2014	2015	Veränd. v. 2014 auf 2015 (%)	
UV in der gewerblichen Wirtschaft	0,272	0,264	0,253	0,248	-	2,1
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,360	0,337	0,334	0,310	-	6,9
102 BG Holz und Metall	0,339	0,346	0,364	0,325	-	10,8
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,265	0,248	0,240	0,239	-	0,5
104 BG der Bauwirtschaft	0,863	0,865	0,799	0,926	+	15,9
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,275	0,290	0,268	0,237	-	11,5
106 BG Handel und Warenogistik	0,284	0,245	0,251	0,224	-	11,1
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	0,741	0,648	0,610	0,615	+	0,8
108 Verwaltungs-BG	0,134	0,138	0,125	0,125	+	0,3
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,133	0,133	0,126	0,125	-	0,8
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)	0,155	0,148	0,143	0,140	-	2,1
Insgesamt	0,256	0,249	0,239	0,234	-	2,0

Quelle: DGUV

Tabelle 5: Neue Arbeitsunfallrenten je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden

	2012	2013	2014	2015	Veränd. v. 2014 auf 2015 (%)	
UV in der gewerblichen Wirtschaft	0,123	0,114	0,108	0,102	-	5,9
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,163	0,144	0,151	0,133	-	11,8
102 BG Holz und Metall	0,148	0,140	0,149	0,133	-	10,7
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,133	0,123	0,117	0,111	-	4,6
104 BG der Bauwirtschaft	0,122	0,114	0,102	0,106	+	3,3
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,102	0,100	0,092	0,091	-	1,2
106 BG Handel und Warenogistik	0,143	0,122	0,119	0,110	-	7,8
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	0,154	0,100	0,102	0,093	-	8,8
108 Verwaltungs-BG	0,094	0,098	0,091	0,088	-	2,8
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,127	0,114	0,100	0,092	-	8,6
UV der öffentlichen Hand						
Allgemeine Unfallversicherung	0,115	0,107	0,102	0,098	-	3,8
Schüler-Unfallversicherung						
Schulwegunfälle je 1.000 Schüler	0,018	0,013	0,014	0,014	+	1,3
Insgesamt (ohne Schüler-UV)	0,121	0,113	0,108	0,102	-	5,6

Quelle: DGUV

Tabelle 6: Neue Wegeunfallrenten je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse

als bei Schulunfällen. Die Zahl der tödlichen Schülerunfälle stieg um 19 Fälle auf 61. Unter anderem starben davon 16 Versicherte beim Absturz einer Maschine der Germanwings im vergangenen Frühjahr. Der überwiegende Teil der tödlichen Schülerunfälle ereignete sich jedoch auf dem Schulweg. Im Jahr 2015 lag der Anteil bei 65,6 Prozent.

6.0 Berufskrankheiten

6.1 Listen-Berufskrankheitensystem und Erweiterung

In Deutschland gilt ebenso wie in vielen anderen Ländern ein gemischtes Berufskrankheitensystem (Liste und Einzelfälle). Berufskrankheiten sind nach § 9 Abs. 1 SGB VII diejenigen „Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheit bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden“. In diese Liste können ausschließlich Erkrankungen durch besondere gefährdende Einwirkungen aufgenommen werden, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Durch die Dritte Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung vom 22. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2397) wurde die Liste mit Wirkung zum 1. Januar 2015 um vier weitere Berufskrankheiten ergänzt. Darüber hinaus ist nach § 9 Abs. 2 SGB VII eine nicht in der Liste aufgeführte Krankheit anzuerkennen und zu entschädigen, wenn nach neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen die sonstigen Voraussetzungen des Abs. 1 erfüllt sind.

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

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

6.2 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit

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

Im Jahr 2015 sind bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand 76.991 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit eingegangen: Dies stellt gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg um 5.306 Fälle beziehungsweise um 7,4 Prozent dar. Auf die vier neuen Berufskrankheiten entfielen 7.027 aller Anzeigen (vgl. Abschnitt 6.1). In der Schüler-Unfallversicherung sind Berufskrankheiten erwartungsgemäß seltene Ereignisse. Im Berichtsjahr wurden 87 BK-Verdachtsanzeigen registriert. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich dabei um Hauterkrankungen.

Die Aufschlüsselung der Verdachtsanzeigen der vergangenen Jahre nach Krankheitsgruppen in Tabelle 7 erlaubt eine differen-

zierte Betrachtung: Die Hautkrankheiten stellen mit 29.573 Anzeigen den größten Anteil. Die Zahl dieser Verdachtsanzeigen hat 2015 gegenüber dem Vorjahr durch die nun mögliche Anerkennung von Hautkrebs durch natürliche UV-Strahlung als Berufskrankheit deutlich zugenommen (+21,4 Prozent). Für die hohe Zahl bei diesen Anzeigen spielt es ebenfalls eine Rolle, dass erstmals ab Berichtsjahr 2005 auch Meldungen nach § 3 BKV und Hautarztberichte statistisch bei den Verdachtsanzeigen zu erfassen sind. Mit Meldungen nach § 3 BKV wird auf die Gefahr hingewiesen, dass eine Berufskrankheit entstehen, wieder aufleben oder sich verschlimmern kann. Die zweitgrößte Gruppe bilden die 12.445 Anzeigen auf Verdacht einer Erkrankung auf Grund anorganischer Stäube. Diese sind im Vergleich zum Vorjahr um 2,7 Prozent gestiegen. Die 11.874 Verdachtsanzeigen wegen Lärm sind um 117 Fälle gewachsen, was einer Zunahme um 1,0 Prozent entspricht. Die Anzeigen auf Verdacht einer Erkrankung auf Grund mechanischer Einwirkungen haben sich um 1.687 Fälle beziehungsweise um 16,9 Prozent auf 11.653 Fälle erhöht. In diese Gruppe fallen zwei der vier neuen Berufskrankheiten mit zusammen 1.450 Verdachtsanzeigen.

6.3 Entschiedene Fälle

Die durch Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit ausgelösten Feststellungsverfahren führen zu einer der nachfolgend beschriebenen versicherungsrechtlichen Entscheidungen: Sind alle Voraussetzungen für das Vorliegen einer Berufskrankheit erfüllt – wie in Abschnitt 6.1 beschrieben –, so wird diese anerkannt. Bei bestimmten Berufskrankheiten müssen dafür besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein, wie zum Beispiel die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit. Sind nur diese nicht erfüllt, wird zwar die Berufskrankheit im juristischen Sinne nicht anerkannt, es werden jedoch gegebenenfalls im Rahmen von § 3 BKV Leistungen zur Individualprävention beziehungsweise zur medizinischen Rehabilitation erbracht. Beide Fallgruppen werden statistisch als „bestätigte Berufskrankheiten“ zusammengefasst. In den übrigen Fällen muss eine Ablehnung erfolgen, weil entweder nicht nachgewiesen werden kann, dass die Erkrankten am Arbeitsplatz überhaupt einer entsprechenden Gefährdung ausgesetzt waren, oder weil zwar der schädigende Einfluss am Arbeitsplatz festgestellt werden kann, nicht aber ein Zusammenhang zwischen dieser Einwirkung und der Erkrankung.

(Unter-) Gruppe	Bezeichnung	2012	2013	2014	2015	Veränd. v. 2014 auf 2015			
						absolut	in % ¹		
1	Chemische Einwirkungen	3.645	3.648	3.633	3.731	+	98	+	2,7
11	Metalle und Metalloide	305	287	302	325	+	23	+	7,6
12	Erstickungsgase	80	48	59	41	-	18	-	30,5
13	Lösungsmittel, Pestizide und sonst. chem. Stoffe	3.260	3.313	3.272	3.365	+	93	+	2,8
2	Physikalische Einwirkungen	22.379	22.550	22.114	23.884	+	1.770	+	8,0
21	Mechanische Einwirkungen	9.956	10.049	9.966	11.653	+	1.687	+	16,9
22	Druckluft	3	7	1	2	+	1		x
23	Lärm	12.017	12.020	11.757	11.874	+	117	+	1,0
24	Strahlen	403	474	390	355	-	35	-	9,0
3	Infektionserreger, Parasiten, Tropenkrankheiten	2.367	2.614	2.799	2.542	-	257	-	9,2
4	Atemwege, Lungen, Rippenfell, Bauchfell	15.274	15.783	15.639	15.924	+	285	+	1,8
41	Anorganische Stäube	11.606	12.204	12.123	12.445	+	322	+	2,7
42	Organische Stäube	208	209	250	234	-	16	-	6,4
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	3.460	3.370	3.266	3.245	-	21	-	0,6
5	Hautkrankheiten	24.619	24.393	24.355	29.573	+	5.218	+	21,4
6	Augenzittern der Bergleute	6	7	3	-	-	3		x
	Sonstige Anzeigen	2.276	2.584	3.142	1.337	-	1.805	-	57,4
	Insgesamt	70.566	71.579	71.685	76.991	+	5.306	+	7,4

Quelle: DGUV

Tabelle 7: Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit nach Krankheitsgruppen

[¹] Prozent nur bei Fallzahl > 10

Bei einem Teil der anerkannten Berufskrankheiten wird aufgrund des Vorliegens bestimmter Voraussetzungen – insbesondere einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 Prozent – im Geschäftsjahr Verletztenrente (beziehungsweise Gesamtvergütung) oder Sterbegeld (beziehungsweise Hinterbliebenenrente) erstmals durch Verwaltungsakt festgestellt (sogenannte

„neue Berufskrankheitenrenten“). Bei den anerkannten Berufskrankheiten ohne Rentenzahlung werden vielfach Leistungen in anderer Form erbracht, zum Beispiel Heilbehandlung, Verletztengeld, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Übergangsgeld.

In Tabelle 8 wird ein zahlenmäßiger Überblick über alle in den vergangenen zehn Jah-

ren im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand entschieden Fälle gegeben. Auch hier sind die wenigen Fälle aus dem Bereich der Schüler-Unfallversicherung enthalten. Im Berichtsjahr wurden insgesamt 76.090 Feststellungsverfahren abgeschlossen. Dabei wurde in 37.149 Fällen – und damit in

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Veränderung von 2014 auf 2015			
											absolut	%		
BK-Verdacht bestätigt	23.019	23.663	23.028	25.570	31.219	34.573	35.293	36.202	36.754	37.149	+	395	+	1,1
davon:														
anerkannte Berufskrankheiten	14.156	13.383	12.972	16.078	15.461	15.262	15.291	15.656	16.112	16.802	+	690	+	4,3
darunter: neue BK-Renten	4.781	4.123	4.312	6.643	6.123	5.407	4.924	4.815	5.155	5.049	-	106	-	2,1
berufliche Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt	8.863	10.280	10.056	9.492	15.758	19.311	20.002	20.546	20.642	20.347	-	295	-	1,4
BK-Verdacht nicht bestätigt	38.040	35.980	36.440	37.132	37.967	37.165	36.096	36.725	38.425	38.941	+	516	+	1,3
Entschiedene Fälle insgesamt	61.059	59.643	59.468	62.702	69.186	71.738	71.389	72.927	75.179	76.090	+	911	+	1,2

Quelle: DGUV

Tabelle 8: Entschiedene Fälle

(Unter-) Gruppe	Bezeichnung	BK-Verdacht bestätigt				BK-Verdacht nicht bestätigt	Entschiedene Fälle insgesamt
		anerkannte Berufskrankheiten		berufl. Verur- sachung best., vers.-rechtl. Voraus fehlen	Insgesamt (Sp. 1, 3)		
		Insgesamt	darunter neue BK-Renten				
				1	2		
1	Chemische Einwirkungen	599	504	14	613	2.976	3.589
11	Metalle und Metalloide	31	21	-	31	265	296
12	Erstickungsgase	14	2	-	14	28	42
13	Lösungsmittel, Pestizide und sonst. chem. Stoffe	554	481	14	568	2.683	3.251
2	Physikalische Einwirkungen	7.453	901	150	7.603	16.170	23.773
21	Mechanische Einwirkungen	1.195	559	150	1.345	10.157	11.502
22	Druckluft	-	-	-	-	2	2
23	Lärm	6.216	306	-	6.216	5.706	11.922
24	Strahlen	42	36	-	42	305	347
3	Infektionserreger, Parasiten, Tropenkrankheiten	969	62	-	969	1.277	2.246
4	Atemwege, Lungen, Rippenfell, Bauchfell	5.410	3.130	304	5.714	10.708	16.422
41	Anorganische Stäube	4.741	2.815	-	4.741	7.941	12.682
42	Organische Stäube	80	59	-	80	154	234
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	589	256	304	893	2.613	3.506
5	Hautkrankheiten	2.151	384	19.879	22.030	6.338	28.368
6	Augenzittern der Bergleute	-	-	-	-	-	-
	Fälle gemäß DDR-BKVO-Liste	9	9	-	9	46	55
	Sonstige Krankheiten	211	59	-	211	1.426	1.637
	Insgesamt	16.802	5.049	20.347	37.149	38.941	76.090

Quelle: DGUV

Tabelle 9: Entschiedene Fälle 2015 nach Krankheitsgruppen

48,8 Prozent – der Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit bestätigt. Unter diesen bestätigten Fällen waren 16.802 anerkannte Berufskrankheiten im engeren Sinn, von denen wiederum in 5.049 Fällen eine Rente, Abfindung oder Sterbegeld gezahlt wurde (neue Berufskrankheitenrenten). Die Zahl der neuen BK-Renten bewegt sich in den vergangenen Jahren auf einem ähnlichen Niveau wie bis zum Jahr 2008. Der enorme Anstieg (vor allem bei der BG RCI Branche Bergbau) im Berichtsjahr 2009 ist unter anderem durch ein Urteil des BSG sowie eine Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung zu erklären. Die Altfälle, die durch den Wegfall der Rückwirkungsklausel und der damit verbundenen Anerkennung (BSG-Urteil) entstanden sind, spielten in den vergangenen Jahren keine wesentliche Rolle mehr.

In den übrigen 20.347 bestätigten Fällen – überwiegend Hauterkrankungen – waren

die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt. Der in den Jahren 2010 und 2011 deutlich erkennbare Anstieg bei den Fällen, bei denen die berufliche Verursachung festgestellt wurde, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen aber fehlen, ist durch die Verbesserung der Dokumentation der § 3-Maßnahmen in der Stufe 1 des Stufenverfahrens Haut zu begründen. In 38.941 Fällen musste eine Ablehnung erfolgen. In Tabelle 9 sind die entschiedenen Fälle des Berichtsjahres nicht nur nach Art der versicherungsrechtlichen Entscheidung, sondern zusätzlich nach Krankheitsgruppen aufgegliedert. Es wird unter anderem deutlich, dass es besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nur bei bestimmten Berufskrankheiten gibt. Dadurch ist die Rangfolge der häufigsten Berufskrankheiten auch unterschiedlich, je nachdem, ob man die anerkannten oder die bestätigten Fälle betrachtet.

6.4 Übergangsleistungen

Wenn eine versicherte Person eine gefährdende berufliche Tätigkeit wegen der Entstehung, des Wiederauflebens oder der Verschlimmerung einer Berufskrankheit aufgibt, so wird eine hierdurch verursachte Verdiensteinbuße oder ein anderer wirtschaftlicher Nachteil vom Träger der Unfallversicherung ausgeglichen. Diese Übergangsleistung nach § 3 Abs. 2 BKV kann als einmalige Zahlung bis zur Höhe der Jahresvollrente gewährt werden. Es können aber auch monatliche Zahlungen bis zur Höhe eines Zwölftels der Vollrente für längstens fünf Jahre erfolgen.

Im Jahr 2015 wurden von den Unfallversicherungsträgern insgesamt 3.434 Übergangsleistungen gewährt, davon 3.332 im Bereich der gewerblichen Wirtschaft. Ihre Verteilung nach Krankheitsgruppen und Unfallversicherungsträgern weist

	2012	2013	2014	2015	Veränd. v. 2014 auf 2015 (%)
Ambulante Heilbehandlung	1.292.127.515	1.331.964.576	1.386.659.529	1.461.353.326	+ 5,4
Zahnersatz	15.913.598	15.791.627	15.633.996	15.234.095	- 2,6
Ambulante Heilbehandlung und Zahnersatz zusammen	1.308.041.113	1.347.756.203	1.402.293.526	1.476.587.421	+ 5,3
Stationäre Behandlung	1.041.445.538	1.066.648.353	1.104.642.301	1.088.059.084	- 1,5
Häusliche Krankenpflege	11.801.689	12.137.666	12.512.625	11.813.468	- 5,6
Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege zusammen	1.053.247.228	1.078.786.019	1.117.154.926	1.099.872.551	- 1,5
Verletztengeld	601.353.569	638.844.038	657.367.531	678.986.352	+ 3,3
Besondere Unterstützung	1.168.514	1.222.762	1.401.482	1.677.692	+ 19,7
Verletztengeld und besondere Unterstützung zusammen	602.522.082	640.066.800	658.769.013	680.664.044	+ 3,3
Gewährung der Pflege	138.663.325	150.597.498	163.030.937	174.815.878	+ 7,2
Pflegegeld	108.398.700	108.999.478	110.598.015	112.990.727	+ 2,2
Entschädigung für Wäsche- und Kleiderverschleiß	17.173.411	17.375.033	17.172.965	17.455.191	+ 1,6
Übrige Heilbehandlungskosten	1.249.724	1.263.902	1.172.580	1.243.948	+ 6,1
Sozialversicherungsbeiträge bei Verletztengeld	203.881.860	216.219.913	226.486.983	231.359.832	+ 2,2
Reisekosten bei Heilbehandlung und Pflege	196.692.052	204.881.467	216.872.864	235.167.700	+ 8,4
Haushaltshilfe und Kinderbetreuung	5.561.095	5.976.903	5.673.359	5.928.808	+ 4,5
Leistungen zum Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	40.310.346	39.664.161	44.202.737	45.882.499	+ 3,8
Verletztengeld bei Unfall des Kindes	2.049.047	2.055.092	2.528.834	2.271.919	- 10,2
Sonstige Heilbehandlungs- kosten zusammen	713.979.560	747.033.447	787.739.274	827.116.503	+ 5,0
Insgesamt	3.677.789.983	3.813.642.469	3.965.956.739	4.084.240.519	+ 3,0

Quelle: DGUV

Tabelle 10: Aufwendungen für Heilbehandlung in Euro

deutliche Schwerpunkte auf: Mit 1.522 Fällen sind 44,3 Prozent durch Hautkrankheiten begründet, die überwiegend bei den Berufsgenossenschaften Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Holz und Metall, sowie Nahrungsmittel und Gastgewerbe zu finden sind.

In weiteren 1.276 Fällen (37,2 Prozent) handelt es sich um obstruktive Atemwegserkrankungen, die zu 65,3 Prozent auf die BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe entfallen. Weitere 504 Übergangsleistungen (14,7 Prozent) wurden aufgrund von Erkrankungen durch mechanische Einwirkungen erbracht. Es verbleiben 132 Fälle (3,8 Prozent), die sich auf die übrigen Erkrankungen verteilen.

7.0 Rentenbestand

1991 hatten die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im Rahmen der Ausweitung ihrer Zuständigkeit auf die neuen Bundesländer den gesamten laufenden Rentenbestand aufgrund von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten von der Sozialversicherung der ehemaligen DDR übernommen. Damit war der Rentenbestand im Jahre 1991 um rund ein Drittel angestiegen. Ende 2015 belief er sich auf 815.836 Renten, was einem Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 1,7 Prozent entspricht. Der Rentenbestand kann in verschiedener Weise aufgegliedert werden. Die wichtigsten Aufteilungen ergeben folgendes Bild:

- 718.164 Renten (88 Prozent) stammen aus dem Bereich der gewerblichen Wirtschaft.

- 79.499 Renten (10 Prozent) entfallen auf den Bereich der öffentlichen Hand.
- 18.173 Renten (2 Prozent) stammen aus dem Bereich der Schüler-Unfallversicherung.
- 690.625 Renten (85 Prozent) laufen aufgrund von Unfällen.
- 125.211 Renten (15 Prozent) werden aufgrund von Berufskrankheiten gezahlt.
- 704.907 Renten (86 Prozent) werden an Verletzte und Erkrankte gezahlt.
- 110.929 Renten (14 Prozent) bekommen Hinterbliebene.

8.0 Entschädigungsleistungen

In diesem Abschnitt werden summarisch alle Entschädigungsleistungen einschließlich der Aufwendungen im Rahmen der Schüler-Unfallversicherung dargestellt,

	2012	2013	2014	2015	Veränd. v. 2014 auf 2015 (%)
Sachleistungen	88.400.601	87.394.795	88.554.893	89.096.504	+ 0,6
Übergangsgeld	43.998.927	44.411.753	45.209.468	45.379.635	+ 0,4
Sonstige Barleistungen	603.482	491.103	457.228	533.710	+ 16,7
Sozialversicherungsbeiträge bei Übergangsgeld	24.923.549	24.821.335	25.247.303	24.783.648	- 1,8
Reisekosten	8.193.176	7.614.849	7.553.180	7.584.029	+ 0,4
Haushaltshilfe	198.412	227.334	285.166	230.359	- 19,2
Sonstige ergänzende Leistungen	4.872.431	4.750.150	4.978.085	5.253.429	+ 5,5
Übergangsleistungen	14.236.830	13.764.664	14.037.393	13.817.899	- 1,6
Insgesamt	185.427.409	183.475.983	186.322.716	186.679.212	+ 0,2

Quelle: DGUV

Tabelle 11: Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Euro

welche Unfallversicherungsträger im Bereich der gewerblichen Wirtschaft und der öffentlichen Hand im Jahr 2015 für ihre Versicherten erbracht haben. Als Entschädigungsleistungen gelten die Dienst-, Sach- und Barleistungen nach Eintritt des Versicherungsfalles an Verletzte und Erkrankte sowie an Hinterbliebene. Im Einzelnen handelt es sich dabei um Heilbehandlung inklusive Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, Pflege und Geldleistungen. Die Entschädigungsleistungen beliefen sich 2015 auf 9,943 Mrd. Euro. Das waren 173,6 Mio. Euro beziehungsweise 1,8 Prozent mehr als im Vorjahr. 4,084 Mrd. Euro der Entschädigungsleistungen entfielen auf Heilbehandlung, 187 Mio. Euro auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und 5,561 Mrd. Euro auf Renten, Abfindungen und Beihilfen.

8.1 Heilbehandlung

2015 lagen die gesamten Aufwendungen für Heilbehandlung einschließlich medizinischer Rehabilitation, Geldleistungen, Pflege und ergänzender Leistungen in Höhe von 4,084 Mrd. Euro um 3,0 Prozent beziehungsweise um 118 Mio. Euro über denen des Vorjahres. Ihre detaillierte Aufgliederung in Tabelle 10 zeigt, dass die Kosten in den meisten Teilbereichen gestiegen sind. Hervorzuheben ist der Anstieg bei der ambulanten Behandlung um 75 Mio. Euro beziehungsweise um 5,4 Prozent, beim Verletztengeld um 22 Mio. Euro beziehungsweise um 3,3 Prozent, bei den Reisekosten, bei Heilbehandlung und Pflege um 18 Mio. Euro (+8,4 Prozent) sowie bei der Gewährung der Pflege um 12 Mio. Euro (+7,2 Prozent). In den Rechnungsergebnissen werden im Rahmen der Heilbehand-

lungskosten auch die Aufwendungen zur Förderung der Teilhabe am Gemeinschaftsleben („soziale Reha“) erfasst, die sich im Berichtsjahr auf 46 Mio. Euro (+3,8 Prozent) beliefen.

8.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Im Berichtsjahr betragen diese Aufwendungen 187 Mio. Euro. Sie waren damit um 0,2 Prozent beziehungsweise um 0,4 Mio. Euro höher als im Vorjahr. In Tabelle 11 sind sie nach den verschiedenen Teilbereichen aufgeschlüsselt. Mit 89 Mio. Euro wurden 47,7 Prozent aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Sachleistungen aufgewendet. Auf Übergangsgeld entfielen mit 45 Mio. Euro weitere 24,3 Prozent der Kosten.

8.3 Renten, Beihilfen und Abfindungen

Die gesamten Aufwendungen dieser Art in Höhe von 5,561 Mrd. Euro weisen 2015 gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg um 0,9 Prozent auf; sie sind in Tabelle 12 näher aufgeschlüsselt. Mit 5,457 Mrd. Euro wurden 98 Prozent davon für Renten an Verletzte, Erkrankte und Hinterbliebene ausgegeben, wobei 4,040 Mrd. Euro auf Versichertenrenten entfielen und 1,417 Mrd. Euro auf Hinterbliebenenrenten. Für Beihilfen an Hinterbliebene wurden 18 Mio. Euro aufgewendet und für Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene 86 Mio. Euro. Darüber hinaus wurden im Berichtsjahr etwa 65.000 Euro für Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen geleistet.

9.0 Steuerungskosten für Prävention

Die Unfallversicherungsträger haben gemäß § 15 SGB VII den gesetzlichen Auf-

trag, Unfallverhütungsvorschriften zu erlassen, zu deren Einhaltung die Unternehmen beziehungsweise Einrichtungen in ihrem Zuständigkeitsbereich verpflichtet sind. Die Unfallversicherungsträger tragen die Steuerungskosten, die bei der Einleitung von Präventionsmaßnahmen anfallen. Dagegen werden die Durchführungskosten, deren Umfang statistisch nicht erfasst wird, die jedoch mit Sicherheit um ein Vielfaches höher liegen, von den Unternehmen und Einrichtungen getragen. 2015 haben die Unfallversicherungsträger 1,123 Mrd. Euro für Prävention, arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste und Erste Hilfe ausgegeben. Diese Aufwendungen lagen um 3,6 Prozent über denen des Vorjahres. Mehr als die Hälfte der Ausgaben entfiel mit 632 Mio. Euro auf die Personal- und Sachkosten der Prävention. Für die Aus- und Fortbildung von Personen, die in den Unternehmen mit der Durchführung der Prävention betraut sind, wurden 138 Mio. Euro aufgewendet. Die nähere Aufgliederung der übrigen Kosten der Prävention ist in Tabelle 13 zu finden.

10.0 Aufbringung der Mittel

Die Aufwendungen der Unfallversicherungsträger im aktuellen Berichtsjahr sind in Grafik 2 anteilig dargestellt. Das Finanzierungsverfahren unterscheidet sich im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften strukturell von demjenigen im Bereich der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Aus diesem Grunde ist beiden Bereichen hier ein eigener Abschnitt gewidmet. Dieser enthält jeweils auch eine Überblicksdarstellung der Aufwands- und Ertragsrechnung. ▶

	2012	2013	2014	2015	Veränd. v. 2014 auf 2015 (%)	
Renten an Versicherte	3.975.382.391	3.980.743.614	4.005.807.364	4.039.730.388	+	0,8
Witwen/Witwer nach § 65 Abs. 2 Nr. 2 SGB VII	9.138.902	8.873.037	7.384.037	6.414.282	-	13,1
Witwen/Witwer nach § 65 Abs. 2 Nr. 3 SGB VII	1.305.306.576	1.307.274.528	1.309.980.288	1.317.521.650	+	0,6
Rente im Sterbevierteljahr nach § 65 Abs. 2 Nr.1 SGB VII	13.870.209	14.779.939	14.650.507	15.397.582	+	5,1
Witwen/Witwer zusammen	1.328.315.687	1.330.927.503	1.332.014.832	1.339.333.514	+	0,5
Waisen	89.732.323	85.001.498	79.755.773	77.455.110	-	2,9
Sonstige Berechtigte	217.806	190.562	185.269	243.107	+	31,2
<i>Renten zusammen</i>	<i>5.393.648.207</i>	<i>5.396.863.177</i>	<i>5.417.763.237</i>	<i>5.456.762.118</i>	<i>+</i>	<i>0,7</i>
Beihilfen nach § 71 SGB VII an						
Witwen/Witwer einmalig	15.948.159	16.415.798	14.966.887	16.161.497	+	8,0
Witwen/Witwer laufend	2.120.880	2.199.992	2.086.824	2.122.814	+	1,7
Witwen/Witwer zusammen	18.069.039	18.615.790	17.053.710	18.284.312	+	7,2
Waisen	78.910	43.372	60.069	51.081	-	15,0
<i>Beihilfen zusammen</i>	<i>18.147.949</i>	<i>18.659.162</i>	<i>17.113.779</i>	<i>18.335.392</i>	<i>+</i>	<i>7,1</i>
Abfindungen an						
Versicherte ¹	85.043.154	83.944.584	78.685.983	85.305.522	+	8,4
Hinterbliebene	733.931	763.204	675.994	862.302	+	27,6
<i>Abfindungen zusammen</i>	<i>85.777.086</i>	<i>84.707.787</i>	<i>79.361.978</i>	<i>86.167.824</i>	<i>+</i>	<i>8,6</i>
Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	258.971	212.515	99.911	64.655	-	35,3
Insgesamt	5.497.832.213	5.500.442.641	5.514.338.905	5.561.329.990	+	0,9

Quelle: DGUV

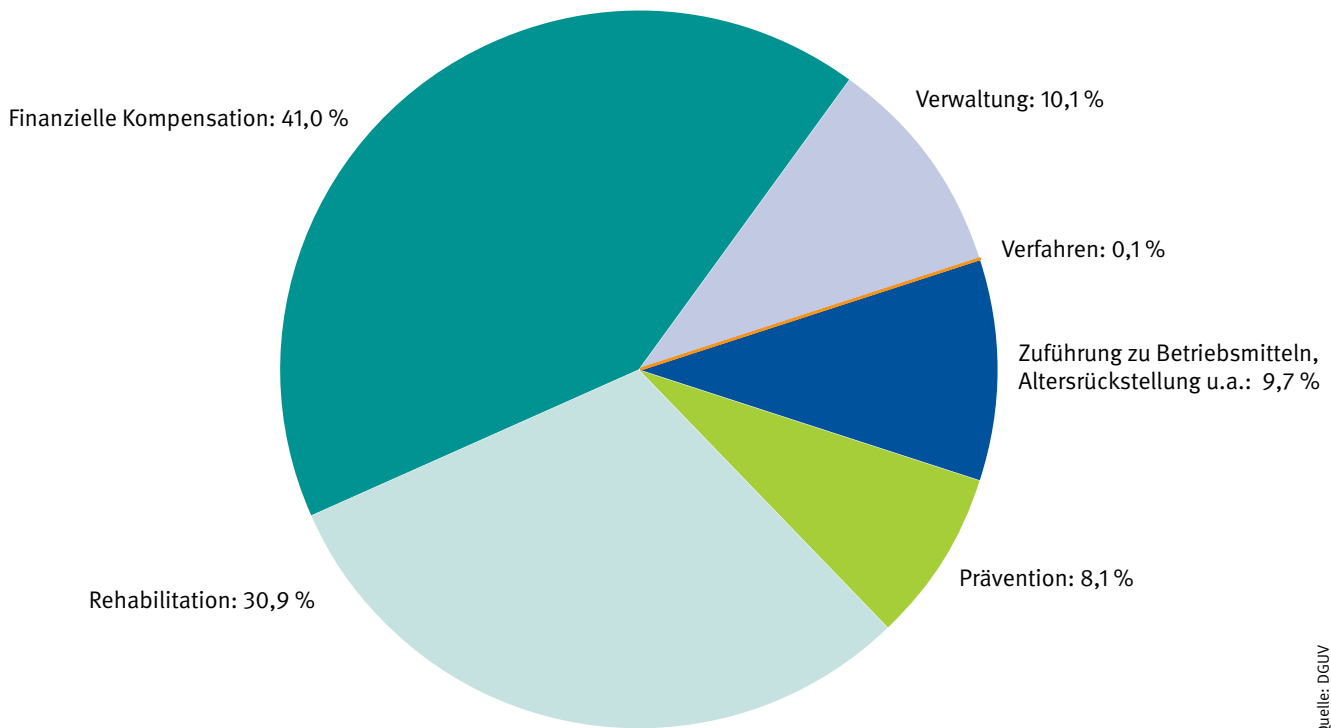
Tabelle 12: Aufwendungen für Renten, Beihilfen und Abfindungen in Euro

[1] inkl. Gesamtvergütungen

	2012	2013	2014	2015	Veränd. v. 2014 auf 2015 (%)	
Herstellung von Unfallverhütungsvorschriften	2.263.528	1.921.299	1.816.914	1.974.645	+	8,7
Personal- und Sachkosten der Prävention	587.129.171	604.425.759	624.136.783	632.102.447	+	1,3
Aus- und Fortbildung (§ 23 SGB VII)	121.803.275	128.325.558	133.495.520	138.231.821	+	3,5
Zahlungen an Verbände für Prävention	112.338.991	100.624.002	107.878.332	115.422.028	+	7,0
Arbeitsmedizinische Dienste	50.176.441	53.415.071	46.389.888	49.636.959	+	7,0
Sicherheitstechnische Dienste	14.439.713	15.192.261	26.724.970	29.346.376	+	9,8
Sonstige Kosten der Prävention	86.915.006	90.916.929	96.787.964	103.366.404	+	6,8
Erste Hilfe (§ 23 Abs. 2 SGB VII)	38.276.138	43.002.985	45.960.866	52.543.754	+	14,3
Insgesamt	1.013.342.263	1.037.823.865	1.083.191.237	1.122.624.434	+	3,6

Quelle: DGUV

Tabelle 13: Steuerungskosten für Prävention in Euro



Quelle: DGUV

Grafik 2: Aufwendungen 2015¹[¹] Insgesamt: 13.835.548.950 €

Die Aufwendungen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften sind höher als das Umlagesoll, da Letzteres nach Saldierung mit den Erträgen und ohne umlageunwirksame Konten ermittelt wird.

10.1 Aufbringung der Mittel und Beitragssatz im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Das Umlagesoll für 2015 beläuft sich auf 10,840 Mrd. Euro und ist damit um 160 Mio. Euro beziehungsweise um 1,5 Prozent höher als im Vorjahr. Das beitragspflichtige Entgelt ist um 3,9 Prozent auf 910,5 Mrd. Euro gestiegen. Der durchschnittliche Beitragssatz ist gegenüber dem Vorjahr gesunken und beträgt 1,19 Prozent.

Anders als in den übrigen Zweigen der gesetzlichen Sozialversicherung, in denen in den vergangenen Jahrzehnten zum Teil erhebliche Beitragsanstiege zu verzeichnen waren, weist der durchschnittliche Beitragssatz der gewerblichen Berufsgenossenschaften in der langjährigen Entwicklung eine sinkende Tendenz auf. Dementsprechend ist der Anteil dieses Beitragssatzes am Gesamtsozialversicherungs-Beitragssatz von 4,95 Prozent im Jahr 1970 auf 2,92 Prozent im Berichtsjahr 2015 gesunken.

Die Finanzmittel für die Durchführung der gesetzlichen Aufgaben der gewerblichen Berufsgenossenschaften werden

nach Ablauf eines Geschäftsjahres nachträglich von den Unternehmen in der gewerblichen Wirtschaft im Umlageverfahren aufgebracht. Die Aufwendungen sind höher als das Umlagesoll, welches die Unternehmer und Unternehmerinnen in der gewerblichen Wirtschaft als Beitrag zur gesetzlichen Unfallversicherung aufzubringen haben.

Die Berufsgenossenschaften erwirtschaften nämlich auch Einnahmen wie zum Beispiel Regresseinnahmen, die zunächst einen Teil der Aufwendungen decken, sodass nur noch die Differenz umgelegt werden muss. Dies ist übersichtlich dargestellt in Tabelle 14, die als zusammenfassende Abschlussübersicht die gegliederte Darstellung aller umlagewirksamen Aufwendungen und Erträge sowie das daraus resultierende Umlagesoll enthält.

Der Anteil des einzelnen Unternehmens an diesem Umlagesoll richtet sich zunächst nach dem beitragspflichtigen Entgelt; darunter sind die Arbeitsentgelte der abhängig Beschäftigten sowie die Versicherungssummen der versicherten Unter-

nehmer und Unternehmerinnen zu verstehen. Darüber hinaus erfolgt eine Einstufung des Unternehmens nach dem Gefahrarif aufgrund der generellen Unfallgefahr in diesem Gewerbebereich. Zusätzlich setzen die gewerblichen Berufsgenossenschaften Beitragszuschläge und -nachlässe fest, deren Höhe sich nach Zahl, Schwere und Kosten der Arbeitsunfälle (ohne Wegeunfälle) im einzelnen Unternehmen richtet. Diese Zuschläge und Nachlässe geben dem dem Unternehmen einen wirtschaftlichen Anreiz, möglichst effektiv Unfälle zu verhüten.

10.2 Aufbringung der Mittel im Bereich der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand

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

Unfallversicherung

Ktgr. Umlagewirksame Aufwendungen €

Kontenklasse 4		
40	Ambulante Heilbehandlung	1.132.828.460
45	Zahnersatz	9.110.545
46	Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege	899.410.560
47	Verletztengeld, besondere Unterstützung	608.856.582
48	Sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen	671.510.056
49	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	166.595.901
Insgesamt		3.488.312.104

Kontenklasse 5		
50	Renten an Versicherte und Hinterbliebene	4.860.004.988
51	Beihilfen an Hinterbliebene	16.851.025
52	Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene	80.818.993
53	Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	10.123
56	Mehrleistungen und Aufwendungsersatz	33.821
57	Sterbegeld und Überführungskosten	17.712.410
58	Leistungen im Rahmen von Unfalluntersuchungen	67.601.797
59	Prävention	1.002.082.602
Insgesamt		6.045.115.758

Kontenklasse 6 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 60/61)		
62	Zuschreibungen und sonstige Aufwendungen	-
63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	2.900.712
64	Beitragsausfälle	243.245.558
65	Beitragsnachlässe	250.242.467
66	Verluste durch Wertminderung der Aktiva und Wertsteigerung der Passiva	-
67	Zuführungen zu den Vermögen	583.515.402
69	Sonstige Aufwendungen	756.843.670
Insgesamt		1.836.747.809

Kontenklasse 7		
70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	666.355.669
71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	131.481.014
72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	62.477.560
73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	160.682.749
74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	3.380.473
75	Vergütungen für Verwaltungsaufgaben	163.035.594
76	Kosten der Rechtsverfolgung	10.902.372
77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	3.857.376
78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	1.585.851
79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	-
Insgesamt		1.203.758.658
Summe der umlagewirksamen Aufwendungen		12.573.934.330

Ktgr. Umlagewirksame Erträge €

Kontenklasse 2		
21	Sonstige Beitragseingänge	385.061.045
22	Säumniszuschläge, Stundungszinsen	29.580.367
Insgesamt		414.641.412

Kontenklasse 3 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 30/31)		
32	Umlagewirksame Vermögenserträge aus den Betriebsmitteln	28.513.929
33	Vermögenserträge	-
34	Gewinne der Aktiva	-
35	Einnahmen aus Ersatzansprüchen	383.135.344
36	Geldbußen und Zwangsgelder	3.072.146
37	Entnahmen aus den Vermögen	142.294.518
38	Einnahmen aus öffentlichen Mitteln	2.023.836
39	Sonstige Einnahmen	760.222.601
Insgesamt		1.319.262.374
Summe der umlagewirksamen Erträge		1.733.903.786

Quelle: DGUV

Ermittlung des Umlagesolls:

umlagewirksame Aufwendungen	12.573.934.330
abzüglich umlagewirksamer Erträge	1.733.903.786
Umlagesoll* (Überschuss der Aufwendungen)	10.840.030.544

Tabelle 14: Gewerbliche Berufsgenossenschaften – Zusammenfassende Abschlussübersicht für das Jahr 2015: Ermittlung des Umlagesolls

[*] BGHM: ohne Berücksichtigung der Auslandsunfallversicherung

Ktgr.	Umlagewirksame Aufwendungen	€	Ktgr.	Umlagewirksame Erträge	€
Kontenklasse 4			Kontenklasse 2		
40	Ambulante Heilbehandlung	328.524.865	20	Umlagebeiträge der Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbände	1.493.723.425
45	Zahnersatz	6.123.550	21	Sonstige Beitragseingänge	44.538.633
46	Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege	200.461.992	22	Säumniszuschläge, Stundungszinsen	143.149
47	Verletztengeld, besondere Unterstützung	71.807.462		Insgesamt	1.538.405.207
48	Sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen	155.606.447	Kontenklasse 3 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 30/31)		
49	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	20.083.312	32	Umlagewirksame Vermögenserträge aus den Betriebsmitteln	6.738.919
	Insgesamt	782.607.628	33	Vermögenserträge	-
Kontenklasse 5			34	Gewinne der Aktiva	-
50	Renten an Versicherte und Hinterbliebene	596.757.130	35	Einnahmen aus Ersatzansprüchen	91.060.075
51	Beihilfen an Hinterbliebene	1.484.367	36	Geldbußen und Zwangsgelder	-
52	Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene	5.348.831	37	Entnahmen aus den Vermögen	41.481.316
53	Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	54.532	38	Einnahmen aus öffentlichen Mitteln	141.703.194
56	Mehroleistungen und Aufwendungsersatz	15.836.264	39	Sonstige Einnahmen	3.913.803
57	Sterbegeld und Überführungskosten	1.439.224		Insgesamt	284.897.307
58	Leistungen im Rahmen von Unfalluntersuchungen	8.169.282	Summe der umlagewirksamen Erträge		
59	Prävention	120.541.832			1.823.302.514
	Insgesamt	749.631.462	Kontenklasse 6 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 60/61)		
62	Zuschreibungen und sonstige Aufwendungen	-	62	Zuschreibungen und sonstige Aufwendungen	-
63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	108.013	63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	108.013
64	Beitragsausfälle	67.292	64	Beitragsausfälle	67.292
65	Beitragsnachlässe	762.594	65	Beitragsnachlässe	762.594
67	Zuführungen zu den Vermögen	68.159.312	67	Zuführungen zu den Vermögen	68.159.312
69	Sonstige Aufwendungen	3.157.938	69	Sonstige Aufwendungen	3.157.938
	Insgesamt	72.255.148	Kontenklasse 7		
70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	149.275.845	70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	149.275.845
71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	13.979.799	71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	13.979.799
72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	10.979.485	72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	10.979.485
73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	24.051.429	73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	24.051.429
74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	1.128.192	74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	1.128.192
75	Vergütungen für Verwaltungsaufgaben	16.741.213	75	Vergütungen für Verwaltungsaufgaben	16.741.213
76	Kosten der Rechtsverfolgung	1.530.362	76	Kosten der Rechtsverfolgung	1.530.362
77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	208.983	77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	208.983
78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	266.952	78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	266.952
79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	646.017	79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	646.017
	Insgesamt	218.808.276	Summe der umlagewirksamen Aufwendungen		
					1.823.302.514
	Umlagebeitrag (Ktgr. 20)	1.493.723.425			

Quelle: DGUV

Tabelle 15: Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand - Zusammenfassende Abschlussübersicht für das Jahr 2015

Anspruch auf Equal-Pay von Leiharbeitnehmenden begründet höhere Beitragsansprüche

Unternehmen der Zeitarbeit müssen rückständige Sozialversicherungsbeiträge auf der Grundlage des mit Nichtigkeit der CGZP-Tarifverträge geschuldeten „Equal Pay“-Entgeltanspruchs der Leiharbeitnehmenden in den Grenzen der Verjährung nachzahlen.



BSG Urteil vom 16.12.2015 – B 12 R 11/14 R

Es geht um eine Beitragsnacherhebung in Höhe von 75.364,13 Euro für einen Prüfzeitraum vom 1. Dezember 2005 bis 31. Dezember 2009, wofür der Rentenversicherungsträger seinen Bescheid auf die fehlerhafte Beitragsentrichtung aufgrund der mit Beschluss vom 14. Dezember 2010 durch das BAG festgestellten Tarifunfähigkeit der CGZP gestützt hatte. Im lange erwarteten Urteil des BSG ging es um die rechtliche Klärung von im Wesentlichen drei Fragen:

1. Stand der nachträglichen Erhebung der Beiträge für bereits geprüfte Beitragszeiträume ein „Bestandsschutz“ vorausgegangener sogenannter „Prüfbescheide“ im Anschluss an vorangegangene Betriebsprüfungen für denselben Zeitraum entgegen?
2. Konnten sich die Verleiher gegenüber der Nacherhebung auf einen Verstoß gegen den Grundsatz des Verbots rückwirkender Rechtsprechung beziehungsweise auf den Vertrauensgrundsatz berufen?
3. Stand einer Nacherhebung der Beiträge für Zeiträume außerhalb des Regel-Verjährungszeitraums von vier Jahren die erhobene Verjährungseinrede entgegen oder ist eine Anwendung der 30-jährigen Verjährungsfrist (hier für Beiträge in der Zeit vom 1. Dezember 2005 bis 31. Dezember 2006) spätestens mit der Kenntnis der CZPG-Entscheidung des BAG im Jahr 2010 möglich geworden?

Das BSG hat alle drei Fragen verneint. Dass die Wirkung der Entscheidung des BAG zur Nichtigkeit der Tarifverträge Wirkung auch für zurückliegende Zeiträume entfaltete und nicht durch einen rechtsstaatlich gebotenen Vertrauensschutz ausgeschlossen war, hatte bereits das BVerfG entschieden (Nichtannahmebeschluss vom 25. April 2015 – 1 BvR 2314/12). Das BSG hat gleichwohl nochmals ausführlich zu den Argumenten der Adressaten der Beitragsbescheide eines auf die Existenz der Tarifverträge gegründeten Vertrauens und daraus folgenden Rückwirkungsverbots Stellung genommen und darauf verwiesen, dass anders lautende, eine Tariffähigkeit der

CZPG bejahende Gerichtsurteile zu keinem Zeitpunkt als maßgebliche Vertrauensbasis ergangen waren.

Auch dass mit aufgrund neuer Prüfungen nach dem Urteil erlassenen Prüfbescheiden nicht in einen Vertrauens- oder Bestandsschutz alter Prüfbescheide vorangegangener Prüfungen eingegriffen wird, entsprach bereits der höchstrichterlichen Rechtsprechung des BSG (unter anderem Urteil vom 30. Oktober 2013 – B 12 AL 2/11 R). Hinsichtlich der Verjährungseinrede hielt das BSG weitere Fragen für klärungsbedürftig und maß in diesem Zusammenhang einem Schreiben der DRV Bund im Dezember 2010 an zahlreiche Unternehmen der Arbeitnehmerüberlassung betreffend die Geltendmachung „möglicher“ Beitragsansprüche für zurückliegende Zeiträume zum Zwecke der Verhinderung des drohenden Verjährungseintritts kein die Kenntnis der Beitragspflicht begründendes Wissen für eine vorsätzliche Vorenthaltung von Beiträgen und auch keine verjährungshemmende Wirkung zu (für die zumindest eine weitere Arbeitgeberprüfung noch im Jahr 2010 hätte erfolgen müssen). Hinsichtlich der Kenntnis um die Beitragspflicht hält das BSG weitere Ermittlungen zum konkreten Kenntnisstand der seinerzeit die Unternehmen vertretenden Organe für erforderlich.

Damit können auch die Unfallversicherungsträger, allen voran die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft als der für die Leiharbeit zuständige Träger, aber auch solche, deren Zuständigkeit für sogenannte monostrukturelle Unternehmen der Leiharbeit aus der jeweiligen Fachzuständigkeit folgt, Beiträge für Zeiten vor 2010 nachfordern, in denen Arbeitsentgelte und Beiträge nur auf der Grundlage der niedrigen Löhne nach den nichtigen Tarifverträgen gezahlt wurden. Dabei sind sie grundsätzlich nach § 28h Abs. 2 S. 2 SGB IV zur Schätzung der Arbeitsentgelte der vergleichbaren Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen im Stammbetrieb berechtigt; die Schätzungsbefugnis setzt aber, wie das BSG in dieser Entscheidung den Rentenversicherungsträgern mitgegeben hat, nicht nur konkrete Darlegungen dazu, dass aufgrund fehlender oder unvollständiger Aufzeichnungen eine Ermittlung der genauen Entgelte nicht möglich ist, sondern auch dazu voraus, dass diese Ermittlungen nur mit unverhältnismäßigem Verwaltungsaufwand geführt werden können. Hierfür werden die Unfallversicherungsträger auf Angaben der prüfenden Rentenversicherungsträger angewiesen sein.



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

Hallescher Unfallchirurg gehört zu den Top-Medizinern

Laut aktueller Focus-Ärzteliste zählt Prof. Dr. Dr. Gunther Hofmann, Ärztlicher Direktor des Berufsgenossenschaftlichen (BG) Klinikums Bergmannstrost Halle, zu den Top-Medizinern Deutschlands im Bereich der Unfallchirurgie. Hofmann ist seit 2004 als Ärztlicher Direktor am Bergmannstrost tätig und leitet dort die Klinik für Unfall- und Wiederherstellungs-

chirurgie. Bereits 2015 wurde er in dem Ranking als einer der besten Unfallchirurgen Deutschlands genannt.

„Ich freue mich sehr über diese erneute Auszeichnung, die für uns deshalb so bedeutsam ist, weil sie auf Empfehlungen von Patienten und ärztlichen Kollegen basiert. Sie ist zudem eine Anerkennung

für den interdisziplinären Behandlungsansatz, den das Bergmannstrost gerade in der Unfallchirurgie verfolgt, und damit auch eine Auszeichnung für das gesamte Team“, so Prof. Hofmann. Die einmal im Jahr erscheinende Liste mit Deutschlands Top-Medizinern wird im Auftrag für Focus von dem Munich Inquire Media-Institut ermittelt.

Jürgen Schulin neuer Präsident der IVSS-Sektion Maschinen- und Systemsicherheit

Stabwechsel zum 1. Juli 2016: Jürgen Schulin, stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN), wurde zum neuen Präsidenten der Sektion Maschinen- und Systemsicherheit benannt. Er übernimmt das Amt von Norbert Weis.

„Die Sektion ist 40 Jahre jung, und vor uns liegt eine aufregende Zeit. Neue Technologien, stellvertretend Industrie 4.0, stärkere Berücksichtigung komplexer betrieblicher Anforderungen (Mensch – Maschine – Umwelt) in der Forschung und der effiziente Wissenstransfer, besonders in die KMU, sind nur einige Herausforderungen, mit denen wir uns beschäftigen müssen“, umschreibt Jürgen Schulin die zukünftigen Aufgaben. Erstes Highlight: das internationale Symposium „Mensch – Maschine: Risiken für Produktionssysteme heute und in der Zukunft?“, das am 20. und 21. Oktober 2016 in Straßburg stattfinden wird.



Foto: BGN

Jürgen Schulin, neuer Präsident der Sektion Maschinen- und Systemsicherheit

Tobias Hirsch ausgezeichnet

Für seine intensive wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Thema Wundheilung wurde Priv.-Doz. Dr. Tobias Hirsch vom Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikum Bergmannsheil mit dem Drei-Länder-Wundpreis der Fondation Urgo ausgezeichnet. Hirsch ist Oberarzt und Leiter der Arbeitsgruppe Experimentelle Plastische Chirurgie der Klinik für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte, Handchirurgiezentrum des Bergmannsheil, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum.

Der Preis wurde anlässlich des diesjährigen Jubiläumskongresses der Wundheilungsgesellschaften EWMA/ICW/WundD-A-CH in Bremen verliehen. Ausgezeichnet wurde der Plastische Chirurg insbesondere für seine Erkenntnisse zur Bekämpfung von Wundinfektionen.



Foto: Volker Daum/Bergmannsheil

Priv.-Doz. Dr. Tobias Hirsch

Statistische Auswertung der Verletzungen im Sport

Die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) hat das Unfallgeschehen der ersten und zweiten Ligen der Männer in den großen Mannschaftssportarten in Deutschland untersucht. Der ab sofort jährlich erscheinende Sportreport der VBG dokumentiert das Unfallgeschehen in den jeweils zwei höchsten Ligen der Männer im Fußball, Eishockey, Handball und Basketball. Ziel des Reports ist es, das Unfallgeschehen und die Unfallursachen zu analysieren. Daraus leitet die VBG zielgerichtete und maßge-

schneiderte Präventions- und Rehabilitationsangebote ab, um Sportunternehmen bei der Gesunderhaltung ihrer Sportlerinnen und Sportler zu unterstützen. Die VBG ist die gesetzliche Unfallversicherung für bezahlte Sportlerinnen und Sportler in Deutschland.

- VBG-Sportreport online unter: www.vbg.de (Suchbegriff: Sportreport)



Quelle: VBG

Film ab! Das neue Seminarprogramm der BGHM

Arbeitsschutz beginnt im Kopf – genauer gesagt mit dem Wissen um Gefährdungen und Belastungen. Daher qualifiziert die Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM) jedes Jahr rund 92.000 Personen aus ihren Mitgliedsbetrieben. Für das Jahr 2017 steht ein neues Konzept hinter dem Seminarprogramm: Praxisnah, abwechslungsreich und zielgruppenspezifisch vermittelt die

BGHM Kompetenzen und Themen rund um Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Eine Schiebeanimation zum neuen Seminarprogramm erklärt dies anschaulich und verständlich.

- Weitere Infos online unter: www.bghm.de/seminarteilnehmer

DGUV Forum

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

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

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

Redaktion • Elke Biesel, (DGUV), Falk Sinß (stv. Chefredakteur), Gabriele Franz, Franz Reiderer (Universum Verlag)

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

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

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

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

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

Herstellung • Harald Koch, Wiesbaden

Druck • abcdruck GmbH, Waldhofer Str. 19, 69123 Heidelberg

Grafische Konzeption und Gestaltung • Cicero Kommunikation GmbH, Wiesbaden

Titelbild • aletia2011/fotolia.com

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.

BASICS Grund-Wissen in Leichter Sprache.

Grundlagen für sicheres und gesundes Arbeiten

Für Millionen Menschen in Deutschland sind schwere Texte eine unüberwindbare Barriere. Leichte Sprache hilft dabei, diese **Barriere abzubauen**.

BASICS Grund-Wissen in Leichter Sprache macht wichtige Präventionsthemen **für alle Menschen** zugänglich.

Neu!

Innenseite



Alle Titel sind **individualisierbar**. Möchten Sie **Ihr Logo** eindruckend lassen, **Wechelseiten** einfügen oder **eigene Inhalte** realisieren? Sprechen Sie uns an: **0611-9030-271**



Informationen und Bestellungen unter:
www.universum.de/LeichteSprache

Dritte Fachtagung Gesund im Betrieb – Stress meistern am 10. November 2016

Bildquelle: iStockphotos.de/Ingram Publishing

Veranstaltungsort: BG ETEM, Rheinstraße 6-8, 65185 Wiesbaden

Aus der Themenliste:

- » Achtsame gesunde Führung
- » Arbeitszufriedenheit und psychische Belastung
- » Alkoholprobleme in den Griff bekommen
- » Doping fürs Gehirn

Das ganze Programm und weitere Informationen
unter www.universum.de/ppg

JETZT ANMELDEN und Frühbucherrabatt sichern!

WEB www.universum.de/ppg
MAIL fachtagung@universum.de
FON **0611 90 30-121**

Tagungspreis € 350,-
Frühbuchertarif € 320,- (gültig bis 04.09.16)
(Tagungsgebühr einschließlich Verpflegungskosten)

Die Zertifizierung bei der Landesärztekammer Hessen ist beauftragt. Ebenso die VDSI-Punkte „Arbeitsschutz“ und „Gesundheitsmanagement“ sowie Stunden zur Aufrechterhaltung des Zertifikats zum Certified Disability Management Professionals der DGUV.

 **BG ETEM**
Energie Textil Elektro
Medienerzeugnisse


Techniker
Krankenkasse

 **Universum
Institut**