

**Sagen Sie uns  
Ihre Meinung!**

Nehmen Sie an unserer  
Leser- und Leserinnen-  
Befragung teil und  
gewinnen Sie eine von  
zehn Powerbanks.

➔ [Zum Fragebogen](#)



Editorial	2
<b>SCHWERPUNKT</b>	
ICF-basierte Prädiktion des Outcomes in der Rehabilitation nach Trauma	3
Weller-System: Perspektiven der elektronischen Heilverfahrenssteuerung	10
Zehnjähriges Jubiläum des Projekts „Reha in Polen“	13
Reha-Management unter Corona-Bedingungen	16
Zur Wirksamkeit des standardisierten Trainings „Mobilität 2020“ für Rollstuhlnutzende	18
Der Weg zurück ins Arbeitsleben – trotz eines schweren Arbeitsunfalls	22
100 Jahre D-Arzt – der Schnellzug in der medizinischen Versorgung	25
Das Post-COVID-Programm der BG Kliniken	29

**AGENDA**

Pilotprojekt Zentrumsmodell: ein Netzwerk für die betriebliche Betreuung	31
Die Betriebsbesichtigung der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen	39
BG Kliniken untersuchen Zusammenarbeit mit Unfallversicherungsträgern	45

**ANALYSE**

Neuere BSG-Rechtsprechung zum Wegeunfall nach § 8 Abs. 2 SGB VII	48
Kennziffern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 2020	56
Aus der Rechtsprechung	75
Personalmeldungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung	76

# Liebe Leserinnen und Leser,

Thilo K. erlitt als 19-jähriger Maurerlehrling einen schweren Unfall. Seine rechte Hand wurde so stark verletzt, dass sie amputiert werden musste. Was bedeutete das für das Berufsleben des jungen Mannes? Maurer konnte er nicht mehr werden. Mit Hilfe seiner BG hat er einen neuen Weg gefunden. Versorgt mit einer hochmodernen Prothese arbeitet er heute als Landwirt und wohnt im selbst renovierten Haus.



Foto: Jan Röhl/DGUV

Rehabilitation mit allen geeigneten Mitteln ist eine Kernkompetenz der gesetzlichen Unfallversicherung. Ein wichtiger Faktor für den Erfolg einer Reha ist die engmaschige Betreuung durch das Reha-Management des jeweiligen Unfallversicherungsträgers. Die Fachleute begleiten die Betroffenen von der Akutphase bis zur Reintegration in das Berufsleben und darüber hinaus. Der Mensch steht im Mittelpunkt, das gilt heute wie vor 100 Jahren. Das war übrigens der Zeitpunkt, als das D-Arzt-Verfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung etabliert wurde. Ein wichtiger Baustein in unserem Heilverfahren, den wir entsprechend würdigen.

Bei aller Kontinuität in unseren Verfahren werden aber natürlich die Methoden, um eine bestmögliche Reha zu organisieren, immer wieder an neue Standards angepasst. Die Digitalisierung ermöglicht zum Beispiel den Einsatz von Systemen elektronischer Heilverfahrenssteuerung. Die medizinische Erfahrung aus rund 800.000 gesteuerten anonymisierten Fallverläufen bildet einen großen „Datenschatz“. Mit Künstlicher Intelligenz (KI) und Big-Data-Techniken besteht die Chance, auf der Basis dieser Daten die Empfehlungen zur Fallsteuerung weiter systematisch zu verbessern.

Die Qualität verbessert haben wir auch mit einem ganz anderen Angebot. Seit zehn Jahren können Beschäftigte aus Polen ihre Rehabilitation nach den Standards der Unfallversicherung auch in ihrem Heimatland absolvieren. Ein Angebot, das viele der Betroffenen gerne nutzen, denn sie können währenddessen bei ihren Familien sein.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre.

Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Stefan Hussy'. The signature is written in a cursive, flowing style.

Dr. Stefan Hussy  
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

# ICF-basierte Prädiktion des Outcomes in der Rehabilitation nach Trauma

## Key Facts

- Die ICF bietet mit der ihr zugrunde liegenden bio-psycho-sozialen Perspektive eine nützliche Systematik für die ganzheitliche Betrachtungsweise von Unfallverletzten
- Neben der Verletzungsschwere und den physischen Beeinträchtigungen können sowohl personbezogene als auch soziodemografische Aspekte sowie soziale und mentale Faktoren einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben
- Aus den ersten Zwischenanalysen zur Sechs-Monats-Nacherhebung einer multi-zentrischen Längsschnittstudie gehen acht Prädiktoren zur Prognose des Status der Arbeitsfähigkeit hervor

## Autorinnen und Autoren

- Dr. Sandra Kus
- Dr. Michaela Coenen
- Dr. Cornelia Oberhauser
- Dr. Stefan Simmel

## Wie arbeitsfähig sind Menschen mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen sechs Monate nach ihrer ersten stationären Rehabilitation? Dieser Beitrag stellt die Zwischenergebnisse einer Längsschnittstudie zur Prognose der Arbeitsfähigkeit vor.

**F**unktionsfähigkeit und Kontextfaktoren sind die zentralen Elemente des bio-psycho-sozialen Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Diese sollen entsprechend dem Handlungsleitfaden der DGUV neben der Diagnose in der Steuerung des Reha-Managements berücksichtigt werden. Entscheidend ist dabei, aus der Vielzahl der in der ICF zur Verfügung stehenden Aspekte diejenigen zu selektieren, die den Rehabilitationserfolg und im Speziellen die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit maßgeblich beeinflussen.

### Hintergrund

Jährlich werden knapp 1,7 Millionen Menschen nach Verletzungen im Krankenhaus behandelt.<sup>[1]</sup> In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um leichtere Verletzungen, die ausschließlich einer ambulanten oder kurzen stationären Behandlung

bedürfen. Allerdings geht aus dem Jahresbericht 2020 des TraumaRegister DGU® der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) hervor, dass jährlich etwa 30.000 Personen eine schwere Verletzung entsprechend der Schwerverletzten-Definition des TraumaRegister DGU® erleiden.<sup>[2]</sup> Mit einer Letalität von Traumapatientinnen und Traumapatienten von unter zehn Prozent<sup>[3]</sup> stellt sich nicht mehr nur die Frage, ob eine Person ein schweres Trauma überlebt, sondern auch wie sie dieses überlebt, ob eine Rückkehr in den Arbeitsprozess möglich ist und welche Faktoren diese Rückkehr beeinflussen.

In der wissenschaftlichen Literatur mangelt es an konsistenter Evidenz hinsichtlich relevanter Einflussfaktoren zur Vorhersage der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nach traumatischen Verletzungen. Neben der Verletzungsschwere und den physischen Beeinträchtigungen haben sowohl personbezogene als auch

soziodemografische Aspekte sowie soziale und mentale Faktoren einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.<sup>[4][5][6][7][8][9][10]</sup> Vereinzelt wird in diesen Studien eine ganzheitliche Sichtweise berücksichtigt und damit die unfallverletzte Person mit ihrem beruflichen, sozialen und persönlichen Hintergrund betrachtet. Allerdings unterscheiden sich diese Studien hinsichtlich ihrer methodischen und konzeptionellen Umsetzung sowie in der Auswahl der analysierten Einflussflussfaktoren (Prädiktoren).

Die ICF<sup>[11]</sup> bietet mit ihrer bio-psycho-sozialen Perspektive eine Systematik, die die ganzheitliche Sicht auf Patientinnen und Patienten unterstützt. Neben Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe – in der ICF subsumiert unter „Funktionsfähigkeit“ – bezieht die Perspektive der ICF mit Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren auch „Kontextfaktoren“ mit ein.<sup>[12]</sup>

# “ Den Analysen zufolge ist die subjektive Erwerbsprognose bei Aufnahme in die stationäre Rehabilitation ein starker Prädiktor für den Status der Arbeitsfähigkeit.“

Bislang mangelt es an einer wissenschaftlichen Studie, die ein umfassendes und ganzheitliches Konzept, wie es die ICF bereitstellt, bei der Auswahl, Erfassung und Analyse von Einflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit schwer verletzter Personen systematisch berücksichtigt.

In diesem Beitrag werden Zwischenergebnisse einer Sechs-Monats-Nacherhebung der im Rahmen des Projektes icfPROreha durchgeführten Längsschnittstudie vorgestellt, die darauf abzielt, unter Berücksichtigung der bio-psycho-sozialen Perspektive Einflussfaktoren zur Prognose des Status der Arbeitsfähigkeit von Personen mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen nach Entlassung aus der

ersten stationären unfallchirurgisch-orthopädischen Rehabilitation zu identifizieren.

## Methoden

### Forschungsvorhaben

Das Forschungsvorhaben „ICF-basierte Prädiktion des Outcomes in der Rehabilitation nach Trauma – icfPROreha“ ist ein von der DGUV gefördertes Verbundvorhaben der Abteilung BG Rehabilitation der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau und des Lehrstuhls für Public Health und Versorgungsforschung, Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie (IBE) der Ludwig-Maximilians-Universität

München sowie von neun weiteren kooperierenden Kliniken. Das Vorhaben zielt darauf ab, für Patienten und Patientinnen mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen Aspekte der Funktionsfähigkeit und Kontextfaktoren zu identifizieren, die eine frühzeitige – das heißt bei Aufnahme in die stationäre unfallchirurgisch-orthopädische Rehabilitation – Prognose der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ermöglichen. Zudem wird der Zusammenhang zwischen Arbeitsfähigkeit, Funktionsfähigkeit und Lebensqualität untersucht. Die Umsetzung von icfPROreha erfolgt über 55 Monate (April 2017 bis Oktober 2021) und gliedert sich in vier Projektphasen (Abbildung 1).

Grafik: www.icf-proreha.de

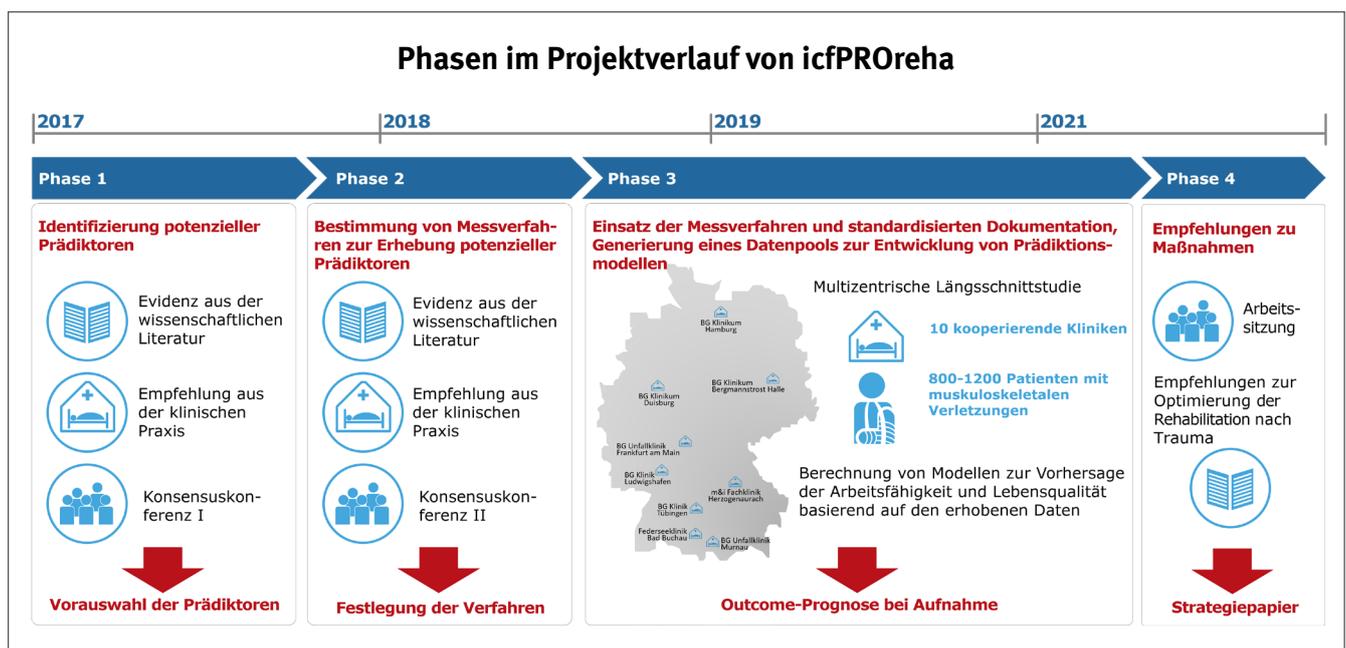


Abbildung 1: Phasen im Projektverlauf von icfPROreha

### Studiendesign

In Phase 3 von icfPROreha wurde in Zusammenarbeit mit den beteiligten Kliniken eine multizentrische Längsschnittstudie durchgeführt, in der mithilfe eines standardisierten Erhebungsinstrumentariums Aspekte der Funktionsfähigkeit und Kontextfaktoren in der stationären Rehabilitation von Personen mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen systematisch erfasst und eine Datenbasis zur Durchführung von Prädiktionsanalysen der Zielgröße Arbeitsfähigkeit generiert wurde.

### Studienpopulation

In die Studie eingeschlossen wurden schwer verletzte Personen, die von August 2018 bis Dezember 2019 in die Rehabilitationsabteilungen oder -zentren einer der beteiligten Kliniken stationär aufgenommen wurden und dabei folgende Einschlusskriterien erfüllten: (1) Alter: 18 bis 65 Jahre, (2) Diagnose gemäß Verletzungsartenverzeichnis (VAV) der DGUV<sup>[13]</sup>, (3) erste stationäre unfallchirurgisch-orthopädische Rehabilitation seit Unfall oder Verletzung, (4) Aufnahme in die stationäre unfallchirurgisch-orthopädische Rehabilitation innerhalb von 16 Wochen nach Unfall oder Verletzung. Personen mit Verletzungen der großen Nervenbahnen einschließlich Wirbelsäulenverletzungen mit neurologischer Symptomatik sowie Patienten und Patientinnen mit Schädel-Hirn-Verletzungen (ab SHT Grad II) wurden ausgeschlossen.

### Erhebungsinstrument

In der Längsschnittstudie kam ein umfassendes Erhebungsinstrumentarium zum Einsatz, das in den Projektphasen 1 und 2 (Abbildung 1) unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Literaturübersichten und Expertenbefragungen durch eine im Projekt etablierte Arbeitsgruppe entwickelt wurde (Tabelle 1). Die 47 potenziellen Einflussfaktoren wurden unter anderem über verschiedene standardisierte Fragebögen erfasst, wie zum Beispiel die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Partizipation über den WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)<sup>[14]</sup>, die Primärpersönlichkeit über den Persönlichkeitsfragebogen Big Five Inventory (BFI)<sup>[15]</sup> und

## Einflussfaktoren

### Gesundheitsproblem

- Allgemeiner Gesundheitszustand / körperlicher Allgemeinzustand
- Vorerkrankungen (Komorbidität)
- Art der Verletzung / Verletzungsmuster
- Schwere der Verletzung
- Heilungsverlauf / Heilentgleisungen / Komplikationen
- Suchterkrankungen
- Schädigung Struktur der oberen Extremitäten

### Funktionsfähigkeit

- Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
- Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
- Emotionale Funktionen
- Selbstwahrnehmung (Körperschema)
- Schmerz
- Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit
- Auf seine Gesundheit achten
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Partizipation

### Arbeit & Beschäftigung

- Status Arbeitsverhältnis
- Art der Tätigkeit
- Subjektive Erwerbsprognose – Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit (AF) in einem Jahr
- Rentenbegehren / vorbestehender Rentenantrag
- Dauer Arbeitsunfähigkeit 12 Monate vor Unfallereignis

### Umweltfaktoren

- Unfallgeschehen – Arbeits- oder Freizeitunfall
- Eigen- oder Fremdverschulden des Unfalls / der Verletzung
- Zeitdauer seit Unfall
- Behandlung vor Rehabilitation
- Aufklärung / Beratung über Verletzung und Prognose durch medizinisches Fachpersonal
- Heilverfahrenssteuerung / Koordination
- Vermögenswerte
- Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit – Zusatzleistungen erwartet
- Unterstützung durch privates Umfeld (Familie, Freunde)
- Unterstützung durch berufliches Umfeld (Arbeitgeber, Kollegen)
- Belastende Lebensereignisse

### Personbezogene Faktoren

- Alter
- Geschlecht
- Familienverhältnisse / familiäre Situation
- Schulische Bildung
- Berufliche Qualifikationen
- (kulturelle) Herkunft / Nationalität
- Sozialer Status
- Primärpersönlichkeit
- Selbstkonzept
- Lebenseinstellung - Arbeit als wichtiger Lebensinhalt
- Bewertung der Folgen des Unfalls
- Allgemeine Lebenszufriedenheit
- Resilienz
- Strategien der Krankheitsbewältigung / Umgang mit der Verletzung
- Subjektiver Krankheitsgewinn

### Ergänzende Aspekte

- Lebensqualität

Tabelle 1: Potenzielle Einflussfaktoren zur Prognose der Arbeitsfähigkeit

die Lebensqualität über den EuroQol five dimensions (EQ-5D)<sup>[6]</sup>.

### Datenerhebung

Teilnehmende der Studie füllten den Erhebungsbogen zur Erfassung der Einflussfaktoren nach Aufnahme in die stationäre Rehabilitation in elektronischer Form auf einem Tablet aus. Weitere Erhebungszeitpunkte waren bei Entlassung aus der Rehabilitation sowie per telefonischer Nachbefragung 3, 6, 12 und 18 Monate nach Entlassung, zu denen die Zielgröße Status der Arbeitsfähigkeit erhoben wurde.

### Datenanalyse

In einem ersten Schritt wurden alle Fälle mit einem bekannten Status der Arbeitsfähigkeit (ja versus nein) zum Zeitpunkt sechs Monate nach Entlassung aus der Rehabilitation identifiziert und die Daten anschließend deskriptiv analysiert. Zur Prognose der Arbeitsfähigkeit wurde eine logistische Regression durchgeführt.

### Ergebnisse

Von den 775 in die Studie eingeschlossenen Patienten und Patientinnen lagen vollständige Daten von 713 Personen vor. In Tabelle 2 sind ausgewählte Ergebnisse der deskriptiven Analysen aufgeführt.

Gemäß VAV waren schwere Verletzungen großer Gelenke (VAV 7) sowie komplexe Brüche der großen Röhrenknochen (VAV 6), gefolgt von Brüchen des Gesichtsschädels und des Rumpfskeletts (VAV 9) die am häufigsten erlittenen Verletzungen. Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Diagnosen nach der obersten Hierarchieebene des VAV in absoluten Zahlen.

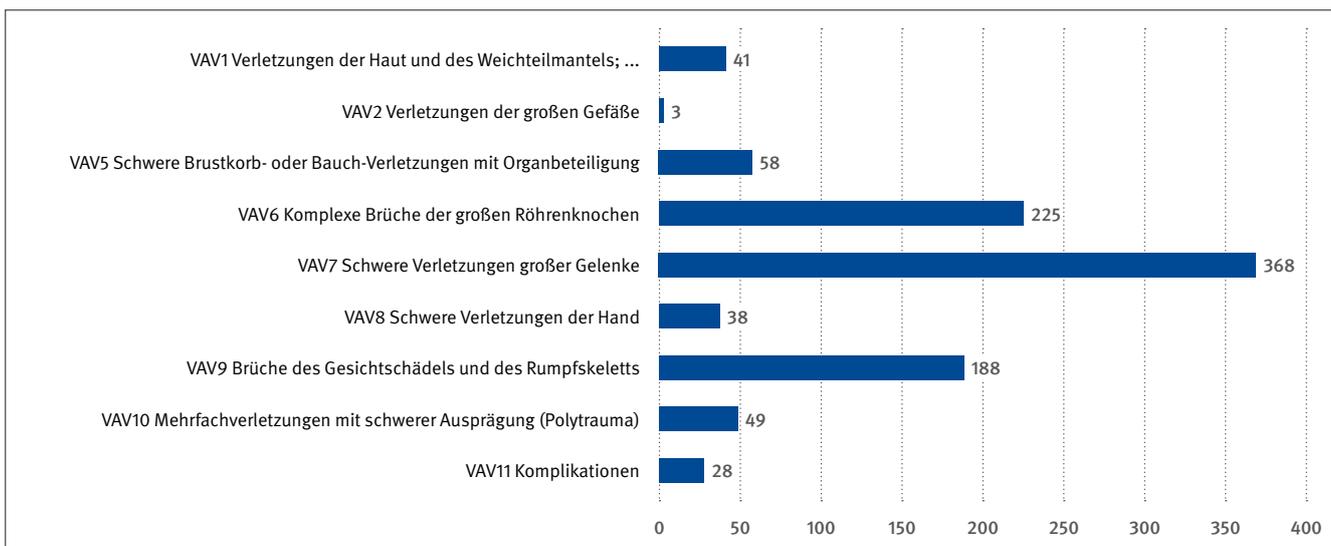
Sechs Monate nach der Entlassung waren 395 (55,4 Prozent) der Patienten und Patientinnen arbeitsfähig. Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigte sich bei den Frauen ein um annähernd zehn Prozent höherer Anteil an arbeitsfähigen Personen (Abbildung 3).

Von den 47 potenziellen Einflussfaktoren wurden die folgenden acht Prädiktoren als relevant für die Prognose des Status der Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt sechs

Geschlecht männlich, n (%)	523 (73.4 %)
Alter (Jahre), MW (SD)	47.7 (12.13)
<b>Familienverhältnisse / familiäre Situation, n (%)</b>	
a. Allein lebend, ja*	185 (26.0 %)
b. Finanziell abhängige Kinder, ja*	285 (40.0 %)
c. Belastende familiäre Umstände, ja*	117 (16.4 %)
<b>Schulische Bildung, n (%)</b>	
Kein Schulabschluss	21 (3.0 %)
Abschluss nach 9. Klasse	257 (36.0 %)
Abschluss nach 10. Klasse	253 (35.5 %)
Abschluss nach 12. Klasse	182 (25.5 %)
<b>Status Arbeitsverhältnis, n (%)</b>	
Nicht arbeitend	11 (1.5 %)
Teilzeit beschäftigt	84 (11.8 %)
Vollzeit beschäftigt	618 (86.7 %)
<b>Subjektive Erwerbsprognose – Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit (AF) in einem Jahr, n (%)</b>	
„AF unwahrscheinlich“	56 (7.9 %)
„AF nicht sicher“	246 (34.5 %)
„AF ziemlich sicher“	411 (57.6 %)
<b>Unfallgeschehen, n (%)</b>	
Arbeits- oder Arbeitswegeunfall	648 (90.9 %)
Freizeitunfall (z.B. Sport, Garten)	65 (9.1 %)
<b>Zeitdauer seit Unfall, MW (SD)</b>	
Tage zwischen Unfall und Aufnahme in die stationäre Rehabilitation	59.3 (28.56)
<b>Schwere der Verletzung, n (%)</b>	
1 Diagnose: ohne VAV-Schwerstverletzung	272 (38.2 %)
1 Diagnose: VAV-Schwerstverletzung (S)	162 (22.7 %)
2 Diagnosen: ohne VAV-Schwerstverletzung	79 (11.1 %)
2 Diagnosen: mit mind. einer VAV-Schwerstverletzung (S)	72 (10.1 %)
> 2 Diagnosen: ohne VAV-Schwerstverletzung	40 (5.6 %)
> 2 Diagnosen: mit mind. einer VAV-Schwerstverletzung (S)	88 (12.3 %)
<b>Vorerkrankungen (Komorbidität), n (%)</b>	
Keine Vorerkrankung	212 (29.7 %)
Eine ärztlich diagnostizierte Vorerkrankung	213 (29.9 %)
Zwei ärztlich diagnostizierte Vorerkrankungen	126 (17.7 %)
Drei und mehr ärztlich diagnostizierte Vorerkrankungen	162 (22.7 %)
<b>Beeinträchtigung in Aktivitäten und Partizipation, MW (SD)</b>	
WHODAS 2.0	44.5 (20.56)
MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; n: absolute Zahl; *Dichotom kodierte Variable (ja / nein), dargestellt ist jeweils nur das Ergebnis (n und %) bezogen auf die Antwortoption „ja“.	

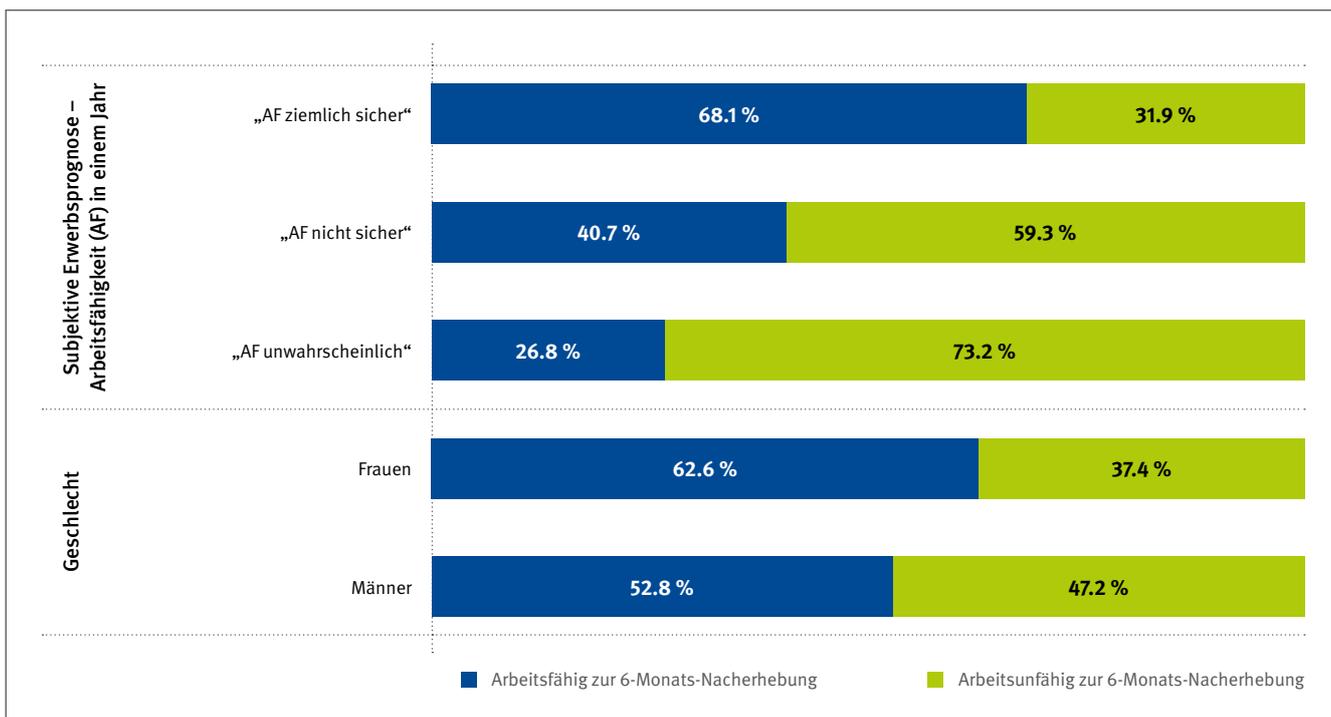
Tabelle: Von den Autorinnen und Autoren erstellt

Tabelle 2: Ausgewählte Ergebnisse zur Studienpopulation bei Aufnahme in die stationäre Rehabilitation (n=713)



Quelle: Von den Autorinnen und Autoren erstellt / Grafik: kleonstudio.com

Abbildung 2: Verteilung der Diagnosen gemäß VAV; Anzahl an Patientinnen und Patienten – Mehrfachangaben möglich



Quelle: Von den Autorinnen und Autoren erstellt / Grafik: kleonstudio.com

Abbildung 3: Status der Arbeitsfähigkeit sechs Monate nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation, getrennt nach subjektiver Erwerbsprognose beziehungsweise Geschlecht

Monate nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation identifiziert: Geschlecht, schulische Bildung, Schwere der Verletzung, subjektive Erwerbsprognose (Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit [AF] in einem Jahr), Belastungsschmerz, Behandlung vor Rehabilitation (Bedarf an Ergotherapie), Beeinträchtigung in Akti-

vitäten und Partizipation sowie Primärpersönlichkeit.

Den Analysen zufolge ist die subjektive Erwerbsprognose bei Aufnahme in die stationäre Rehabilitation ein starker Prädiktor für den Status der Arbeitsfähigkeit. Personen, die es zu Beginn der Rehabili-

tation als „unwahrscheinlich“ einschätzten, in einem Jahr wieder arbeitsfähig zu sein, hatten verglichen mit Patienten oder Patientinnen, die dies als „ziemlich sicher“ beurteilten, eine um 78 Prozent verringerte Chance, zur Sechs-Monats-Nacherhebung ihre Arbeitsfähigkeit wieder erlangt zu haben.

Tabelle: Von den Autorinnen und Autoren erstellt

Prädiktoren für den Status der Arbeitsfähigkeit	Betrachtete Gruppe	Vergleichsgruppe	Verringerung der Chance (in %), 6 Monate nach Entlassung arbeitsfähig zu sein
<b>Geschlecht</b>	Männer vs. ...	Frauen	41 %**
<b>Schulische Bildung</b>	Kein Schulabschluss vs. ... Abschluss nach 9. Klasse vs. ... Abschluss nach 10. Klasse vs. ...	Abschluss nach der 12. Klasse	78 %** 33 % 47 %**
<b>Subjektive Erwerbsprognose – Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit (AF) in einem Jahr</b>	„AF unwahrscheinlich“ vs. ... „AF nicht sicher“ vs. ...	„AF ziemlich sicher“	78 %*** 59 %***
<b>Schwere der Verletzung</b>	1 Diagnose: VAV-Schwerstverletzung (S) vs. ...  2 Diagnosen: ohne VAV-Schwerstverletzung vs. ...  2 Diagnosen: mit mind. einer VAV-Schwerstverletzung (S) vs. ...  > 2 Diagnosen: ohne VAV-Schwerstverletzung vs. ...  > 2 Diagnosen: mit mind. einer VAV-Schwerstverletzung (S) vs. ...	1 Diagnose: ohne VAV-Schwerstverletzung	42 %*  37 %  41 %  50 %  69 %***
<b>Behandlung vor Rehabilitation</b>	Bedarf an Ergotherapie vs. ...	Kein Bedarf an Ergotherapie	47 %**
Prädiktoren für den Status der Arbeitsfähigkeit	Veränderung		Verringerung der Chance (in %), 6 Monate nach Entlassung arbeitsfähig zu sein
<b>Belastungsschmerz (Score 0 – 100)*</b>	Erhöhung um 10 Punkte		10 %*
<b>Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Partizipation (Score 0 – 100)†</b>	Erhöhung um 10 Punkte		20 %***
<b>Primärpersönlichkeit – Faktor Gewissenhaftigkeit (Score 1 – 5)‡</b>	Erhöhung um 1 Punkt		29 %**

\*signifikant mit einem p-Wert < 0.05; \*\*signifikant mit einem p-Wert < 0.01; \*\*\*signifikant mit einem p-Wert < 0.0001;  
 †Ein höherer Score steht für mehr Schmerzen bzw. eine höhere Beeinträchtigung; ‡Ein höherer Score steht für einen stärker ausgeprägten Faktor;

Tabelle 3: Ergebnisse der logistischen Regression

Weiter reduzierte eine bei Aufnahme in die Rehabilitation vorliegende hohe Beeinträchtigung in Aktivitäten und Partizipation die Chance, ein halbes Jahr nach Entlassung arbeitsfähig zu sein. Ein um 10 Punkte erhöhter Score im WHODAS 2.0 (Score von 0 bis 100, höhere Werte stehen für eine höhere Beeinträchtigung) verringerte die Chance der Arbeitsfähigkeit um 20 Prozent. Weitere Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse sind in Tabelle 3 dargestellt.

### Diskussion und Ausblick

Dieser Beitrag berichtet über die ersten Zwischenergebnisse der im Rahmen des Projektes icfPROreha durchgeführten Längsschnittstudie und fokussiert dabei darauf, die zum Zeitpunkt sechs Monate nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation relevanten Einflussfaktoren zur Prognose des Status der Arbeitsfähigkeit von Personen mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen zu identifizieren.

Aus diesen ersten Analysen gehen acht Einflussfaktoren als Prädiktoren zur Vorhersage der Arbeitsfähigkeit hervor, in denen sich die bio-psycho-soziale Perspektive der ICF widerspiegelt. Demnach können bereits bei Aufnahme in die stationäre Rehabilitation neben der Verletzungsschwere unter anderem Körperfunktionen (Belastungsschmerz), Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Partizipation (WHODAS 2.0) und personbezogene Faktoren (Primärpersönlichkeit, Geschlecht) einen wert-



## Aus diesen ersten Analysen gehen acht Einflussfaktoren als Prädiktoren zur Vorhersage der Arbeitsfähigkeit hervor, in denen sich die bio-psycho-soziale Perspektive der ICF widerspiegelt.“

vollen Beitrag zur Prognose der Arbeitsfähigkeit leisten.

Routinemäßig werden zu Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme nach Erhebung der Anamnese und erfolgter klinischer Untersuchung Ziele vereinbart und Therapiepläne erstellt. Eine systematische Erfassung der Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit oder beeinflussenden Kontextfaktoren auf Basis der ICF erfolgt bislang allerdings nicht. Diese Informationen spielen jedoch nicht nur für die medizinische Rehabilitation, sondern auch für das Fallmanagement der Unfallversicherungsträger und auch für die berufliche Rehabilitation eine große Rolle. Sie dienen

der Steuerung des Heilverfahrens und der Beurteilung des Rehabilitationserfolgs und sind, wie im Handlungsleitfaden<sup>[17]</sup> zum Reha-Management der DGUV dargelegt ist, für eine effektive Heilverfahrenssteuerung unerlässlich.

Die hier berichteten Zwischenergebnisse unterstreichen, dass eine frühzeitige Prognose der Arbeitsfähigkeit von betroffenen Patientinnen und Patienten ohne Berücksichtigung von Aspekten der Funktionsfähigkeit und Kontextfaktoren als Grundlage für eine effektive Heilverfahrenssteuerung unzureichend erscheint und zu einer erheblichen Unschärfe im Einzelfall führen kann.

In icfPROreha lagen zum Zeitpunkt der Zwischenanalysen noch nicht alle Daten in Vollständigkeit vor. Finale Analysen, basierend auf dem gesamten Datenpool und durchgeführt unter Berücksichtigung aller vier Zeitpunkte der Nachbefragung, stehen noch aus und werden neben zusätzlichen Ergebnissen gegebenenfalls zu Resultaten führen, die von den Zwischenergebnissen abweichen.

Das Vorhaben wird mit Mitteln der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieses Beitrags liegt bei den Autoren. ↩

### Fußnoten

[1] Statistisches Bundesamt: Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung – Tabellenband – Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungs geschehen 2019, Wiesbaden 2021

[2] TraumaRegister DGU®: Jahresbericht 2020 – TraumaRegister DGU® für den Zeitraum bis Ende 2019, Sektion Notfall- & Intensivmedizin & Schwerverletztenversorgung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH, 2020 München

[3] TraumaRegister DGU®: Jahresbericht 2020 – TraumaRegister DGU® für den Zeitraum bis Ende 2019, Sektion Notfall- & Intensivmedizin & Schwerverletztenversorgung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH, 2020 München

[4] Clay, F. J. et al.: The association of social functioning, social relationships and the receipt of compensation with time to return to work following unintentional injuries to Victorian workers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2012. 22(3): p. 363–75

[5] Clay, F. J.; S. V. Newstead and R. J. McClure: A systematic review of early prognostic factors for return to work following acute orthopaedic

trauma. *Injury*, 2010. 41(8): p. 787–803

[6] Clay, F. J. et al.: Determinants of return to work following non life threatening acute orthopaedic trauma: a prospective cohort study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2010. 42(2): p. 162–9

[7] Hepp, U. et al.: The long-term prediction of return to work following serious accidental injuries: a follow up study. *BMC Psychiatry*, 2011. 11: p. 53

[8] Lakova, M. et al.: Self perceptions as predictors for return to work 2 years after rehabilitation in orthopedic trauma inpatients. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2012. 22(4): p. 532–40

[9] Myhren, H.; Ekeberg, O. and Stokland, O.: Health-related quality of life and return to work after critical illness in general intensive care unit patients: a 1-year follow-up study. *Critical Care Medicine*, 2010. 38(7): p. 1554–61

[10] Vuistiner, P. et al.: Subjective perceptions as prognostic factors of time to fitness for work during a 4-year period after inpatient rehabilitation for orthopaedic trauma. *Swiss medical weekly*, 2015. 145, w14235 DOI: 10.4414/smww.2015.14235

[11] World Health Organization: International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF, WHO, Geneva 2001

[12] World Health Organization: International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF, WHO, Geneva 2001

[13] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG): [www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med\\_reha/documents/verletzt3.pdf](http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/verletzt3.pdf) (abgerufen am 20.07.2021)

[14] Ustun, T. B. et al.: Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)/edited by Üstün, T. B.; Kostanjsek, N.; Chatterji, S.; Rehm, J.: World Health Organization, Geneva 2010

[15] Rammstedt, B. and John, O. P.: Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 2007. 41(1): p. 203–212

[16] The EuroQol Group: EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 1990. 16(3): p. 199–208

[17] Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung: Handlungsleitfaden, [www.dguv.de/medien/inhalt/reha\\_leistung/teilhabe/reha-manager/handlungsleitfaden.pdf](http://www.dguv.de/medien/inhalt/reha_leistung/teilhabe/reha-manager/handlungsleitfaden.pdf) (abgerufen am 20.07.2021)

# Weller-System: Perspektiven der elektronischen Heilverfahrenssteuerung

## Key Facts

- Seit dem Inkrafttreten des Digitale-Versorgung-Gesetzes im Dezember 2019 entwickeln sich immer mehr Angebote für Digitale Gesundheitsanwendungen – zusätzlich beschleunigt durch die Maßnahmen zur Bewältigung der Corona-Pandemie
- Mittels Systemen der elektronischen Heilverfahrenssteuerung wie dem Weller-System lassen sich für verschiedene Diagnosen etablierte Standards wie etwa die zu erwartende Dauer der Arbeitsunfähigkeit beschreiben
- Die Digitalisierung des Gesundheitswesens erleichtert den Einsatz neuer medizinischer Methoden, weil auch für die Verwaltung stets Anhaltspunkte über deren Wirksamkeit verfügbar sind

## Autoren

- ➔ Dr. Hans-Jürgen Bischoff
- ➔ Dr. Peter Kehl
- ➔ Ludwig Schreyer

**Die Digitalisierung im Gesundheitswesen bietet vielfältige Chancen. Darüber besteht in Politik und Gesellschaft ein hoher Konsens. Parallel zu den zahlreichen neuen Anwendungsmöglichkeiten, die sich hiermit eröffnen, gewinnen auch Systeme der Fallsteuerung und des Versorgungsmanagements zunehmend an Bedeutung.**

**K**ein Zweifel, die Digitalisierung erfasst auch das Gesundheitswesen. Nicht zuletzt durch die Maßnahmen zur Bewältigung der Corona-Pandemie sind zahlreiche innovative digitale Techniken auf breiter Front zur Anwendung gelangt. Videokonferenzen beispielsweise etablierten sich binnen eines Jahres vom Sonderfall zum Standardformat. Für die Akzeptanz und Verfügbarkeit der neuen Techniken im Gesundheitswesen – etwa in Form von Videosprechstunden – bedeutet dies einen enormen Schub, dessen Beginn wir augenblicklich erleben.

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), das am 19. Dezember 2019 in Kraft getreten ist, wurde die wichtigste gesetzliche Grundlage bereits frühzeitig geschaffen. Seither entwickeln sich Angebote und Anbieter für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) in wachsender Zahl. Nach Genehmigung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sind diese

dann verordnungs- und abrechnungsfähig im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und – nach dem Grundsatz „mit allen geeigneten Mitteln“ – auch in der gesetzlichen Unfallversicherung.

## Systematische Verknüpfung

Unverkennbar ist die enge systematische Verknüpfung der eigentlichen Digitalen Gesundheitsanwendungen mit entsprechenden digitalen administrativen Prozessen. Verordnet ein Arzt oder eine Ärztin zum Beispiel die Nutzung einer bewegungstherapeutischen App, dann wird diese Verordnung über kurz oder lang natürlich per E-Rezept erfolgen (müssen).<sup>[1]</sup> Die Digitalisierung des Gesundheitswesens beschreibt und forciert in dieser Hinsicht zugleich eine Digitalisierung der Verwaltungsprozesse.

Zur Digitalstrategie zahlreicher Unfallversicherungsträger gehören Systeme der elek-

tronischen Heilverfahrenssteuerung. Diese beschreiben für die verschiedensten unfallmedizinischen Konstellationen (Diagnosen) etablierte Standards, insbesondere über die jeweils zu erwartende Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Der Einsatz neuer medizinischer Methoden kann so erheblich erleichtert werden, weil auch für die Verwaltung stets Anhaltspunkte über deren Wirksamkeit verfügbar sind. Die Frage etwa, ob die Nutzung einer bewegungstherapeutischen App das Heilverfahren fördert, lässt sich leichter beantworten, wenn die nach bisherigem Standard prognostizierte Dauer der Arbeitsunfähigkeit als Vergleichswert herangezogen werden kann.

Das bekannteste System der elektronischen Heilverfahrenssteuerung wurde vom damaligen Chefarzt der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen, Prof. Siegfried Weller, entwickelt. Eingeführt im Jahre 1999, basiert das System inzwischen auf der Analyse von rund 800.000 Daten-

# ” Die Digitalisierung des Gesundheitswesens beschreibt und forciert zugleich eine Digitalisierung der Verwaltungsprozesse.“

sätzen, die zu 455 Verletzungsmustern von acht gewerblichen Berufsgenossenschaften und vier Unfallkassen regelmäßig anonymisiert geliefert werden.

## Weiterentwicklung der Behandlungspläne

Aktuelle Datenlieferungen sind denn auch die wichtigste Grundlage für die im Zweijahres-Turnus erscheinenden neuen Ver-

sionen des Weller-Systems. Darüber hinaus werden laufend technische und inhaltliche Fortschreibungen unternommen, die Ziele und Elemente digitaler Gesundheitsanwendungen aufgreifen.

Vor allem die seit 2017 in das Weller-System integrierten Behandlungspläne sind hier zu nennen. Sie beschreiben für das jeweilige Verletzungsmuster (Weller-Key) erfahrungsbasierte Therapievorschläge und

den idealtypischen Reha-Plan, aus dem sich die Prognose der Arbeitsunfähigkeit schließlich ergibt. Diese Pläne stehen dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin, der versicherten Person und der Verwaltung gemeinsam zur Verfügung. Auf ihrer Basis ist es möglich, besondere Probleme und Komplikationen individuell zu erkennen und frühzeitig zu berücksichtigen. Die Integration wirksamer Digitaler Gesundheitsanwendungen in die Behandlungspläne der Heilverfahrenssteuerung scheint ein aussichtsreicher Weg, um diese in der Unfallversicherung effizient zu etablieren.

## Aktuelle Neuerungen: Psycho-Weller und ICD-10

Eine wichtige inhaltliche Erweiterung des Weller-Systems ist die Berücksichtigung isolierter psychischer Traumen, die durch Miterleben oder Herbeiführen schwerer Unfälle oder bei Gewalt- und Überfallopfern ausgelöst werden können. Diese sogenannten „Schockschäden“ sind als eigenständiger neuer Weller-Key 15 in das kommende Release 2022 integriert. Zum „Psycho-Weller“ gehören ein Behandlungsplan und insbesondere auch ein Tool zur Diagnosesicherung. Damit werden für die Bearbeitung dieser oft schwierigen Fälle Standards verfügbar, die in jedem Einzelfall eine wichtige Orientierung bieten.

Die zweite aktuelle Neuerung ist methodischer Art. Die Weller-Codierung ist traditionell mit dem DGUV-Schlüssel verknüpft.

Quelle: FSA GmbH / Grafik: kleonstudio.com

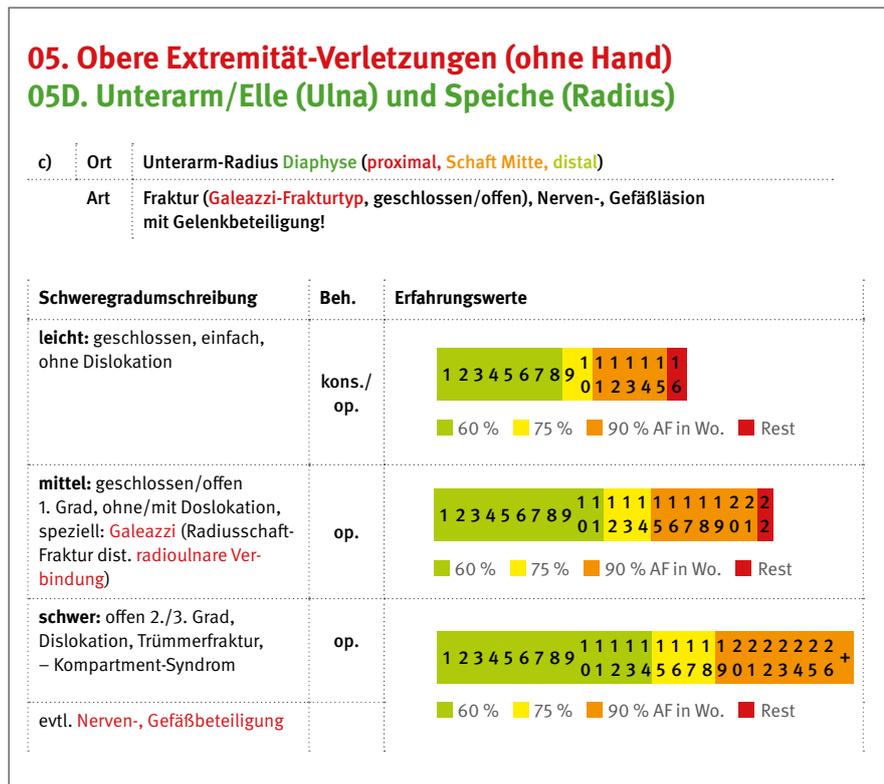


Abbildung 1: Weller-Key Beispiel 05Dc

Um eine Anbindung an das führende Klassifikationssystem ICD-10 zu schaffen, wurde nun ein Übersetzer Weller/ICD-10 entwickelt. Für die Anwendung gibt es einen „Code-Umrechner“.

Der Weller/ICD-10-Übersetzer basiert auf In-Memory-Technologie und ermöglicht

somit die Berechnung der einschlägigen Weller-Keys in Echtzeit. An Umsetzungsmöglichkeiten gibt es eine dialogbasierte Webapplikation oder die Integration in Kernsysteme mittels moderner Schnittstellen. Realisierbar ist mittelfristig auch eine systematische Einbindung der DGUV-Schlüssel durch einen Übersetzer zu ICD-

10. Langfristig denkbar scheint sogar die Ablösung des DGUV-Schlüssels durch das ICD-Klassifikationssystem.

### Ausblick – Big Data

Die Empfehlungen des Weller-Systems basieren letztlich auf der Analyse der in der Unfall-Versicherungs-Controlling-Datenbank (UVCD) gespeicherten Informationen. Die medizinischen Erfahrungen aus rund 800.000 gesteuerten anonymisierten Fallverläufen bilden einen ausgesprochenen „Datenschatz“. Durch künstliche Intelligenz (KI) und Big-Data-Techniken besteht die Chance, die Empfehlung zur Fallsteuerung systematisch zu verbessern. Daran wird bei Weller mit Hochdruck gearbeitet.

Automatisiertes Auslesen von Daten über Vor- und Begleiterkrankungen ist Gegenstand eines weiteren Planungsprojekts. Es soll Vorschläge für individualisierte Prognosen von Arbeitsunfähigkeitszeiten entwickeln. Die Aussagefähigkeit steigt mit wachsender Zahl von Datensätzen.

Entsprechendes gilt für Komplikationen. Sie können schon heute in einem Extrafeld für die UVCD verschlüsselt werden, tragen aber erst künftig mit strukturierten und ausreichend vielen Daten zu einer individualisierten Arbeitsunfähigkeitsprognose für die Heilverfahrenssteuerung bei.

### Fazit

Je vielfältiger die Möglichkeiten, umso wichtiger ist die Orientierung. Systeme zur elektronischen Heilverfahrenssteuerung bieten eine unfallmedizinische Wissensbasis, die im Rahmen zunehmender Digitalisierung im Gesundheitswesen erheblich an Bedeutung gewinnen kann. Die Behandlungspläne im Weller-System scheinen geeignet, wirksame Elemente Digitaler Gesundheitsanwendungen in der Unfallversicherung zu etablieren. ←

### Fußnote

[1] Siehe auch DGUV-Rundschreiben 0061/2021 vom 14.02.2021

Quelle: BGN / Icon: freepik.com / Grafik: kleonstudio.com



Abbildung 2: Handlungsfelder der Weller-Heilverfahrenssteuerung

Quelle: BGN/FSA / Grafik: kleonstudio.com

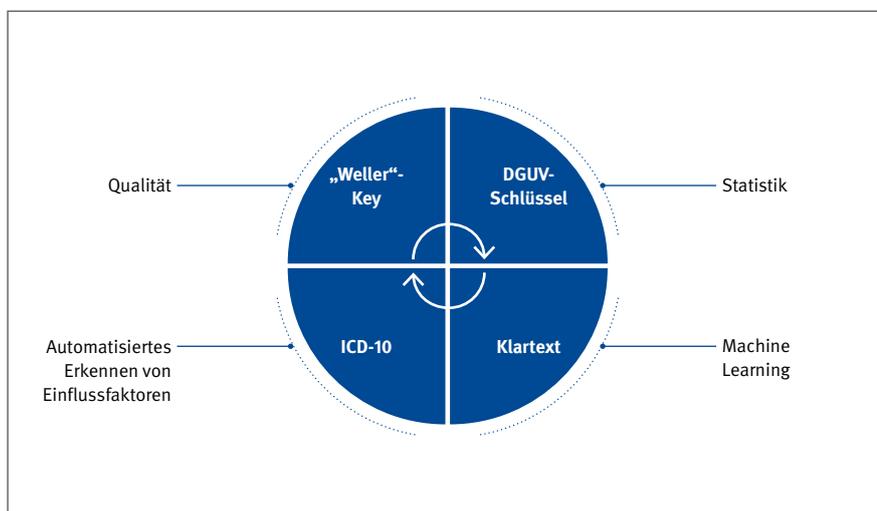


Abbildung 3: Kompatibilität durch automatisierte Übersetzungstools

# Zehnjähriges Jubiläum des Projekts „Reha in Polen“

## Key Facts

- Vor zehn Jahren wurde die DGUV-Tochtergesellschaft „DGUV Reha International GmbH“ gegründet, um die Unfallversicherungsträger bei der Erbringung von Reha-Maßnahmen für deren Versicherte im Ausland zu unterstützen
- Das Projekt „Reha in Polen“ bietet Polnisch sprechenden Versicherten die Möglichkeit, nach der Akutbehandlung in Deutschland in der Heimat stationär weiterversorgt zu werden
- Seit Beginn des Projekts wurden insgesamt mehr als 800 Versicherte in den polnischen Partnerkliniken rehabilitiert

## Autor

➔ **Marek Brodniewicz**

**Die Einführung und Umsetzung der berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren im Ausland ist eine große Herausforderung für alle Beteiligten. Das Projekt „Reha in Polen“ zeigt seit einer Dekade, wie dies gelingen kann.**

**F**ür die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten der polnischen Reha-Klinik in Schreiberhau (Szklarska Poreba) ist dies mittlerweile Routine: Jeden Morgen betreten bis zu 20 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden den Therapiebereich, um die täglichen Physio-, Ergo- und Arbeitstherapiemaßnahmen wahrzunehmen. Sie bilden keine homogene Gruppe, sind unterschiedlichen Alters und beruflichen Hintergrunds. Was alle gemeinsam haben: Sie wollen ihre Arbeitsfähigkeit wiedererlangen und sie sind über die deutsche gesetzliche Unfallversicherung versichert. Alle kommen aus Polen und nehmen im Rahmen des Projekts „Reha in Polen“ an einer stationären Rehabilitation teil.

Jedes Jahr werden über 130 Versicherte auf eigenen Wunsch nach Polen verlegt, um dort an einer Maßnahme der Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) teilzunehmen. Dies ist für alle Beteiligten – Versicherte, Unfallversicherungsträger und polnische Partnerkliniken – mittlerweile ein gut bekanntes

Verfahren. Der Weg zu diesem Ziel war lang und führte durch Terra incognita – das heutige Ergebnis zeigt jedoch, dass sich die Mühe gelohnt hat.

### Ursprung des Projekts

Die Ausweitung der Arbeitnehmerfreizügigkeit auf die osteuropäischen EU-Länder im Mai 2011 hat den deutschen Arbeitsmarkt grundlegend verändert. Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aus Polen hat sich innerhalb von zehn Jahren nahezu verfünffacht: von rund 100.000 im Jahr 2010 – also vor der Einführung der vollen Arbeitnehmerfreizügigkeit – auf 453.000 zum Ende des Jahres 2020.<sup>[1]</sup>

Diese Entwicklung betrifft auch die gesetzliche Unfallversicherung. Die Zahl der Unfallverletzten, die kein oder kaum Deutsch sprechen, ist spürbar gestiegen. Aufgrund dieser Sprachbarrieren konnten die erforderlichen Reha-Maßnahmen im Anschluss an die Akutbehandlung nicht immer erfolgreich durchgeführt werden. Dies führte oft dazu, dass die Polnisch sprechenden

Versicherten direkt in die Heimat führen und dort innerhalb des polnischen Gesundheitssystems versorgt wurden. Demzufolge war die Heilverfahrenssteuerung erschwert oder gar nicht möglich.

Vor diesem Hintergrund wurde vor genau zehn Jahren die Gesellschaft DGUV Reha International GmbH auf Initiative des damaligen Hauptgeschäftsführers der DGUV, Prof. Dr. Joachim Breuer, gegründet. Das erste Projekt wurde unter dem Namen „Rehabilitation in Polen“ ins Leben gerufen, da die polnischen Beschäftigten die größte Gruppe unter den ausländischen EU-Arbeitskräften in Deutschland bildeten.

Ziel des Projekts war es, Kooperationskliniken in Polen zu finden, um dort die polnischsprachigen Versicherten der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung nach der Akutversorgung in Deutschland stationär weiterzubehandeln. Durch die bessere Sprachverständigung und die Nähe zur Familie konnte damit eine sinnvolle Versorgungsalternative für jene geschaffen werden, die nach Polen zurückkehren wollten.



**Bereits in der Vorbereitungsphase mussten mehrere Hürden überwunden und viel Überzeugungsarbeit – sowohl bei den Reha-Einrichtungen als auch bei den Unfallversicherungsträgern – geleistet werden, um das Projekt ‚Reha in Polen‘ in Gang zu bringen.“**

### **Vorbereitung der Zusammenarbeit und Herausforderungen**

Zu Beginn mussten mehrere organisatorische, fachliche und rechtliche Fragen geklärt werden. Aus diesem Grund wurde das Projekt von Anfang an von Kolleginnen und Kollegen der DGUV sowie von Externen unterstützt. So hat zum Beispiel der Landesverband Nordwest der DGUV das BGSW-Zulassungsverfahren und das BG Klinikum Hamburg die fachspezifische Reha-Beratung und Personalschulung übernommen. Dank dieser Hilfe konnte der Grundstein für die Zusammenarbeit zwischen der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung und dem ersten Kooperationspartner des Projekts – der KRUS<sup>[2]</sup>-Klinik „Granit“ in Schreiberhau (Niederschlesien) – gelegt werden.

Die ersten Versicherten konnten bereits im Jahr 2012 aufgenommen werden. Die größte Herausforderung für die polnische Seite war anfangs die Rehabilitation einer neuen Patientenkategorie, bei der das Erreichen der Arbeitsfähigkeit als Ziel gesetzt wird. Dieser Schwerpunkt war für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der polnischen Reha-Klinik Neuland, da Arbeitstherapie und berufsbezogene Ergotherapie in Polen nicht praktiziert wurden. Daher haben die BG Kliniken in Hamburg und Halle in den vergangenen Jahren mehrere Schulungen für das physiotherapeutische und ärztliche Personal aus Polen organisiert. Das Ziel war es, zu zeigen,

welche Maßnahmen bei der Rehabilitation der Versicherten der gesetzlichen Unfallversicherung angewendet werden können. Diese Schulungen, die sowohl in Deutschland als auch in Polen stattfanden, haben neben der fachlichen Weiterentwicklung auch dazu geführt, dass die Therapiebereiche der Einrichtungen in Polen kontinuierlich erweitert und nachgerüstet worden sind.

Bei den Unfallversicherungsträgern stieß das Projekt nicht sofort auf Akzeptanz, weil die Verlegung der Versicherten ins Ausland mit gewissen Risiken verbunden war. Die ersten positiven Erfahrungen führten aber dazu, dass das Angebot der stationären Rehabilitation in Polen von Jahr zu Jahr häufiger wahrgenommen wurde.

### **Ausbreitung der Kooperationen**

Um die steigende Nachfrage abzudecken, wurden weitere polnische Einrichtungen aufgesucht. Im Jahr 2014 erhielt die KRUS-Klinik „Niwa“ in Kolberg (Westpommern) die BGSW-Zulassung, um die Versicherten aus Nordpolen zu versorgen. Zwei Jahre später folgte die private Reha-Klinik „Columna Medica“ bei Lodsch, die für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus zentralen und östlichen Regionen Polens zur Verfügung steht. Damit konnte das Netzwerk der Partnerkliniken vervollständigt und ein flächendeckendes Angebot für Versicherte aus fast allen Regionen geschaffen werden.

### **Rolle des D-Arzt-Verfahrens**

Eine sehr wichtige Rolle bei der Verlegung der Versicherten zurück nach Polen spielen die Durchgangsärztinnen und Durchgangsärzte, die neben der Behandlung auch über Möglichkeiten der Rehabilitation in Polen informieren, zum Beispiel durch Informationsblätter über das Projekt in polnischer Sprache<sup>[3]</sup>. Manche D-Ärztinnen und D-Ärzte bieten Sprechstunden auf Polnisch an, teilweise mit Unterstützung einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers (zum Beispiel im Städtischen Klinikum in Görlitz), was für diese Patientengruppe eine große Hilfe bei der Verständigung bedeutet.

### **Historische Entwicklung des Projekts**

Seit Beginn des Projekts wurden mehr als 800 Versicherte nach Polen verlegt. Die Fallzahlen sind bisher jedes Jahr gestiegen, auch 2020 trotz der Corona-Pandemie.

Diese positive Entwicklung hat mehrere Gründe: die steigende Zahl der polnischen Arbeitskräfte, die Erweiterung des Kliniknetzwerks sowie der bessere Informationsstand über das Projekt bei Unfallversicherungsträgern, D-Ärztinnen und D-Ärzten. Auch die zunehmende Erfahrung der polnischen Partnerkliniken und deren Personal sorgt dafür, dass die Bedürfnisse der Versicherten besser erkannt und somit eine bessere Rehabilitation angeboten werden kann.

## Versicherte im Bild

Das Angebot der stationären Rehabilitation in Polen wird fast ausschließlich von Versicherten wahrgenommen, die die deutsche Sprache kaum beherrschen. Bei der Mehrheit liegt der Lebensmittelpunkt weiterhin in Polen: Der typische Versicherte (circa 97 Prozent der Rehabilitanden sind Männer) arbeitet und lebt in Deutschland, seine Familie bleibt in der Heimat. Die Häufigkeit der Besuche in Polen hängt von der Entfernung zwischen dem Arbeits- und Heimatort ab. Eines ist klar: Diese Versicherten betrachten die Tätigkeit in Deutschland rein beruflich und haben nicht vor, auf Dauer hierher umzuziehen. Umso wichtiger ist es, die Möglichkeit der heimatnahen Rehabilitation in Polen anzubieten, damit die Betroffenen in eigener Sprache behandelt werden und in der Nähe der Familie bleiben können.

Die „berufliche“ Herkunft und somit die Zugehörigkeit zu einem deutschen Unfallversicherungsträger bildet die Beschäftigungsstruktur der Polen in Deutschland – zumindest bei Berufen mit höherem Unfallpotenzial – ab. Aufgrund der Vielzahl der polnischen Arbeitskräfte und des branchenspezifischen Unfallgeschehens in der Baubranche ist die Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU) der größte Beleger im Rahmen des Projekts. Es folgt die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG; zum Beispiel Leih- oder Zeitarbeiter) und auf Platz drei befindet sich die Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation (BG Verkehr; zum Beispiel Lkw-Fahrer).

Diese Aufteilung hat sich über die Jahre kaum verändert und wird wahrscheinlich erhalten bleiben, da die polnischen Arbeitskräfte weiterhin diese Branchen der deutschen Wirtschaft prägen werden.

## Fazit

Das Projekt „Reha in Polen“ wurde in den ersten Jahren verwaltungsintern als „Pilotprojekt“ bezeichnet. Die Gründe dafür waren ganz klar: Das Vorhaben hätte an mehreren Stellen scheitern können.

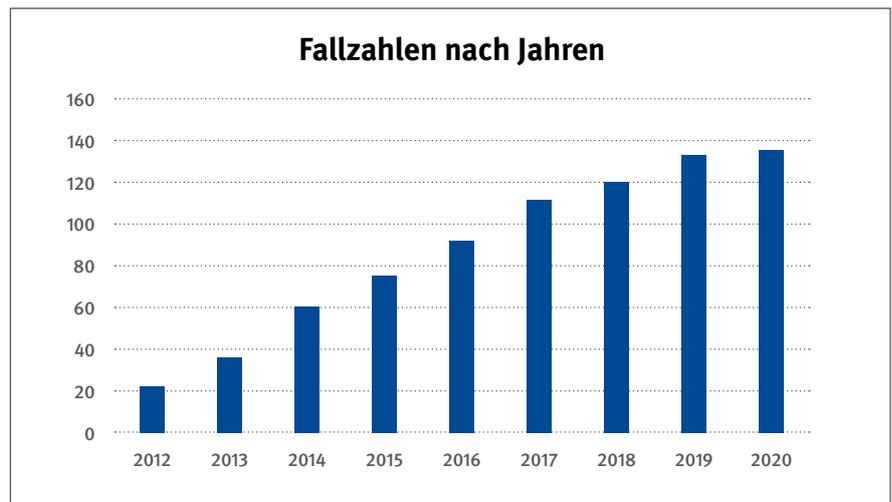


Abbildung 1: Projekt „Reha in Polen“ – Fallzahlen nach Jahr

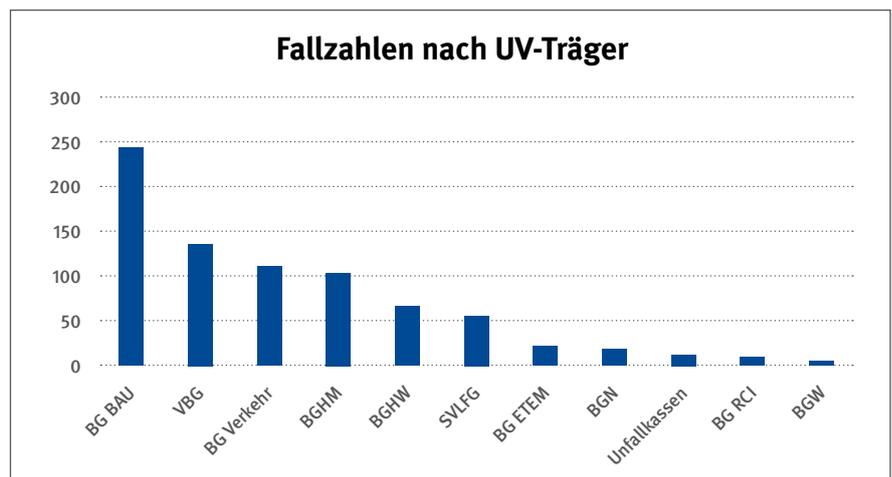


Abbildung 2: Projekt „Reha in Polen“ – Fallzahlen nach Unfallversicherungsträger

Bereits in der Vorbereitungsphase mussten einige Hürden überwunden und viel Überzeugungsarbeit – sowohl bei den Reha-Einrichtungen als auch bei den Unfallversicherungsträgern – geleistet werden, um das Projekt in Gang zu bringen. Dank des großen Engagements der Mitwirkenden und Partnerkliniken sowie der Bereitschaft der Versicherten und Unfallversicherungsträger, an diesem Projekt teilzunehmen, konnte der Rahmen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit geschaffen werden.

Die Fallzahlen zeigen, dass dieses Angebot nicht nur von den Berufsgenossenschaften, sondern vor allem von Versicherten positiv angenommen wird. Aus diesem

Grund wird das Projekt „Reha in Polen“ weitergeführt und bei Bedarf weiterentwickelt, um noch bessere Leistungen für die Versicherten der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen. ➔

## Fußnoten

[1] Bundesagentur für Arbeit: Tabellenanhang: Auswirkungen der Migration auf den deutschen Arbeitsmarkt (Monatszahlen); Januar 2021

[2] KRUS: Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego: Renten- und Unfallversicherungsträger der Landwirtschaft

[3] Beide Publikationen können unter <https://publikationen.dguv.de>, Webcodes 10850 und 12363, bestellt werden.

# Reha-Management unter Corona-Bedingungen

## Key Facts

- Der Ausbruch der Corona-Pandemie hat den Arbeitsalltag im Reha-Management grundlegend verändert
- Der wichtige persönliche Kontakt war plötzlich nicht mehr möglich
- Die gute Zusammenarbeit aller beteiligten Personen und Institutionen hat unter diesen Bedingungen für das bestmögliche Ergebnis gesorgt

## Autoren und Autorin

- ➔ Christian Rathgeb
- ➔ Doreen Thimm
- ➔ Detlef Grossmann

## Reha-Management in der Corona-Pandemie. Wie soll das funktionieren? Was ist möglich? Kreativität war gefragt. Ein Bericht aus dem Alltag von Reha-Managerinnen und Reha-Managern der BGN.

**R**eha-Managerinnen und Reha-Manager führen vielfältigste persönliche Gespräche mit Unfallversicherten, Betroffenen von Berufskrankheiten, Ärztinnen und Ärzten, weiteren Personen in Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen, mit Verantwortlichen in Betrieben, bei Bildungsträgern und einigen anderen Reha-Partnerinnen und Reha-Partnern. In dieser Form gestalten Reha-Managerinnen und Reha-Manager ihre tägliche Arbeit und engagieren sich im Sinne der Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung. Sie setzen sich dafür ein, dass die Versicherten optimal medizinisch betreut werden, und helfen ihnen – und damit auch den Betrieben in Deutschland – bei der Wiedereingliederung ins Berufsleben. Und gerade bei dieser Aufgabe des Reha-Managements geht es darum, die Hilfe in gemeinsamer Zusammenarbeit mit den betroffenen Menschen sowie Partnerinnen und Partnern direkt zu leisten.

Mit Ausbruch der Pandemie stellten sich etliche Fragen, da die gesetzliche Unfall-

versicherung Teil eines großen deutschen Gesundheitswesens ist und sich auch für das System mit den berufsgenossenschaftlichen Krankenhäusern, D-Ärztinnen und D-Ärzten, Reha-Einrichtungen und weiteren Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern einiges änderte. Wer geht wie mit der neuen Situation um? Was muss man beachten? Wie werden die Corona-Maßnahmen jeweils umgesetzt?

### Telefonkonferenzen ersetzen den persönlichen Kontakt

Durch ein neu gegründetes Ad-hoc-Gremium innerhalb der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) wurden alle Beschäftigten in Bezug auf die Corona-Situation umfassend informiert und Arbeitsanweisungen herausgegeben. Die Beschäftigten hatten großes Glück, dass die BGN zu diesem entscheidenden Zeitpunkt technisch bereits so gut und weitreichend aufgestellt war, dass der überwiegenden Mehrheit der Belegschaft zügig Homeoffice ermöglicht werden konnte.

Im weiteren Verlauf folgten unzählige telefonische Fallkonferenzen. Diese waren anfangs noch ungewohnt, da die Situation für alle Beteiligten neu war. Die Ärztinnen und Ärzte haben sich jedoch schnell mit der neuen Vorgehensweise zurechtgefunden. Vorteil ist zum einen, dass Reha-Manager und Reha-Managerinnen spontan Termine wahrnehmen können, zum anderen auch mehrere Termine an einem Tag durchführen können. Ein großer Nachteil des telefonischen Kontakts insbesondere mit neuen Versicherten ist jedoch, dass der persönliche Eindruck fehlt. Die beteiligte Person wird nur anhand der Stimme wahrgenommen. Mimik und Gestik sagen jedoch viel über einen Menschen aus und helfen dabei, das Gegenüber besser einschätzen zu können.

Bei einem persönlichen Kontakt lassen sich für die Beschäftigten im Reha-Management auch besser Begleitumstände erkennen, die die Rehabilitation beeinflussen können. Das Verletzungsausmaß und die Handhabung mit den Beschwerden können viel besser beurteilt und mögliche

Hilfsmittel früher angeboten werden. Die verunfallten Personen öffnen sich in der Regel bereitwilliger und sprechen selbst Probleme und Schwierigkeiten an, wenn sie ein Gesicht der Abteilung Reha-Management vor Augen haben.

Laut Rückmeldungen der Verunfallten äußerten viele den Wunsch, nicht allein beim Arzt oder der Ärztin vorstellig zu werden, sondern direkt ein gemeinsames Reha-Planungsgespräch zu organisieren. In den großen Kliniken mit ausreichend Platz im Behandlungszimmer und einem sehr guten Hygienekonzept konnte dies bei Schwereunfallverletzten bereits frühzeitig durchgeführt werden. Seitens der Verwaltung wurden FFP2-Masken und Hygienesets zur Verfügung gestellt, die die Sicherheit bei den Terminen erhöhten.

In der Bezirksverwaltung Berlin standen den Reha-Managerinnen und Reha-Managern ab dem Frühjahr 2021 Corona-Selbsttests zur Verfügung, die sie vor Außendiensten anwenden konnten. In dieser Zeit gab es noch keine kostenlosen wöchentlichen Testmöglichkeiten. Aufgrund der strengen Richtlinien in den Kliniken galten und gelten verschärfte Anmeldeeregulungen, die deutlich mehr Zeit in Anspruch nehmen. Ein Außendienst dauert daher in der Regel länger als früher. Der Alltag sah jedoch vorwiegend telefonische Absprachen mit Ärztinnen und Ärzten, Versicherten sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern vor.

Insbesondere die Unternehmen mussten auf Besuche betriebsfremder Personen verzichten. Die Gespräche zur Rückkehr an den Arbeitsplatz gestalteten sich dadurch sehr schwierig. Die sonst üblichen Gespräche mit Betriebsärztin oder Betriebsarzt, Betriebsrat, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Vorgesetzten und Versicherten konnten nicht im Beisein der Berufsgenossenschaft erfolgen. Der Austausch wurde intern geführt und telefonisch mit dem Reha-Management vor- und nachbesprochen. Die Planung zur Rückkehr in die alte Tätigkeit oder zur Arbeitsplatzzumsetzung konnte oftmals erst erfolgen, nachdem alle Beteiligten einzeln telefonisch kontaktiert

worden waren. Die Betriebe waren dennoch sehr bemüht, unter diesen Umständen im engen telefonischen Austausch mit dem Reha-Management der BGN für die verunfallten Beschäftigten eine Lösung zu finden.

### Mitgliedsbetriebe der BGN leiden unter der Pandemie

Bei der BGN kam erschwerend hinzu: Die Mitgliedsbetriebe im Hotel-, Gaststätten- und Freizeitgewerbe waren und sind massiv von der Pandemie und den damit einhergehenden gesellschaftlichen Einschränkungen betroffen. Viele Menschen, die in diesen Bereichen arbeiten, verloren ihre Arbeit und einige Betriebe mussten endgültig schließen. Und trotzdem kämpft die Branche enorm, trotz der Öffnungen, die es mittlerweile schon gab.

Hinzu kommt, dass die Versicherten Menschen sind, die sich aufgrund ihres berufsgenossenschaftlichen Versicherungsfalles um eine neue Arbeit bemühen müssen und hier natürlich auch deutlich zu spüren bekommen, dass viele Betriebe bei Neueinstellungen sehr zurückhaltend bleiben. Selbst Praktikumsplätze werden deutlich seltener vergeben.

Es gibt aber auch vereinzelt sehr positive Beispiele, etwa eine ehemalige Bäckereiverkäuferin, die nach langer Suche eine neue Anstellung in einer Physiotherapiepraxis am Empfang erhielt und der sich dadurch wieder eine neue Perspektive eröffnete. Folglich geschehen in Pandemiezeiten durchaus auch positive Dinge, aus denen die Versicherten Hoffnung schöpfen können und die auch andere Betroffene motivieren.

Besonders kreativ wurde das Reha-Management, wenn Schwereunfallverletzte zum Beispiel Wohnungshilfe benötigten. Um das Risiko einer Ansteckung mit COVID-19 für alle Beteiligten zu vermeiden, waren die Versicherten gern bereit, Fotos (etwa von Grundrissen der Wohnung oder des Grundstückes) zu senden, um einen Eindruck zu vermitteln, welche Schwierigkeiten im Alltag bestehen und welche

Lösungsmöglichkeiten hierfür in Betracht kommen. Bei größeren Projekten wurde die beratende Architektin eingeschaltet. Bei kleineren Badumbauten beispielsweise konnten anhand der Kostenvoranschläge der Baufirmen Gewährungen erfolgen, ohne dass ein persönlicher Besuch vor Ort notwendig war.

Alle Beteiligten haben sich an die besonderen Umstände der Corona-Pandemie angepasst. Diese Vorgehensweise soll jedoch nur vorübergehend sein. Als abzusehen war, dass diese Arbeitsweise lange bestehen bleiben würde, erfolgte auch die Beratung Langzeitverunfallter, die im Rahmen der nachgehenden Betreuung normalerweise persönlich aufgesucht werden, telefonisch. Für viele Versicherte war dies eine ungewohnte Situation, häufig baten sie darum, nach der Impfung gegen das Coronavirus wieder persönlich besucht zu werden.

### Ausblick

Die Corona-Pandemie hat nicht nur den Alltag der Menschen verändert, sondern auch die Arbeitsweise der Beschäftigten im Reha-Management. Durch die Offenheit der Beteiligten, insbesondere der Versicherten, aber auch der Ärztinnen und Ärzte sowie der Betriebe, wurden neue Handlungsweisen erarbeitet. Die Praxis zeigt jedoch, dass auf den persönlichen Kontakt nicht verzichtet werden kann, um eine Rehabilitation optimal, zeitnah und auf die Gegebenheiten und Schwierigkeiten abgestimmt zu planen und durchzuführen. Durch das frühzeitige Erkennen von Schwierigkeiten kann die Rehabilitation engmaschiger kontrolliert und besser angepasst werden. Langwierige Heilungsverläufe werden dadurch oft vermieden.

Die derzeitige Impfstrategie lässt hoffen, dass in naher Zukunft das Reha-Management wieder so funktionieren kann, wie es vorgesehen ist, und dadurch die Versicherten schneller optimal rehabilitiert und versorgt werden. 

# Zur Wirksamkeit des standardisierten Trainings „Mobilität 2020“ für Rollstuhlnutzende

## Key Facts

- Ziel des Projekts „Mobilität 2020“ war die Überprüfung der Umsetzbarkeit und Wirksamkeit eines standardisierten Mobilitätstrainings für Rollstuhlnutzerinnen und Rollstuhlnutzer
- Die Ergebnisse zeigen, dass die Projektteilnehmenden ihre Rollstuhlmobilität durch das Mobilitätstraining signifikant verbessern
- Die Projektergebnisse belegen erstmals, wie eine bundesweite Durchführung von Mobilitätstrainingskursen für Rollstuhlnutzerinnen und Rollstuhlnutzer nach einem standardisierten Trainingskonzept gelingen kann

## Autorinnen und Autoren

- ➔ **Jonas Mockenhaupt**
- ➔ **Tanja Bungter**
- ➔ **Dr. Vera Tillmann**
- ➔ **Dr. Volker Anneken**

**Der Bedarf an Mobilitätstrainingskursen für Rollstuhlnutzerinnen und Rollstuhlnutzer in Deutschland ist groß. Flächendeckende Angebote fehlen weitestgehend. Die Erkenntnisse aus dem Projekt „Mobilität 2020“ sollen dazu beitragen, bundesweite Mobilitätsangebote für Rollstuhlnutzerinnen und Rollstuhlnutzer nach einem standardisierten Konzept zu schaffen.**

**D**ie eigene Mobilität nimmt eine zentrale Bedeutung hinsichtlich des Erhalts der subjektiven Lebensqualität und der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ein. Nur wer ausreichend mobil ist, kann in vollem Umfang am gesellschaftlichen Leben teilnehmen, sei es im privaten oder öffentlichen Bereich, in der Arbeitswelt oder der Freizeit. Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, die im Alltag aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls auf einen Rollstuhl zur Fortbewegung angewiesen sind, sind jedoch oftmals nicht ausreichend dazu befähigt, die Herausforderungen und Hindernisse im Alltag zu bewältigen. Grund dafür sind zumeist Unsicherheiten oder fehlende Erfahrungen im Umgang mit dem Rollstuhl. Da die Fähigkeiten im Umgang mit dem Hilfsmittel darüber entscheiden, wie mobil eine Person ist, wurde in Artikel 20 des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) festgeschrieben, dass wirksame Maßnahmen zu treffen sind, die die persönliche Mobilität mit „größtmöglicher Unabhängigkeit“ sicherstellen. Dabei wird hervor-

gehoben, dass neben der Versorgung mit passenden Hilfsmitteln auch festgeschriebene Trainings zur Erweiterung von Mobilitätskompetenzen für Menschen mit Beeinträchtigung zur Verfügung stehen sollen.<sup>[1]</sup> Derzeit liegen deutschlandweit zwar vereinzelte Angebote zur Mobilitätsförderung vor, flächendeckende Angebote fehlen jedoch weitestgehend.

An dieser Stelle setzte das Projekt „Mobilität 2020“<sup>[2]</sup> an. Es wurden erstmals Erkenntnisse zur Umsetzbarkeit und Wirksamkeit eines standardisierten Mobilitätstrainings auf die Mobilität von Rollstuhlnutzerinnen und Rollstuhlnutzern untersucht mit dem Ziel, den Betroffenen langfristig bundesweite Mobilitätstrainingsangebote nach einem überprüften Konzept zu ermöglichen. Dazu wurden standardisierte Mobilitätstrainingskurse durchgeführt und wissenschaftlich evaluiert. Geleitet wurde das Projekt vom Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport (FIBS gGmbH) in Kooperation mit dem Deutschen Rollstuhl-Sportverband e. V. (DRS) unterstützt mit Mitteln der DGUV-Forschungsförderung.

## Projektvorgehen

Während der Projektlaufzeit (Oktober 2016 bis März 2021) fanden bundesweit insgesamt 30 Mobilitätstrainingskurse an 20 verschiedenen Standorten statt. Dabei wurden an jedem Standort jeweils zwei Trainingstermine im Abstand von vier Wochen mit einer zwischenzeitlichen onlinegestützten Selbsttrainingsphase angeboten. Das Trainingskonzept wurde partizipativ mit erfahrenen Fachleuten sowie Rollstuhlnutzerinnen und Rollstuhlnutzern erarbeitet und führte verschiedene etablierte Rollstuhltrainingskonzepte zusammen.

Am Projekt nahmen 228 Personen teil, die teilweise oder vollständig auf die Nutzung eines Rollstuhls in ihrem Alltag angewiesen sind. Bei den meisten Teilnehmenden war die Rollstuhlnutzung bedingt durch eine Erkrankung an Multipler Sklerose oder durch eine erkrankungs- oder unfallbedingte Querschnittlähmung. Die Teilnehmenden der Studie wurden im Rahmen eines Kontrollgruppen-Warte-Designs in eine Interventionsgruppe (IG, n=193) und eine Kontrollgruppe (KG, n=35) eingeteilt.



## Die anhand des standardisierten Rollstuhlmobilitätstests AMR® erhobenen Ergebnisse zeigen die positive Wirkung der Mobilitätstrainingskurse auf die Rollstuhlmobilität der Teilnehmenden.“

Die IG erhielt das Mobilitätstraining, während die KG zunächst kein Training absolvierte.<sup>[3]</sup>

### Wirksamkeit des Trainings nachgewiesen

Die anhand des standardisierten Rollstuhlmobilitätstests AMR® (Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl) erhobenen Ergebnisse belegen die positive Wirkung der Mobilitätstrainingskurse auf die Rollstuhlmobilität der Teilnehmenden. In der Interventionsgruppe zeigte sich nach Absolvieren des Trainings eine starke Verbesserung der Rollstuhlmobilität. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe im gleichen Zeitraum nicht nennenswert steigern (siehe Abbildung 1).

Dieser signifikante Unterschied bestätigt sich auch im Hinblick auf die subjektive Einschätzung der eigenen Rollstuhlmobilität. Es zeigte sich, dass die Teilnehmenden der Interventionsgruppe im Gegensatz zur Kontrollgruppe ihre Mobilität im Umgang mit dem Rollstuhl nach den beiden Mobilitätstrainings tendenziell besser einschätzten als vor der Intervention. Die Erhebungen im Sinne der Nachhaltigkeit der Intervention nach drei und zwölf Monaten (MZP 3 und 4) ergaben zudem, dass die Teilnehmenden ihre Rollstuhlmobilität zum vierten Messzeitpunkt tendenziell am höchsten einschätzten. Die durch das Training erzielte Mobilitätsverbesserung

scheint demnach eine nachhaltige Wirkung zu haben.

### Personen mit progredienten Erkrankungen profitieren

Die Auswertungen zeigen, dass Teilnehmerinnen insgesamt niedrigere Mobilitätswerte aufwiesen als Teilnehmer, die Verbesserung ihrer Mobilität vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt jedoch stärker ausfiel als bei Rollstuhlnutzern. Dieses Ergebnis spiegelt die Bedeutung des Mobilitätstrainings für Frauen wider, die

oftmals eine geringere Körperkraft als Männer aufweisen<sup>[4]</sup> und durch die Vermittlung von adäquaten Techniken im Umgang mit dem Rollstuhl besser befähigt werden, auch kraftintensivere Hindernisse zu bewältigen.

Personen, die aufgrund einer progredienten Erkrankung (hier: Multiple Sklerose) auf einen Rollstuhl angewiesen sind, weisen insgesamt niedrigere Mobilitätswerte auf als Teilnehmende, die zum Beispiel aufgrund einer erworbenen oder angeborenen Querschnittlähmung im Alltag einen

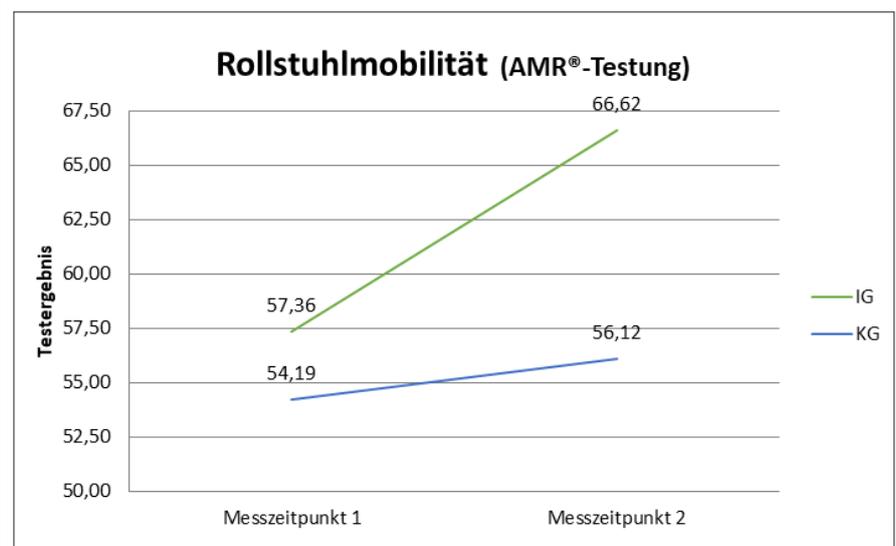


Abbildung 1: Messergebnisse der Rollstuhlmobilität zum ersten und zweiten Messzeitpunkt, aufgeteilt nach Interventionsgruppe (134 Teilnehmende) und Kontrollgruppe (26 Teilnehmende)

Quelle: Bungler, Mockenhaupt, Tillmann & Annen (2021): „Mobilität 2020“

”

**Bemerkenswert ist im Bereich der beruflichen Teilhabe, dass berufstätige Teilnehmende der Interventionsgruppe ihre Mobilität auf dem Weg zur Arbeit signifikant steigern konnten.“**

Rollstuhl nutzen. Die erzielte Mobilitätsverbesserung durch das Training fiel konsequenterweise bei diesem Personenkreis höher aus als bei den Personen mit einer Rückenmarksverletzung. Erklärbar wird dies auch dadurch, dass zum Beispiel Personen mit erworbener Querschnittlähmung in der Regel eine (Erst-)Rehabilitation mit Hilfsmittelversorgung und Rollstuhlmobilitätstraining erhalten.<sup>[5]</sup> Die Schwerpunkte einer Rehabilitation bei progredienten Erkrankungen wie Multipler Sklerose liegen zunächst auf Maßnahmen wie Gang- und Ergometertraining.<sup>[6]</sup> Auch erhalten die Betroffenen nur eine Einweisung in die allgemeine Funktionsweise des Rollstuhls und keine Kompetenzschulung im Umgang mit Hilfsmitteln. Vor diesem Hintergrund bekräftigen die Ergebnisse die Notwendigkeit von Rollstuhlmobilitätstrainings insbesondere für Personen, die aufgrund einer progredienten Erkrankung auf die Nutzung eines Rollstuhls im Alltag angewiesen sind.

### **Training steigert körperliche Aktivität**

Die Betrachtung der Aspekte körperliche Aktivität und gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie subjektive und berufliche Teilhabe brachten unterschiedliche Ergebnisse hervor. So wies die erfasste Mobilitätsverbesserung nach den beiden Trainingseinheiten keine größeren Veränderungen im Hinblick auf die körperliche Aktivität der Teilnehmenden zu

den ersten beiden Messzeitpunkten auf. Bei Betrachtung der Erhebungszeitpunkte nach drei und zwölf Monaten (MZP 3 und 4) zeigte sich jedoch eine Steigerung der körperlichen Aktivität, wodurch sich hier ein langfristiger Effekt vermuten lässt. Hinsichtlich der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnte festgestellt werden, dass sich die Interventionsgruppe bezogen auf körperliche Aspekte ihrer Lebensqualität (unter anderem Beweglichkeit, Belastbarkeit, Schmerzen) signifikant besser einschätzten als vor dem Mobilitätstraining. Bemerkenswert ist im Bereich der beruflichen Teilhabe, dass berufstätige Teilnehmende der Interventionsgruppe (n=29) ihre Mobilität auf dem Weg zur Arbeit signifikant steigern konnten.

### **Akzeptanz des Trainingskonzepts**

Wesentlicher Erfolgsfaktor für eine nachhaltige Implementierung standardisierter Trainingskonzepte ist die Akzeptanz in der relevanten Zielgruppe. Hierzu lieferte das Feedback der Teilnehmenden erfreuliche Erkenntnisse. Nahezu alle Teilnehmenden (mehr als 95 Prozent) gaben an, dass sie ihre Fähigkeiten durch die Trainingsteilnahme verbessern konnten und im Umgang mit dem Rollstuhl sicherer geworden sind. Beispielhaft dazu ein Zitat einer Teilnehmerin: „Das war immer so ein Problem im Kopf, wie komme ich da hoch, bleibe ich da vorher stoppen oder wie auch immer.

#### **Abschlussvideo des Projekts**

Der QR-Code führt zum Abschlussvideo des Projekts auf der Webseite des Forschungsinstituts für Inklusion durch Bewegung und Sport.



Jetzt gerade heute war dann tatsächlich so das Aha-Erlebnis: Hey das geht ja alles, es funktioniert!“ Das gemischte Konzept aus Training mit Trainerin oder Trainer sowie Selbsttraining beurteilten circa 95 Prozent der Teilnehmenden als sinnvoll. Jedoch berichteten 85 Prozent der Teilnehmenden, dass in ihrem lokalen oder regionalen Umfeld keine Trainingsangebote zur Schulung der Rollstuhlmobilität vorlägen.



## Das gemischte Konzept aus Training mit Trainerin oder Trainer sowie Selbsttraining beurteilten circa 95 Prozent der Teilnehmenden als sinnvoll.“

### Bundesweite Etablierung ist erstrebenswert

Das Projekt „Mobilität 2020“ zeigte in einer eindrucksvollen Weise die Effektivität eines standardisierten Mobilitätstrainings für Rollstuhlnutzerinnen und Rollstuhlnutzer auf. Durch die beiden Mobilitätstrainingskurse im Zusammenspiel mit der onlinegestützten Selbstlernphase konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Rollstuhlmobilität nachweislich steigern.

Das Trainingskonzept fand großen Zuspruch, dies wurde in Gesprächen und

Interviews mit den Teilnehmenden sowie den Trainerinnen und Trainern deutlich. Alle berichteten gleichermaßen von Fortschritten, die durch die Teilnahme am Mobilitätstraining erreicht werden konnten. Da das modular aufgebaute Trainingskonzept die Möglichkeit bietet, auf unterschiedliche Fähigkeits- und Fertigungslevel der Teilnehmenden gezielt einzugehen und die Trainingsinhalte personenzentriert anzupassen, kann dieses auch bei stark heterogenen Gruppen angewendet werden.

Für den Transfer der Erkenntnisse über die Projektlaufzeit hinaus erstellte das

Projektteam „Fortbildungsmaterial zur Rollstuhlmobilität im Alltag“ und eine Handlungsempfehlung zu den Rahmenbedingungen des verwendeten Trainingskonzeptes. Diese konkreten Empfehlungen zeigen einen Weg auf, wie eine bundesweite Etablierung von standardisierten Rollstuhlmobilitätskursen möglich wäre, um den Präventions-, Rehabilitations- und Eingliederungsprozess für Rollstuhlnutzerinnen und Rollstuhlnutzer hin zu mehr Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu unterstützen. 

### Weitere Informationen

Das Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport gGmbH ist ein An-Institut der Deutschen Sporthochschule Köln in Trägerschaft der Gold-Kraemer-Stiftung, der Lebenshilfe Nordrhein-Westfalen e. V. und der Deutschen Sporthochschule Köln. [www.fi-bs.de](http://www.fi-bs.de)

### Fußnoten

- [1] Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Hg.) (2018): Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
- [2] Bungter, T. et al. (2021): Mobilität 2020 Mehr Training – Mehr Mobilität – Mehr Teilhabe für Rollstuhlnutzer\*innen. Sportverlag Strauss, Hellenthal
- [3] Siehe Fußnote 2
- [4] Hollmann, W.; Strüder, H. K. (2009): Sportmedizin. Grundlagen für Arbeit, Training und Präventivmedizin, 5. Aufl. Stuttgart: Schattauer
- [5] Exner, G. (2005): Querschnittlähmungen. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.): Rehabilitation und Teilhabe – Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. 3. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- [6] Flachenecker, P.; Dettmers, C.; Henze, T. (2019): Rehabilitation bei Multipler Sklerose: multimodal, interdisziplinär, wirksam. In: Neurologie up2date 2 (2), S. 171–187. DOI: 10.1055/a-0803-5493

# Der Weg zurück ins Arbeitsleben – trotz eines schweren Arbeitsunfalls

## Key Facts

- Technischer Fortschritt in der Prothesenversorgung ermöglicht einen Weg zurück ins Arbeitsleben – auch bei körperlichen Tätigkeiten
- Die Motivation, Einstellung und Wünsche der betroffenen Person nach einem Arbeitsunfall sind ein wichtiger Faktor für die berufliche Wiedereingliederung
- Es braucht Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, die bereit sind, Menschen nach einem schweren Arbeitsunfall zu beschäftigen

## Autorin

➔ **Kathleen Gaude**

**Thilo Klaaßen war 19 Jahre alt, als er während seiner Ausbildung zum Maurer einen schweren Arbeitsunfall erlitt. Sein Beispiel zeigt, wie durch das Zusammenwirken aller Beteiligten, neueste prothetische Versorgungsmöglichkeiten sowie durch eigenes Engagement und Willensstärke der Weg in eine inklusive Arbeitswelt gelingen kann.**

**D**er Unfall von Thilo Klaaßen ereignete sich am 25. April 2017 mit einem Radlader während der Arbeit in einem Bauunternehmen. Der damals 19-Jährige befand sich in seinem zweiten Ausbildungsjahr zum Maurer und hatte den Auftrag, Dachziegel zu versetzen. Nach dem Ausstieg aus dem Radlader rollte dieser plötzlich los. Dann ging alles ganz schnell: Thilo Klaaßen versuchte noch die Handbremse zu ziehen und geriet dabei mit seinem Arm zwischen eine Hauswand und den Radlader. Dabei wurden die Knochen, Sehnen und Nerven der rechten Hand verletzt.

## Medizinische Versorgung

Mit dem Rettungswagen wurde Thilo Klaaßen auf schnellstem Weg in das nächstgelegene Krankenhaus nach Aurich gebracht. Schnell stand fest, dass es sich um eine Verletzung nach dem Schwerverletzungsartenverfahren (SAV) handelte. Der 19-Jährige wurde unmittelbar mit dem Hubschrauber in das Klinikum nach Bremen-Mitte verlegt.

Um das komplexe Heilverfahren bestmöglich zu steuern und den Schwerverletzten sowie seine Angehörigen zu beraten und zu unterstützen, stand Thilo Klaaßen und seiner Familie von Beginn an eine Reha-Managerin der Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU) zur Seite. In der Klinik für plastische und rekonstruktive Chirurgie versuchten die Ärztinnen und Ärzte lange, seine Hand zu erhalten. Die schwere Verletzung der rechten Hand und des rechten Unterarms, wiederholte Gefäßverschlüsse sowie eine Infektion des Knochens zogen letztendlich zahlreiche Operationen nach sich.

Nach einem elfwöchigen stationären Aufenthalt wurde Thilo Klaaßen in die ambulante Weiterbehandlung entlassen. Die Beschwerden blieben bestehen. Bereits zu diesem Zeitpunkt stand für den damaligen Auszubildenden fest, dass die Hand nicht gerettet werden kann: „Ich habe so viel Selbstbewusstsein gehabt, dass ich wusste: Das geht nicht mehr“, erinnert er sich heute.

Anfang Oktober 2017 erfolgte die Vorstellung im Berufsgenossenschaftlichen Klinikum Hamburg. Es folgten weitere Untersuchungen und Gespräche. Expertinnen und Experten der technischen Orthopädie des Klinikums zeigten ihm die Möglichkeiten und Grenzen einer prothetischen Versorgung auf. Gemeinsam mit Thilo Klaaßen beschlossen die Ärztinnen und Ärzte der Abteilung für Handchirurgie die Amputation der rechten Hand. Noch im Oktober 2017 fand die Operation statt: Die rechte Hand wurde zehn Zentimeter oberhalb des Handgelenkes amputiert.

## Medizinische Rehabilitation

Anschließend erfolgte eine komplexe stationäre Rehabilitation im BG Klinikum Hamburg. Betreut wurde Thilo Klaaßen in dieser Zeit vor allem vom Reha-Koordinator der BG BAU. Die Reha-Koordination ist ein besonderer Service in allen BG Kliniken für die Versicherten der BG BAU. Dieser gewährleistet eine direkte Beratung der Versicherten sowie eine Planung bis zum Abschluss der stationären und ambulanten

”

**Die Reha-Koordination ist ein besonderer Service in allen BG Kliniken für die Versicherten der BG BAU, der eine direkte Beratung der Versicherten sowie eine Planung bis zum Abschluss der stationären und ambulanten Rehabilitation in den BG Kliniken gewährleistet.“**

ten Rehabilitation in einer BG Klinik. Die Reha-Koordinatorinnen und Reha-Koordinatoren haben einen festen Arbeitsplatz in den BG Kliniken, sodass sie an mindestens vier Tagen in der Woche für Versicherte, deren Angehörige, sowie Ärztinnen und Ärzte erreichbar sind. Damit stellen sie das wichtige Bindeglied zwischen der Klinik, den Versicherten und der BG BAU dar. Neben dem Reha-Management und der Reha-Koordination gibt es bei der BG BAU weitere Spezialistinnen und Spezialisten, die sich professionell um die Verletzten kümmern: Die Hilfsmittelbeauftragten der BG BAU sind mit den neuesten Entwicklungen im Bereich der Hightech-Prothesen vertraut. Sie stimmen sich eng mit den Leistungserbringern ab und stellen auch bei Thilo Klaaßen sicher, dass alle erforderlichen Hilfsmittel zeitnah zur Verfügung standen.

### **Der Weg zur passenden Hightech-Prothese**

In der Hamburger Abteilung für Rehabilitationsmedizin wurde mithilfe eines interdisziplinären Teams die optimale Prothese für Thilo Klaaßen ausgesucht. Um eine bestmögliche Versorgung sicherzustellen, arbeiteten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, Fachleute aus Physio- und Ergotherapie sowie der Orthopädiemechanik eng zusammen. Dabei wurden seine Wünsche und Vorstellungen bezüglich sei-

ner beruflichen Zukunft sowie seine privaten Interessen besonders berücksichtigt. Denn eines stand fest: Thilo Klaaßen wollte schnellstmöglich wieder ein selbstständiges Leben führen und dem nachgehen, was ihm Freude bereitet. „Ich bin kein Mensch, der im Haus sitzen kann“, erklärt er. „Ich war immer draußen, im Garten oder auf dem Feld.“

Ihm wurden verschiedene Prothesen vorgestellt. Seine Wahl fiel zunächst auf eine robuste, widerstandsfähige myoelektrische Prothese. Myoelektrische Prothesen werden von den verbliebenen Muskeln des Armstumpfes angesteuert. Der bei einer Anspannung der Muskulatur gesendete elektronische Impuls kann von den Sensoren der Prothese ausgelesen werden, sodass ein Greifen mit der Prothesenhand möglich wird – auch dosiert. Nach viel Training, intensiver Rehabilitation und mit Unterstützung geschulten Personals lernte Thilo Klaaßen den Umgang mit der Prothese kennen und trainierte gezielt mit einer Ergotherapeutin während seines Aufenthaltes im BG Klinikum Hamburg.

In der Praxis stellte sich aber heraus, dass die Prothese den besonderen Belastungen und Beanspruchungen des beruflichen und privaten Lebens von Thilo Klaaßen nicht standhielt und nach Alternativen gesucht werden musste. Man entschied sich für eine mehrgelenkige myoelektrische Pro-

thesenhand – ein Prototyp. Diese Prothese ist robust und wasserdicht – genau das, was Thilo Klaaßen für seinen Alltag benötigt. Aufgrund der Möglichkeit der persönlichen Konfiguration konnte die Prothese an die individuellen Bedürfnisse von Thilo Klaaßen angepasst werden. Über eine App lassen sich bis zu 18 voreingestellte Griffe abrufen. Zudem sind mehrere Slots vorhanden, um persönliche Griffmuster zu konfigurieren. Einzelne Griffe kann er mit den im Armstumpf verbliebenen Sehnen und Muskeln steuern: Diese senden elektrische Signale an die Akku-unterstützte Hightech-Prothese. Mit ihr kann Thilo Klaaßen greifen und halten – und zwar schnell oder langsam, kräftig oder sanft. Kann er die Griffe nicht durch Kokontraktionen auslösen, besteht die Möglichkeit, diese über eine Bedienoberfläche an der Prothese auszuführen.

### **Zurück ins Arbeitsleben**

Bereits während der medizinischen Rehabilitation war klar, dass Thilo Klaaßen seine Ausbildung zum Maurer nicht würde fortsetzen können und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vonseiten der BG BAU erforderlich sein würden. In den Prozess war auch die Reha-Managerin eingebunden, die von seinen beruflichen Vorstellungen erfuhr, eine landwirtschaftliche Ausbildung absolvieren zu wollen. Die Idee hatte Thilo Klaaßen bereits lange vor



## Die Reha-Koordinatorinnen und Reha-Koordinatoren haben einen festen Arbeitsplatz in den BG Kliniken, sodass sie an mindestens vier Tagen in der Woche für Versicherte, deren Angehörige sowie Ärztinnen und Ärzte erreichbar sind.“

dem Arbeitsunfall gehabt. Schon früher hatte er leidenschaftlich gern nebenbei in einem landwirtschaftlichen Unternehmen gearbeitet. Eine Tätigkeit im Büro war für ihn nicht vorstellbar: „Büro ist absolut gar nichts für mich, das erscheint mir zu langweilig.“ Sein Wunsch war es, eine Ausbildung in der Landwirtschaft zu machen und als Landwirt zu arbeiten.

Seine früheren Erfahrungen in der Landwirtschaft zahlten sich aus. Schließlich erhielt er ein Angebot für einen Ausbildungsplatz von einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem er früher schon gearbeitet hatte.

In einem gemeinsamen Gespräch mit der Reha-Managerin der BG BAU, Thilo Klaaßen und dem potenziellen Arbeitgeber wurden die Einsatzmöglichkeiten, die notwendigen Arbeitsmittel und die Finanzierung durch die BG BAU besprochen. Schnell wurde deutlich: Ein wichtiges Arbeitsmittel für die Ausbildung zum Landwirt ist ein Schlepper – die im Betrieb zur Verfügung stehenden Fahrzeuge konnte Thilo Klaaßen aber nicht ohne Weiteres führen.

Um zunächst einen Eindruck zu gewinnen, wie und ob die Tätigkeiten und Abläufe mit einer Handprothese umsetzbar sind, sowie

zur Austestung von Grenzen, absolvierte er in dem Unternehmen ein Praktikum. Gleichzeitig wurden vonseiten der BG BAU Fahrproben und ein verkehrstechnisches Gutachten veranlasst. Außerdem musste Thilo Klaaßen alle Führerscheinprüfungen ein weiteres Mal ablegen, ehe feststand, dass er auch weiterhin Fahrzeuge mit einem Halbautomatikgetriebe sowie einem angepassten Lenker mit einem Multifunktionslenkraddrehknopf führen kann. Die Kosten für den Umbau des Schleppers, der für seine Tätigkeit als Landwirt erforderlich ist, übernahm die BG BAU ebenso wie die Kosten für die Miete des Schleppers für die Zeit der Nutzung während der Ausbildung.

### Neubeginn

Bereits 15 Monate nach seinem schweren Arbeitsunfall, am 15. Juli 2018, begann Thilo Klaaßen seine Ausbildung zum Landwirt. Mit seinem Schlepper verrichtete er alle anfallenden Tätigkeiten: Bearbeitung der Felder, Pressen und Verladen der Heuballen und das Versorgen der Tiere. Auf das Verständnis und die Rücksichtnahme der Kolleginnen und Kollegen sowie der Vorgesetzten konnte er in dieser Zeit immer bauen.

Drei Jahre später, im Juli 2021, hat Thilo Klaaßen seine Ausbildung mit Auszeich-

nung bestanden. Nun möchte er sich selbstständig machen. Der umgebaute Schlepper soll sein Eigentum werden, damit er im Auftrag für andere Landwirte arbeiten kann. Im Laufe seiner Ausbildung hat Thilo Klaaßen zusammen mit seiner Freundin ein Haus gekauft und es mithilfe seines Bruders renoviert. Die Arbeit konnte er mit der Prothese gut alleine bewältigen. Heute wohnt er mit seiner Freundin in dem Haus.

Er ist allen Menschen, vor allem seiner Familie und seiner Freundin – wie auch der BG BAU –, dankbar für die Begleitung und Unterstützung nach seinem Unfall. Das Beispiel von Thilo Klaaßen zeigt, dass durch ein Zusammenspiel aller Beteiligten, die Bereitschaft eines Arbeitgebers und nicht zuletzt durch die Energie und Willenskraft der betroffenen Person selbst ein Neubeginn möglich ist – auch nach einem schweren Arbeitsunfall. ↩

# 100 Jahre D-Arzt – der Schnellzug in der medizinischen Versorgung

## Key Facts

- Die Herkunft der Bezeichnung D-Arzt ist ungeklärt
- Die Ausbildung zur D-Ärztin oder zum D-Arzt stellt hohe inhaltliche Anforderungen
- D-Ärztinnen und D-Ärzte lotsen durch den gesamten Behandlungsablauf

## Autorin

➔ **Melanie Wendling**

**Vor knapp 100 Jahren ist das D-Arzt-Verfahren installiert worden. Seitdem müssen Beschäftigte, die einen Arbeits- oder Wegeunfall erleiden, zunächst eine Fachärztin oder einen Facharzt zurate ziehen, die von der DGUV zugelassen sind.**

**A**m 1. Mai 1892 ist es so weit: Der D 31/32 rollt vom heutigen Potsdamer Platz, dem damaligen Berlin Potsdamer Bahnhof, vom Gleis. Das Ziel: der Kölner Hauptbahnhof.

Neben den Reisenden versammeln sich auf dem Gleis auch zahlreiche Schaulustige. Denn die Möglichkeit, während der Fahrt durch die Waggonen zu schreiten, ist eine kleine Sensation. In den Vorläufermodellen des D-Zugs müssen die Reisenden nämlich noch jedes einzelne Abteil von außen durch Türen betreten. Längs aller Wagen sind Laufbretter mit Haltestangen angebracht, über die der Schaffner zur Fahrkartenkontrolle balancieren und die Türen in akrobatischen Aktionen öffnen muss. Selbst als die – früher gemächlich vor sich hin tuckernden – Züge Geschwindigkeiten von 100 Stundenkilometern erreichen, ist das noch so. Entsprechend hoch sind die Unfallzahlen: vor allem auch, weil sich in überfüllten Zügen immer wieder Reisende auf die Trittbretter stellen. Es gibt nicht nur Verletzte, sondern auch Tote.<sup>[1]</sup>

Und nun, der D-Zug! So wurden ausschließlich Züge bezeichnet, deren Wagen durch mit Faltenbälgen geschützte Übergänge untereinander verbunden waren, die sogenannten Durchgangswagen.<sup>[2]</sup> Zudem

sollte der D-Zug besonders pünktlich und bequem sein. Und nicht mehr an jeder „Milchkanne“, sondern nur noch an den wichtigsten Stationen halten.

Leider ist nicht bekannt, ob der Begriff „Durchgangsarzt (D-Arzt)“<sup>[3]</sup> in Anlehnung an den Durchgangszug gewählt wurde. Vorstellbar ist es aber durchaus: D-Ärztinnen und D-Ärzte als Ansprechpersonen für die wichtigsten Stationen gesetzlich Unfallversicherter und Berufserkrankter. Sie überwachen Behandlungsübergänge und sorgen dafür, dass die Behandlungen für die Versicherten bequem und pünktlich durchgeführt werden.

Benutzt wurde der Begriff „Durchgangsarzt“ zum ersten Mal in § 3 der Reichsversicherungsordnung (RVO) am 29. November 1921, also fast 30 Jahre, nachdem der erste D-Zug durch Deutschland rollte. Danach hatte die Krankenkasse auf Wunsch der Berufsgenossenschaft deren Unfallverletzte anzuhalten, sofort nach der Krankmeldung und vor der ersten Inanspruchnahme des Kassenarztes einen von der Berufsgenossenschaft bezeichneten Facharzt (Durchgangsarzt) zurate zu ziehen. Theoretisch hätte dieser Facharzt natürlich auch eine Fachärztin sein können. Seit der Jahrhundertwende waren Frauen zum Medizinstu-

dium zugelassen. Praktisch war der D-Arzt jedoch in der Anfangszeit und auch später eine männliche Domäne.

Es ist nicht nur unbekannt, vor welchem Hintergrund der Begriff „D-Arzt“ gewählt wurde. Auch der Anlass für die Überlegungen zur Einführung eines Durchgangsarztes in der gesetzlichen Unfallversicherung ist nicht genau überliefert. Vielleicht aber steht die Einführung des Durchgangsarztes im Zusammenhang mit dem bislang schwersten Unglück in der Geschichte der deutschen chemischen Industrie und der größten zivilen Explosionskatastrophe in Deutschland: „Am Morgen des 21. Septembers 1921 ereigneten sich im Oppauer Werk der Badischen Anilin- und Sodafabrik im Laboratorium 53 zwei schwere Explosionen. Das ganze Gebäude wurde durch den Luftdruck emporgehoben und stürzte in sich zusammen. In dem Gebäude waren etwa 800 Mitarbeiter beschäftigt, von denen keiner mit dem Leben davongekommen ist. Durch den Luftdruck sind in der weiteren Umgebung von Mannheim bis Heidelberg zahlreiche Fensterscheiben zertrümmert worden. In Mannheim, das vom Explosionsherd weit entfernt ist, sind bis jetzt 1 Toter, 36 Schwer- und 20 Leichtverletzte festgestellt worden. Sämtliche Lazarette und Mannheim und Ludwigs-hafen sind von Verwundeten überfüllt.“<sup>[4]</sup>



## Die hohen fachlichen und persönlichen Anforderungen des D-Arzt-Systems sind immer wieder Anlass für Diskussionen in der Ärzteschaft.“

Dieses schwere Unglück in der chemischen Industrie könnte tatsächlich der Auslöser für die Implementierung des D-Arzt-Systems gewesen sein – denn die schweren (Brand-)Verletzungen erforderten eine spezielle medizinische Versorgung.

D-Ärztinnen und D-Ärzte beurteilten seinerzeit bereits, ob die Fürsorge der Krankenkasse ausreichte oder ob besondere Heilmaßnahmen notwendig waren – Kriterien, die man in ähnlicher Weise noch immer im Vertrag Ärzteschaft/Unfallversicherungsträger wiederfindet. Schon damals mussten Durchgangssärztinnen und Durchgangsarzte in der Beurteilung und Behandlung von Unfallverletzten besonders erfahren, fachärztlich ausgebildet (Chirurgie oder Orthopädie) und ausschließlich fachärztlich tätig sein.<sup>[5]</sup>

### Hohe Anforderungen an D-Ärztinnen und D-Ärzte gerechtfertigt

Auch heute noch ist es im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen Aufgabe der Unfallversicherung, für die verletzte Person durch geeignete Behandlungsmaßnahmen sowie durch Geld- oder Sachleistungen die schnellstmögliche Rückführung zur Leistungsfähigkeit sicherzustellen (§§ 26 ff. SGB VII). Hierzu werden in erster Linie D-Ärztinnen und D-Ärzte bestellt, die nach Diagnosestellung über den weiteren Therapieverlauf entscheiden und darüber bestimmen, wer die ärztliche Weiterbehandlung übernimmt. Nach § 26 Vertrag Ärzteschaft/Unfallversicherungsträger hält der Arzt oder die Ärztin „den Unfallverletzten an, sich unverzüglich einer Durchgangssärztin oder einem Durchgangsarzt vorzustellen, wenn die Unfallverletzung über den Unfalltag hinaus zur Arbeitsun-

fähigkeit führt oder die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich mehr als eine Woche beträgt (...) Eine Vorstellung beim Durchgangsarzt oder der Durchgangssärztin hat auch dann zu erfolgen, wenn nach Auffassung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die Verordnung von Heil- oder Hilfsmitteln oder außerhalb der Berechtigung nach § 12 die Hinzuziehung eines anderen Facharztes oder einer

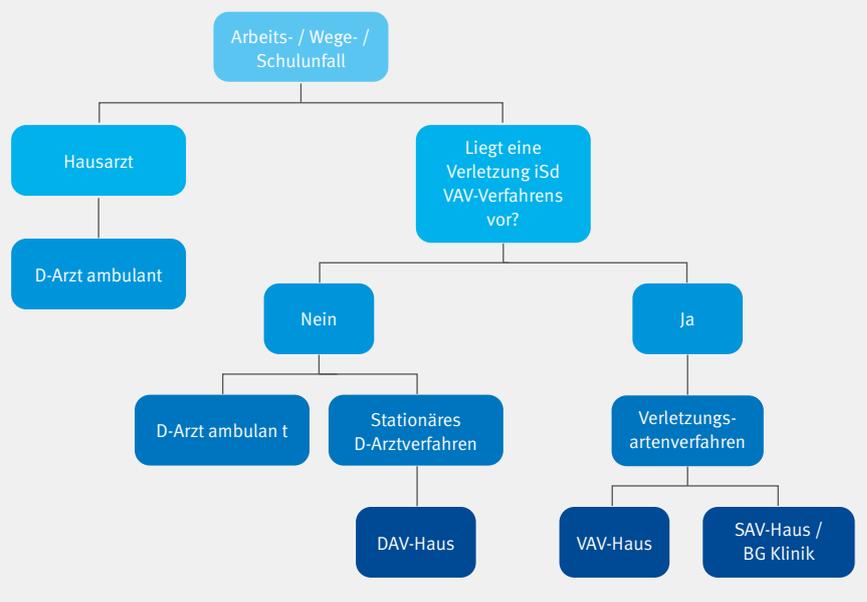
anderen Fachärztin erforderlich ist. Bei Wiedererkrankung ist in jedem Fall eine Vorstellung erforderlich. Die unfallverletzte Person hat grundsätzlich die freie Wahl unter den Durchgangssärztinnen und Durchgangssärzten.“

Auch wenn sich das D-Arzt-System in den vergangenen 100 Jahren mit leichten Modifikationen bewährt hat: Die hohen fach-

### D-Arztverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung

#### Durchgangsarzt als „Lotse“ des Heilverfahrens

- Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt
- Entscheidung über allg. und besondere Heilbehandlung
- Verordnungsberechtigung (Heil- und Hilfsmittel sowie Rehabilitation)
- Berichtspflichten (insb.: D-Bericht innerhalb 1 Woche)



Schematische Darstellung des D-Arzt-Verfahrens

lichen und persönlichen Anforderungen sind immer wieder Anlass für Diskussionen in der Ärzteschaft.

Denn Durchgangsärztinnen und Durchgangsärzte müssen zum Führen der deutschen Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ berechtigt und als solche fachlich und fachlich-organisatorisch weisungsfrei tätig sein. Sie müssen zudem nach der Facharztanerkennung mindestens ein Jahr in einer Abteilung zur Behandlung Schwerunfallverletzter eines zum Verletzungsartenverfahren zugelassenen Krankenhauses vollschichtig unfallchirurgisch tätig gewesen sein. Dies ist durch ein qualifiziertes Zeugnis nachzuweisen, das von der D-Ärztin oder dem D-Arzt ausgestellt wird, die oder der für diese Abteilung verantwortlich ist. In einem Krankenhaus oder einer Klinik tätige D-Ärztinnen und D-Ärzte müssen darüber hinaus über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ verfügen.<sup>[6]</sup> D-Ärztinnen und D-Ärzte sind grundsätzlich verpflichtet, ihre Tätigkeiten persönlich zu erbringen. Ferner müssen sie zusätzlich personelle, apparative und einrichtungsmäßige Voraussetzungen erfüllen und zur Übernahme weiterer Pflichten (insbesondere im Bereich der Berichterstattung, des Reha-Managements und auf dem Gutachtensektor) bereit sein.<sup>[7]</sup>

Die Landesverbände der DGUV beteiligen demnach ausschließlich fachlich geeignete Ärztinnen und Ärzte mit entsprechender Ausstattung der Praxis/Klinik am Durchgangsarztverfahren. Die hohen Anforderungen sind aber gewollt und gerechtfertigt, weil die Unfallversicherungsträger nach § 34 Abs. 1, 2 SGB VII alle Maßnahmen zu treffen haben, um eine möglichst frühzeitige und sachgemäße Heilbehandlung Versicherter zu gewährleisten. Diese Anforderungen sind gesetzeskonkretisierende Berufsausübungsregelungen zur Sicherung der Gleichbehandlung, die zur Qualitätssicherung gerechtfertigt sind, wie auch das Bundessozialgericht 2006 entschied.<sup>[8]</sup>

In einem späteren Urteil hat der Bundesgerichtshof zudem entschieden, dass „wegen des regelmäßigen gegebenen inneren Zu-

sammenhangs der Diagnosestellung und der sie vorbereitenden Maßnahmen mit der Entscheidung über die richtige Heilbehandlung (...) jene Maßnahmen ebenfalls der öffentlich-rechtlichen Aufgabe des Durchgangsarztes zuzuordnen [sind] mit der Folge, dass die Unfallversicherungsträger für etwaige Fehler in diesem Bereich haften“.<sup>[9]</sup> Was nichts anderes heißt, als dass sich die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung das Handeln der D-Ärztinnen und D-Ärzte als eigenes Handeln zurechnen lassen müssen.

Die Anforderungen sind aber auch deshalb so hoch, weil D-Ärztinnen und D-Ärzte im gesamten Behandlungsablauf als Generalistinnen und Generalisten eine Lotsenfunktion übernehmen müssen, gleichzeitig aber über einen hohen Spezialisierungsgrad im Bereich der in der gesetzlichen Unfallversicherung vorkommenden Verletzungsarten verfügen müssen.

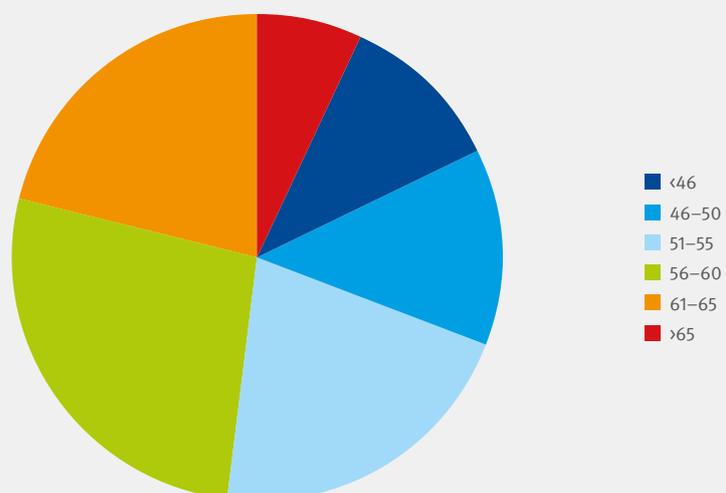
Die Idee eines „Lotsen“ im Gesundheitswesen wird auch in der gesetzlichen Krankenversicherung seit inzwischen Jahrzehnten diskutiert: „Wenn es Ziel ist, dass Patientinnen und Patienten zur richtigen Zeit

am richtigen Ort behandelt werden, dann bedarf es in unserem hochspezialisierten Gesundheitssystem eines kompetenten ‚Lotsen‘. Diese Funktion kann im System der gesetzlichen Krankenversicherung am besten der Hausarzt übernehmen. Der Hausarzt soll die Betreuung durch geeignete ärztliche und nichtärztliche Spezialisten übernehmen und koordinieren“.<sup>[10]</sup> Denn auch für gesetzlich Krankenversicherte gilt: Für eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau braucht es jemanden, der den Überblick behält. Der Hausarzt oder die Hausärztin haben hier eine Schlüsselfunktion inne. Sie sind dafür weitergebildet, als erste Ansprechperson der Patientinnen und Patienten Beschwerden aus ganz unterschiedlichen Bereichen zu behandeln, abzuwägen und bei Bedarf die Koordination mit Fachärztinnen und Fachärzten, Krankenhäusern oder weiteren Heilberufen zu übernehmen.<sup>[11]</sup>

Fast 70 Jahre nach Einführung des Durchgangsarztverfahrens in der RVO wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz zum 1. Januar 2004 die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V etabliert. Hausärztinnen und Hausärzte übernehmen damit

### Alterstruktur beteiligter D-Ärztinnen und D-Ärzte – Stand April 2021

Gesamtanzahl beteiligter D-Ärztinnen und D-Ärzte, Stand April 2021: 3793



Die Altersstruktur der am D-Arzt-Verfahren beteiligten Ärztinnen und Ärzte

qua Gesetz im Rahmen der Behandlung neben ihren regulären Aufgaben eine koordinierende Funktion.

Was sich sehr nach dem D-Arzt-System anhört, spielte erstaunlicherweise bei diesen Überlegungen keine Rolle. Im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurde seinerzeit das D-Arzt-System nicht in den Blick genommen – übrigens ebenso wenig wie heute. Nicht nur die Versorgungsbrüche über Sektorengrenzen hinweg sind im deutschen Gesundheitssystem ein Problem – auch die unterschiedliche Zuständigkeit der Ministerien (BMG = SGB V/ Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BMAS] = SGB VII) führt dazu, dass die Best-Practice-Beispiele zwar quasi vor der Haustür liegen, aber keine Beachtung finden.

### Zukunft des D-Arzt-Verfahrens

Die Gemeinsame berufsgenossenschaftliche Kommission der unfallchirurgisch-orthopädischen Berufsverbände (GBK) befindet sich zurzeit in Diskussionen mit der DGUV über die Reform der ambulanten D-Arzt-Versorgung. Ausgangspunkt war die Sorge um die weitere Akzeptanz der derzeitigen, in den Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherung mit Geltung vom 1. Januar 2011 festgelegten Pflichten und die damit verbundene zukünftige flächendeckende Versorgung mit D-Ärzten und D-Ärztinnen. Auch deren Altersstruktur (ähnlich der von Ärztinnen und Ärzten in der gesetzlichen Krankenversicherung) spielt bei den Überlegungen eine Rolle –

wobei nicht vergessen werden darf, dass die fachliche Befähigung eine jahrelange Ausbildung mit sich bringt.

In der Ausgabe 1/2021 der Fachzeitschrift Orthopädie und Unfallgeschehen haben der Bundesverband der Durchgangsarzte (bdd), der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)<sup>[12]</sup> einen Entwurf vorgelegt, in dem die Anpassung der ambulanten D-Arzt-Versorgung gefordert wird.

Für die DGUV ist bei den weiteren Diskussionen aber auch von Bedeutung, dass sich nicht nur die Medizinwelt, sondern die Arbeitswelt insgesamt verändert: Klassische Arbeits- und Beschäftigungsformen werden zunehmend verändert oder gar abgelöst. Und nicht erst seit Corona besteht der Wunsch der jüngeren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nach alternativen Arbeits- und Beschäftigungsformen. Die Möglichkeiten, technologischen Fortschritt für den eigenen Arbeitsplatz zu nutzen, der Wunsch, Beruf und Privatleben zu vereinbaren, sowie Aspekte der Nachhaltigkeit führen ebenso wie verstärkte Aktivitäten im Bereich von Arbeitsschutz und Prävention zu einem gewünschten Rückgang der Arbeitsunfälle.

Bei allen Diskussionspunkten muss gemeinsames Ziel der Berufsverbände und der DGUV sein: Es gilt, in allen Teilen Deutschlands das seit 100 Jahren bewährte D-Arzt-System zu erhalten oder dort, wo dies nicht immer möglich ist, neue Wege zu

suchen, damit die Unfallversicherung die medizinische Versorgung weiterhin durch ein flächendeckendes Netzwerk von spezialisierten Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Unfall- und Rehabilitationskliniken sicherstellen kann!

Vielleicht gibt die Bahn ja auch bei der Weiterentwicklung des D-Arzt-Verfahrens Impulse: Ab 2023 werden neue Züge mit dem Arbeitstitel „ECx“ die DB-Fahrzeugflotte erweitern. Das Innovative an diesen Zügen: Sie sind sehr flexibel einsetzbar, bieten WLAN sowie Fahrgastinformationen mit Echtzeitdaten und sind barrierefrei. Im übertragenen Sinne: Mit Flexibilität, dem Einsatz von digitalen Hilfsmitteln und dem Blick auf die Versicherten werden D-Ärztinnen und D-Ärzte noch weitere 100 Jahre das System der gesetzlichen Unfallversicherung bereichern! ↩

### Zahl der D-Ärztinnen und D-Ärzte

Bundesweit sind mehr als 4.200 niedergelassene sowie an Krankenhäusern und Kliniken tätige Ärztinnen und Ärzte in dieses Verfahren vertraglich eingebunden. Jährlich werden rund 3.200.000 Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherungsträger im Durchgangsarztverfahren versorgt.

### Fußnoten

[1] [www1.wdr.de/stichtag/stichtag-d-zug-100.html](http://www1.wdr.de/stichtag/stichtag-d-zug-100.html)

[2] <https://de.wikipedia.org/wiki/Schnellzug>

[3] Offiziell heißt es Durchgangsarztverfahren. Natürlich sind aber auch alle Ärztinnen gemeint, die diesen Beruf ausüben. Die DGUV setzt sich dafür ein, dass sich auch Frauen diese spezielle Facharzttrichtung ausüben. Deshalb sind mit dem Begriff D-Arzt alle Geschlechter einbezogen.

[4] <https://dfg-viewer.de/show/?set%5Bmets%5D=https://content.staatsbibliothek-berlin.de/zefys/SNP27112366-19210921-1-0-0-0.xml>

[5] K.-H. Andro, Trauma und Berufskrankheit 9, 2007, S339–S345

[6] Vgl. [https://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med\\_reha/documents/d\\_arzt3.pdf](https://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/d_arzt3.pdf)

[7] Arzt und BG, 6. Auflage, S. 112

[8] BSG, Urt. v. 05.09.2006 – B 2 U 8/05 R

[9] BGH, Urt. v. 29.11.2016 – VI ZR 208/15

[10] Michael Weller in Arbeit und Sozialpolitik 9-10, 1999, S. 44

[11] [www.hausaerzterverband.de/hausarztvertraege/was-sind-die-hausarztvertraege](http://www.hausaerzterverband.de/hausarztvertraege/was-sind-die-hausarztvertraege)

[12] Bundesverband der Durchgangsarzte e. V., Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V., Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.

# Post-COVID-Programm der BG Kliniken

## Key Facts

- Bis Ende Juni 2021 wurden in der gesetzlichen Unfallversicherung bereits mehr als 92.000 COVID-19-Erkrankungsfälle als Berufskrankheit und mehr als 7.000 Fälle als Arbeitsunfall anerkannt
- Im Zuständigkeitsbereich des SGB VII ist mit Blick auf das Post-COVID-Syndrom mit mehr als 15.000 Erkrankten zu rechnen
- Die BG Kliniken und die BGW haben gemeinsam ein Stufenkonzept entwickelt, um die Unfallversicherungsträger beim Umgang mit dem Post-COVID-Syndrom zu unterstützen

## Autorin

➔ **Dr. Beate Schmucker**

**Um der gesetzlichen Unfallversicherung die Bewältigung der Pandemiefolgen zu erleichtern, haben die BG Kliniken frühzeitig reagiert. Gemeinsam mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) wurde das sogenannte Post-COVID-Programm entwickelt, ein Stufenkonzept zur Unterstützung der Unfallversicherungsträger.**

**B**is zum 30. Juni 2021 wurden in der gesetzlichen Unfallversicherung bereits mehr als 92.000 COVID-19-Erkrankungsfälle als Berufskrankheit und mehr als 7.000 Fälle als Arbeitsunfall anerkannt.<sup>[1]</sup> Die „S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF),<sup>[2]</sup> die im Juli 2021 veröffentlicht und unter Beteiligung von Experten und Expertinnen der gesetzlichen Unfallversicherung erstellt wurde, nimmt eine Häufigkeit des Post-COVID-Syndroms von bis zu 15 Prozent an, sodass mit einer Anzahl von mehr als 15.000 Erkrankten im Zuständigkeitsbereich des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) zu rechnen ist. In den BG Kliniken wurde frühzeitig auf die Herausforderungen der gesetzlichen Unfallversicherung reagiert und gemeinsam mit der besonders betroffenen BGW ein Stufenkonzept zur Unterstützung der Unfallversicherungsträger entwickelt, das sogenannte Post-COVID-Programm.

### Post-COVID-Beratung

In einer ersten niedrigschwelligen Stufe wird an allen BG Kliniken, einschließlich der BG Klinik für Berufskrankheiten Bad Reichenhall und der BG Ambulanz Bremen, eine Post-COVID-Beratung angeboten, die eine fachärztliche Ersteinschätzung von Versicherten beinhaltet, die an den Folgen einer COVID-19-Erkrankung leiden. Das Angebot richtet sich ausschließlich an Berufsgenossenschaften und Unfallkassen und hilft den Verantwortlichen der Sachbearbeitung und des Reha-Managements bei der Koordination des Heilverfahrens. Die Beratung, die eine Beurteilung von Vorbefunden durch Aktenstudium umfasst, erfolgt in der Regel durch ein strukturiertes Interview telefonisch oder per Videokonferenz.

### Post-COVID-Sprechstunde

Im Anschluss an eine Beratung oder auf Direktzuweisung eines Unfallversiche-

rungrügers halten die BG Kliniken zur weiteren Diagnostik- und Therapieplanung eine Post-COVID-Sprechstunde vor. Die Untersuchung erfolgt je nach Krankheitsbild durch verschiedene Fachärzte und Fachärztinnen und unter Begleitung des Reha-Managements der zuständigen Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse. Weiterhin kann die Sprechstunde im Rahmen des Post-COVID-Programms auch zur ambulanten Nachbetreuung genutzt werden. Bis Ende Juli 2021 sind in den BG Kliniken circa 500 Erkrankte vorgestellt worden, wobei eine steigende Nachfrage zu verzeichnen ist.

### Post-COVID-Check

In sieben von neun BG Kliniken steht der Post-COVID-Check zur Verfügung, ein stationäres, interdisziplinäres, diagnostisches Abklärungsverfahren für besonders komplexe Fälle, das insbesondere für Patientinnen und Patienten mit anhaltenden neuro-

”

Die ‚S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID‘ nimmt eine Häufigkeit des Post-COVID-Syndroms von bis zu 15 Prozent an, sodass mit einer Anzahl von mehr als 15.000 Erkrankten im Zuständigkeitsbereich des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) zu rechnen ist.“

logischen und psychischen Beschwerden infrage kommt. Mittlerweile haben die BG Kliniken mehr als 200 Post-COVID-Checks durchgeführt, die alle im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie untersucht und nachverfolgt werden sollen.

## Rehabilitation

In der Rehabilitation von Post-/Long-COVID-Erkrankten verfügt die BG Klinik für Berufskrankheiten Bad Reichenhall über die längste und größte Erfahrung. Dort wurden seit Mai 2020 mehr als 230 Betrof-

fene rehabilitiert. Das Angebot richtet sich an Patientinnen und Patienten mit pulmonalen oder kardialen Beeinträchtigungen, persistierender Erschöpfung (Fatigue-Syndrom) sowie psychischen Beschwerden und kognitiven Einschränkungen. Auch alle anderen BG Kliniken haben sich auf die Rehabilitation von Langzeiterkrankten eingestellt. So können sowohl neurologische als auch aktivierende Rehabilitationen, zum Beispiel im Rahmen einer komplexen stationären Rehabilitation (KSR), durchgeführt werden. Dabei werden die bewährten interdisziplinären und interpro-

fessionellen Behandlungspläne speziell an die Bedürfnisse der Betroffenen angepasst. Bislang sind diese Reha-Angebote noch nicht sehr nachgefragt, jedoch wird auch hier – ähnlich wie bei den Sprechstunden – mit einem stark steigenden Bedarf gerechnet.

Insgesamt haben sich die BG Kliniken mit den Unfallversicherungsträgern auf einen sinnvollen gemeinsamen Weg begeben, um die Pandemiefolgen im Rahmen des SGB VII „mit allen geeigneten Mitteln“ zum Wohle der Versicherten zu bewältigen. ↩

---

## Fußnoten

[1] Aus BT-Drs. 19/31695: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE: Gesundheitliche Langzeitfolgen von COVID-19 (Long COVID) als Berufskrankheit, <https://dserver.bundestag.de/btd/19/316/1931695.pdf> (abgerufen am 17.08.2021)

[2] AWMF-Register Nr. 020/027: S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID, [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/020-0271\\_S1\\_Post\\_COVID\\_Long\\_COVID\\_2021-07.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-0271_S1_Post_COVID_Long_COVID_2021-07.pdf) (abgerufen am 17.08.2021)

# Pilotprojekt Zentrumsmodell: ein Netzwerk für die betriebliche Betreuung

## Key Facts

- Mit dem Pilotprojekt Zentrumsmodell wurde ein betriebliches Betreuungsnetzwerk für Kleinst- und Kleinbetriebe erprobt und evaluiert
- Das Projekt hat gezeigt, dass durch ein trägerübergreifendes Betreuungsnetzwerk grundsätzlich mehr Betriebe betriebsärztlich und sicherheitstechnisch betreut und zumeist kurze Wegstrecken für Dienstleister ermöglicht werden können
- Allerdings ist der Prototyp zu ressourcenintensiv für ein dauerhaftes oder bundesweites Angebot, weshalb eine Reihe von Grundsatzfragen und Anpassungsvorschlägen aus der Evaluation abgeleitet wurden

## Autorinnen und Autoren

- ↗ **Dr. Frank Bell**
- ↗ **Dr. Stefan Dreler**
- ↗ **Sabine Edelhäuser**
- ↗ **Esther Foege**
- ↗ **Matthias Groß**
- ↗ **Andrea Kuhn**
- ↗ **Anja Mühlbach**
- ↗ **Dr. Annekatri Wetzstein**

**Kann ein trägerübergreifendes Betreuungsnetzwerk dazu beitragen, die betriebliche Betreuung perspektivisch zu verbessern und die Ressourcen von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten sowie Fachkräften für Arbeitssicherheit effizient einzusetzen? Antworten liefert das Pilotprojekt Zentrumsmodell, das in diesem Beitrag einschließlich der Evaluationsergebnisse vorgestellt wird.**

## Ziele und Aufbau

Im Auftrag ihrer Mitgliederversammlung hat die DGUV gemeinsam mit der Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM), der Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik (BGHW), der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) sowie mit fachlicher Unterstützung der Berufsgenossenschaft für Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) ein betriebsärztliches und sicherheitstechnisches Betreuungsnetzwerk für Kleinst- und Kleinbetriebe pilotiert.

Das Betreuungsnetzwerk wurde als „Pilotprojekt Zentrumsmodell“ vom 24. Oktober 2018 bis zum 30. Juni 2020 in der Region Ostwestfalen-Lippe erprobt und vom Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) evaluiert. Es sollte untersucht werden, ob das Zentrumsmodell perspektivisch dazu beitragen kann, die betriebliche Betreuung von Kleinst- und Kleinbetrieben bis 50 Beschäftigte zu verbessern und die Ressourcen von Dienstleistern für betriebsärztliche und sicher-

heitstechnische Leistungen zielgerichteter einzusetzen. Gleichzeitig wollte man überprüfen, welche Elemente des Betreuungsnetzwerkes funktionieren und welche sich nicht als praktikabel herausstellen, um für eine eventuelle Versorgung in der Fläche Erfahrungen zu sammeln.

Mitgliedsbetriebe der teilnehmenden Berufsgenossenschaften sollten zu festgelegten Preisen auf fachkundige Dienstleister aus einem dezentralen Bestand (Pool) zugreifen können. Der Pool wurde durch die DGUV aufgebaut und verwaltet. Das Zulassungsverfahren für den trägerübergreifenden Pool wurde bei der DGUV angesiedelt, um Synergieeffekte zu schaffen und damit den Aufwand für die Berufsgenossenschaften zu verringern. Die Betriebe erhielten wiederum Unterstützung von Beraterinnen und Beratern der Berufsgenossenschaften aus extra eingerichteten Kontaktstellen der Unfallversicherungsträger (UVT-Kontaktstellen). Deren direkter Kontakt sollte eine branchenspezifische und damit bedarfsgerechte Beratung der Betriebe

ermöglichen – so begleiteten die UVT-Kontaktstellen die Betriebe vom Teilnahmebeginn über die Dienstleister-Auswahl bis hin zur betrieblichen Beratung und zur abschließenden Rechnungsstellung. Der Vorteil für die Dienstleister sollte darin bestehen, dass durch die Bündelung von Betrieben die Kundendichte erhöht und in Kombination mit der dezentralen Verteilung über die Projektregion kurze Wegstrecken gefördert werden. Dank der Steuerung durch die UVT-Kontaktstellen entfiel für die Dienstleister zudem die aufwendige Kundenakquise.

### Teilnahmekriterien der Betriebe

- Mitgliedsbetrieb einer teilnehmenden Berufsgenossenschaft
- Betriebsstätte in Ostwestfalen-Lippe
- bis 50 Beschäftigte
- keine betriebsärztliche und/oder sicherheitstechnische Betreuung

Das Zulassungsverfahren war als sogenanntes Open-House-Modell konzipiert. Im Gegensatz zu einem klassischen Vergabeverfahren hat dieses Zulassungsverfahren den Vorteil, dass alle Dienstleister ihre Leistungen anbieten können, wenn sie die Zulassungskriterien erfüllen. So wurde bewusst allen geeigneten – auch kleinen Unternehmen und Soloselbstständigen – die Teilnahme ermöglicht, um eine dichte und möglichst regionale Betreuungsstruktur aufzubauen.

Die Qualifikationen der fachkundigen Personen wurden von der DGUV anhand von schriftlichen Nachweisen zu den Fachkundevoraussetzungen nach DGUV Vorschrift 2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ in Verbindung mit dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) geprüft. Außerdem mussten die Fachleute nachweisen, dass sie in den vergangenen drei Jahren an einer Fortbildung teilgenommen hatten. Darüber hinaus hatten sie – wie in klassischen Vergabeverfahren auch – als Unternehmen bestimmte Eignungskriterien für die Zulassung zu erfüllen. Mit allen Dienstleistern, die die Teilnahmevoraussetzungen nachweislich erfüllten, schloss die DGUV einen Rahmenvertrag, der die Grundlage für den Einsatz in der Erprobungsphase bildete.

Nach dem Start des Zulassungsverfahrens akquirierten die UVT-Kontaktstellen bis-

her nicht betreute Betriebe aus der Projektregion. UVT-Kontaktstellen und Betriebe dokumentierten die Teilnahme in einer Teilnahmevereinbarung. Um einen zusätzlichen Anreiz zu schaffen, finanzierten die Berufsgenossenschaften drei Beratungsstunden pro Betrieb.

Jeder teilnehmende Betrieb konnte Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Fachkräfte für Arbeitssicherheit und sonstige fachkundige Personen anfordern. Daraufhin erhielt der Betrieb von der zuständigen UVT-Kontaktstelle einen Vorschlag für bis zu drei geeignete Dienstleister pro Berufsgruppe. Dazu ermittelte die DGUV geeignete Kandidatinnen und Kandidaten aus dem Dienstleister-Pool nach im Rahmenvertrag festgelegten Kriterien. Dadurch sollte ermöglicht werden, dass sich die Beratungsleistungen branchenspezifisch am betrieblichen Bedarf orientieren, durch entsprechend qualifizierte Dienstleister möglichst zeitnah erbracht werden und dank kurzer Wegstrecken ressourcenschonend vor Ort stattfinden können.

Nachdem ein Betrieb seine Auswahl getroffen hatte, beauftragte die zuständige UVT-Kontaktstelle den beziehungsweise die gewünschten Dienstleister per Einzelabrufvertrag – zunächst für einen vom Betrieb angegebenen Stundenumfang.

Bestand anschließend noch weiterer Unterstützungbedarf, konnte der Betrieb weitere Leistungen über die UVT-Kontaktstelle abrufen. Ging der Beratungsumfang über drei Stunden hinaus, musste der Betrieb die zusätzlichen Beratungskosten selbst tragen.

Den Status von Sicherheit und Gesundheit im Betrieb sowie die erbrachten Betreuungsleistungen dokumentierten die eingesetzten Dienstleister mit standardisierten Berichtsbögen. Diese dienten der DGUV zur Qualitätssicherung und Evaluation. Ebenso erhielten die UVT-Kontaktstellen daraus Auszüge, um Rechnungen prüfen und bezahlen zu können.

Die Beziehungen zwischen den benannten Beteiligten zeigt Abbildung 1.

### Kriterien für die Ermittlung von Dienstleistern

- Fachkunde/Berufsgruppe
- branchenspezifische Kenntnisse
- verfügbare Kapazitäten
- regionale Nähe

### Qualitätssicherung und Evaluation

Im Rahmen des Projekts sollte zum einen die Qualität der bereitgestellten Betreuung gesichert und zum anderen das Betreuungsnetzwerk inklusive der Qualitätssicherung evaluiert werden. Sowohl die Qualitätssicherung in der Erprobungsphase als auch die Evaluation orientierten sich an den Qualitätsdimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis entsprechend dem Qualitätsmodell von Donabedian (1966). Es sollten Fragen zu allen drei nachfolgend aufgeführten Dimensionen beantwortet werden.

### Strukturqualität

Die Fragestellungen zur Strukturqualität dienten dazu, zu ermitteln, welche strukturellen Voraussetzungen für die Pilot-Region

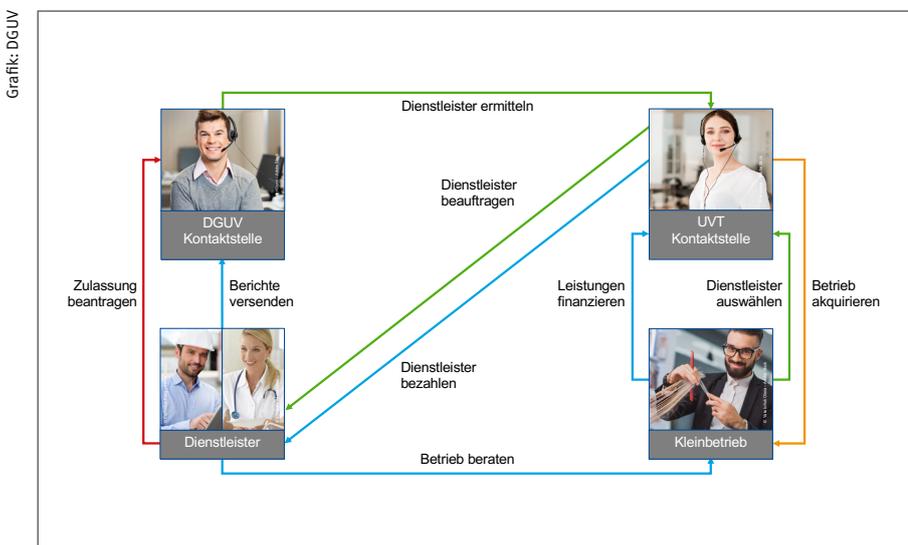


Abbildung 1: Pilotprojekt Zentrumsmodell (Kernprozesse als Netzwerkgrafik)



## Das „Pilotprojekt Zentrumsmodell“ untersuchte, ob das Betreuungsnetzwerk perspektivisch dazu beitragen kann, die betriebliche Betreuung von Kleinst- und Kleinbetrieben bis 50 Beschäftigte zu verbessern.“

bestanden und welche Strukturen im Rahmen des Projekts geschaffen wurden:

- In welchem Umfang können Dienstleister recherchiert und akquiriert werden?
- Wie gelingt ihre Zulassung?
- Wie gelingt die Akquirierung der Betriebe?

### Prozessqualität

Hinsichtlich der Prozessqualität sollte untersucht werden, ob und wie die Leistungen in den Betrieben erbracht werden können und wie die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Betreuungsnetzwerks funktioniert und gegebenenfalls verbessert werden kann:

- Wie hoch ist die Beteiligung der Dienstleister und der Betriebe?
- Welche Betreuungserfordernisse, -umfänge und -inhalte entstehen?
- Wie gelingt die Organisation und Steuerung?

### Ergebnisqualität

Bezüglich der Ergebnisqualität sollten Erkenntnisse darüber gewonnen werden, ob durch das Betreuungsnetzwerk die Quantität und Qualität der betrieblichen Betreuung verbessert beziehungsweise wie die Qualität der Betreuung insgesamt eingeschätzt werden kann:

- Welche Veränderungen werden in den Betrieben festgestellt?
- Welche Wirkung hat die Betreuung und wie wird die Wirksamkeit bewertet?
- Wie bewerten die Beteiligten das Betreuungsnetzwerk?

Übergreifend sollte herausgefunden werden, ob das erprobte Betreuungsnetzwerk geeignet ist, die gesetzlichen Anforderungen auf Seiten der Betriebe zu erfüllen, und gleichzeitig ein für alle Ziel- und Akteursgruppen attraktives Angebot entwickelt werden konnte. Das Ergebnis der Gesamtevaluation diente somit auch als Entscheidungsgrundlage für das weitere Vorgehen, nämlich ob und falls ja, wie ein betriebliches Betreuungsnetzwerk gegebenenfalls flächendeckend ausgestaltet werden könnte.

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden verschiedene Methoden angewandt. Zum einen sollten auf diesem Weg verschiedene Perspektiven eingeholt werden, zum anderen konnten bestimmte Fragestellungen auch nur von ausgewählten Zielgruppen beantwortet werden. Darüber hinaus wurden vorhandene Dokumentationen aus der Erprobungsphase zur Auswertung und Beantwortung der Fragestellungen herangezogen.

### Ergebnisse und Kernaussagen zur Strukturqualität

#### Akquise von Dienstleistern

Die über Recherche- und Akquisetätigkeiten des Projekts ermittelte Anzahl an potenziell möglichen Dienstleistern kann mit insgesamt 404 als positive Grundlage für die Erprobung bewertet werden. Es handelte sich dabei ausschließlich um Anbieter aus Deutschland – davon etwa jeder dritte Anbieter (30,2 Prozent) aus der Projektregion –, die sowohl regional, aber mehrheitlich überregional tätig sind. Größere Organisationen (62,9 Prozent) waren

weitaus häufiger vertreten als Soloselbstständige (37,1 Prozent).

#### Zulassung von Dienstleistern

Über das Vergabeportal haben sich insgesamt 63 der angeschriebenen Dienstleister (15,6 Prozent der 404 möglichen) registriert. Dies wird als Interesse am Projekt interpretiert, da die Registrierung notwendig war, um im Verlauf des Projekts die erforderlichen Berichtsbögen übermitteln zu können. Das Herunterladen der Vergabeunterlagen war aber auch ohne Registrierung möglich.

Einen Antrag auf Zulassung haben 29 Dienstleister der im Rahmen der Akquisemaßnahmen kontaktierten 404 gestellt. Das entspricht 7,2 Prozent. Als mögliche Begründung für eine Beteiligung unter zehn Prozent zeigen die Ergebnisse der Evaluation, dass das Zulassungsverfahren nach dem Open-House-Modell und das Vertragswerk als sehr komplex und aufwendig wahrgenommen wurden. Mögliche Erklärungen, die aus einzelnen Hinweisen hervorgehen, wären aber auch, dass die Kapazitätsauslastung der Dienstleister grundsätzlich hoch war, die angebotene Vergütung eventuell keinen zusätzlichen Anreiz bot und manche zögerten, ihre Kapazitäten – ohne Abnahmegarantie – verbindlich für die Dauer der Projektlaufzeit bereitzustellen.

Tatsächlich zugelassen wurden 18 Dienstleister, also 4,5 Prozent von 404 angeschriebenen. Die Teilnahmequote der tätigen Dienstleister im Verhältnis zur durchgeführten Akquisetätigkeit ist als gering anzusehen, zur Deckung der Nachfrage der

## ” Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Prüfung der Zulassungsanträge von Dienstleistern sehr zeitintensiv sowie komplex war.“

teilnehmenden Betriebe war sie jedoch ausreichend.

Das Zulassungsverfahren, also die Prüfung, ob die erforderlichen Teilnahmevoraussetzungen von den Dienstleistern nachweislich erfüllt sind, war ein wesentlicher Teil der Qualitätssicherung des Betreuungsangebots. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Prüfung der Anträge auf Zulassung sehr zeitintensiv sowie komplex war und sowohl zu langen Prozessen geführt hat als auch dazu, dass nicht alle Zulassungsanträge angenommen werden konnten beziehungsweise dass Dienstleister ihre Beantragung nicht weiterverfolgt haben. So betrug die Dauer des Zulassungsprozesses zwischen 16 und 246 Tagen mit einem durchschnittlichen Wert von 74,5 Tagen (arithmetisches Mittel).

Die gemeldeten Kapazitäten der zugelassenen Dienstleister mit 46 Fachkräften für Arbeitssicherheit mit 1.584 bereitgestellten Stunden pro Monat sowie fünf Betriebsärztinnen und Betriebsärzten mit 130 bereitgestellten Stunden pro Monat waren für den gemeldeten Betreuungsbedarf der teilnehmenden Betriebe grundsätzlich ausreichend, mussten aber – insbesondere für den Bereich der betriebsärztlichen Betreuung – durch flexible Ressourcen ergänzt werden, um eine zeitnahe Betreuung zu ermöglichen.

### Betriebsakquise

Von den beteiligten Berufsgenossenschaften wurden etwa 6.600 Betriebe angeschrieben.

Dabei wurden verschiedene Akquisestrategien angewandt; einheitliche Grundlage bildete ein abgestimmtes Musteranschreiben an die Betriebe. Obwohl die überwiegende Mehrheit der teilnehmenden Betriebe das Anschreiben als ersten Weg der Kenntnissnahme nannte, erfolgte darauf nur selten eine direkte Reaktion. Mit erneuter Kontaktaufnahme zeigten sich zunächst 595 Betriebe interessiert. Die Akquisestrategie einer Berufsgenossenschaft, bei der alle angeschriebenen Betriebe telefonisch im Nachgang des Anschreibens kontaktiert wurden, erbrachte das größte Interesse und schließlich auch die höchste Anzahl abgeschlossener Teilnahmevereinbarungen mit den Betrieben. Diese Akquisestrategie war aber gleichzeitig mit einem hohen personellen Aufwand der UVT-Kontaktstelle verbunden. Insgesamt konnte bis zum Ende der Erprobungsphase mit 362 Betrieben eine Teilnahmevereinbarung abgeschlossen werden. Die Teilnahmequote der Betriebe im Verhältnis zum erbrachten Aufwand bei der Akquise ist insgesamt als nicht zufriedenstellend zu bewerten.

### Ergebnisse und Kernaussagen zur Prozessqualität

#### Tätigkeiten im Betrieb

Bis zum 30. Juni 2020 wurden von den 18 zugelassenen Dienstleistern 15 Anbieter ausgewählt, wovon 14 bis zum Ende der Erprobungsphase Beratungsleistungen erbrachten. Die Hälfte der Dienstleistenden wurde trägerübergreifend eingesetzt: Vier Dienstleister wurden von Mitgliedsbetrieben aller teilnehmenden Berufsgenossenschaften ausgewählt und eingesetzt; weitere fünf wurden von Mitgliedsbetrieben zweier Berufsgenossenschaften ausgewählt und in diesen tätig. Am häufigsten wurden Dienstleister ausgewählt, die sowohl betriebsärztliche als auch sicherheitstechnische Beratungsleistungen anboten. Die Ergebnisse zeigen damit, dass tatsächlich ein dezentrales Netzwerk mehrerer Dienstleister entstanden war und nicht nur einzelne große Dienstleister als „Zentren“ in der Region fungierten. Außerdem sind die erhofften Synergieeffekte entstanden, da die Dienstleister nur einmal geprüft und zugelassen wurden. Sie konnten somit in Branchen von bis zu drei Berufsgenossen-

schaften und damit in der Regel bei vielen Betrieben eingesetzt werden.

Von den 362 Betrieben, die eine Teilnahmevereinbarung abgeschlossen haben, wurden insgesamt 330 Betriebe während der Erprobungsphase betreut und durchliefen somit den kompletten Prozess. 32 Betriebe, also neun Prozent, haben das Projekt aus unterschiedlichen Gründen vorzeitig beendet. Der angestrebte Zielwert von 400 betreuten Betrieben wurde mit der Teilnahme von 330 Betrieben dennoch zu 83 Prozent erfüllt und bildete eine valide Grundlage für die Evaluation.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich das Kapazitätsangebot der Dienstleister mit der Nachfrage auf Seiten der Betriebe deckte, da die Nachfrage nach betriebsärztlichen Betreuungsleistungen eher gering ausfiel: Fachkräfte für Arbeitssicherheit wurden wesentlich häufiger angefragt (circa 80 Prozent) als Betriebsärztinnen und Betriebsärzte (circa 20 Prozent).

In den 330 Betrieben wurden 360 Beratungen durch Dienstleister, sogenannte Dienstleistertätigkeiten, durchgeführt, da einige Betriebe von beiden Berufsgruppen (Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Fachkräfte für Arbeitssicherheit) betreut wurden. 303 Dienstleistertätigkeiten dienten als Grundlage für die weitere Auswertung der Ergebnisse; diese fanden in 282 Betrieben statt. Fast jeder zweite Einsatz (40 Prozent) vom 20-prozentigen Anteil betriebsärztlicher Tätigkeiten an allen durchgeführten Tätigkeiten entfiel auf Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung.

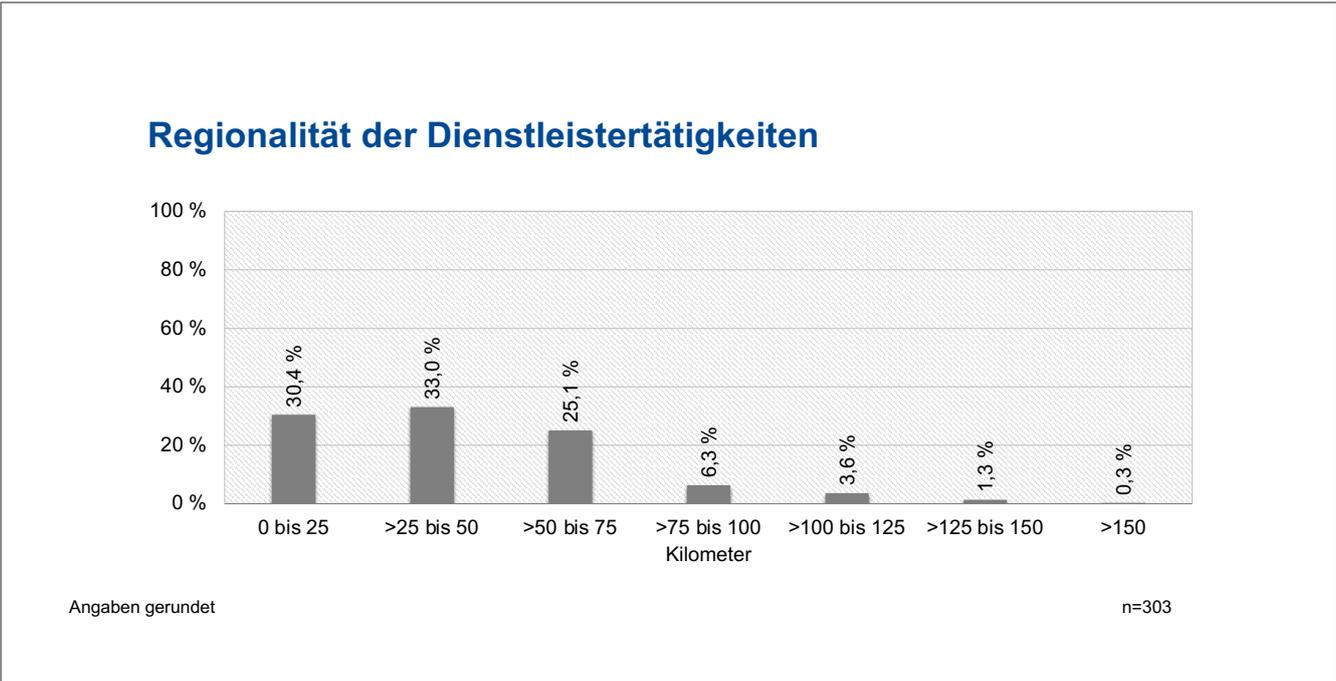
Hinsichtlich der Regionalität der Dienstleistertätigkeiten in den Betrieben lässt sich aus den Ergebnissen festhalten, dass fast zwei Drittel in einem Radius von 50 Kilometern pro Strecke erfolgten, sodass 77 Prozent aller Dienstleistertätigkeiten mit einer Wegezeit pro Strecke von unter einer Stunde stattfanden. Die Längenverteilung der Wegstrecken zeigt Abbildung 2.

Die Förderung von regionaler Nähe durch das Betreuungsnetzwerk kann daher bestätigt werden. Allerdings muss differenziert

werden: Aufgrund der geringeren Teilnehmerzahl von betriebsärztlichen Fachleuten war das dezentrale Netzwerk schwächer ausgeprägt als bei den sicherheitstechnischen Fachleuten, sodass längere Wegstrecken erforderlich waren.

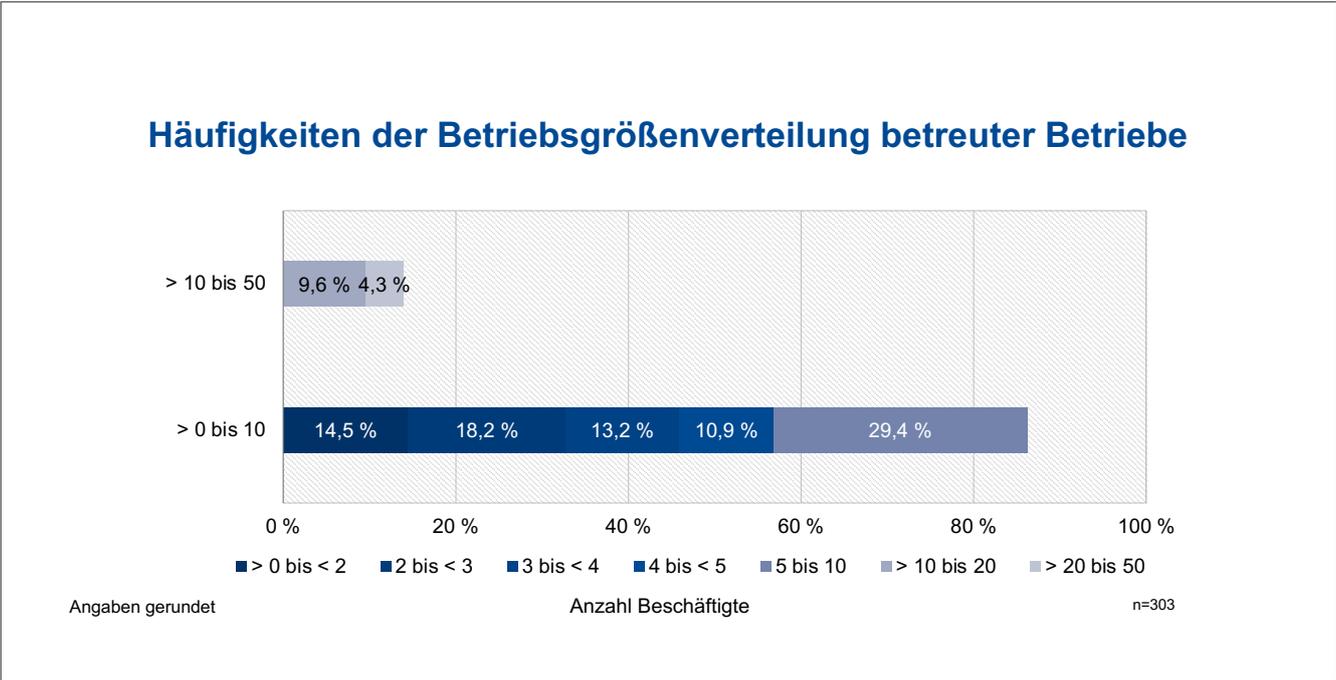
Ebenfalls ist es gelungen, die zunächst schriftlich kontaktierten Kleinstbetriebe zu erreichen: Mit 86 Prozent haben die meisten Dienstleistertätigkeiten in Betrieben mit weniger als zehn Beschäftigten stattgefunden. Die Betriebsgrößenverteilung

der betreuten Betriebe zeigt Abbildung 3. Im Verhältnis zur Akquise – hier wurden 70 Prozent Kleinstbetriebe angeschrieben – wurden prozentual mehr Dienstleistertätigkeiten in Kleinstbetrieben als in Kleinbetrieben durchgeführt. Dabei handelte es



Graphik: DGUV

Abbildung 2: Regionalität der Dienstleistertätigkeiten



Graphik: DGUV

Abbildung 3: Häufigkeiten der Betriebsgrößenverteilung betreuer Betriebe



## Betriebsärztliche Ressourcen zu mobilisieren, war eine große Herausforderung.“

sich zu drei Vierteln um Betriebe, die bisher nicht betreut wurden beziehungsweise noch keine Betreuung hatten. Damit zeigt das erprobte Betreuungsnetzwerk einen Weg auf, vor allem nicht betreute Kleinstbetriebe zu erreichen.

### Betreuung und Zusammenarbeit

In der Regel wurde zunächst der gesetzte finanzielle Anreiz zur Betreuung wahrgenommen, was dessen förderliche Funktion bestätigt.

Der Beratungsprozess hat in den meisten Fällen vor Ort stattgefunden. Inhalte der Betreuung waren überwiegend die Unterstützung bei

- der Erstellung der Gefährdungsbeurteilung,
- der Unterweisung von Beschäftigten,
- der Prüfung von Arbeitsmitteln,
- Fragen zum Brandschutz und zu Notfallmaßnahmen,
- Maßnahmen und Ausbildung zur Ersten Hilfe.

Allerdings haben sich Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Fachkräfte für Arbeitssicherheit nur sehr selten abgestimmt, wenn sie von unterschiedlichen Dienstleistern kamen.

### Prozesse, Organisation und Steuerung

Die Prozessschritte, beispielsweise das Ausfüllen der Teilnahmevereinbarung durch die Betriebe, die Rückmeldung der Betriebe zur Auswahl von Dienstleistern sowie die Rücksendung der Einzelabrufverträge durch die Dienstleister, dauerten überwiegend sehr lange. Im arithmetischen Mittel betrug die Dauer vom Versand der Teilnahmevereinbarung der UVT-Kontaktstelle zum Betrieb bis zum Abschluss des Einzelabrufvertrags mit dem Dienstleister 100 Tage. Diese Lauf-

zeiten haben ihren Hintergrund in rechtlichen Rahmenbedingungen, in den Anforderungen beziehungsweise Auslegungen der vertraglichen Regelungen, in der Anzahl der Prozessschritte, in den vielen Schnittstellen („UVT-DGUV-Dienstleister-Dreieck“) sowie in den Fragen von Betrieben und Dienstleistern zu den Abläufen und damit verbundenen zusätzlichen Klärungsprozessen. Beschwerdefälle waren für die UVT-Kontaktstellen aufwendig zu klären, traten insgesamt aber selten auf.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen aber auch, dass sowohl die betreuenden Dienstleister als auch die befragten Betriebe mit der Organisation sehr zufrieden waren. Dabei ging es um Fragen zur Terminabstimmung und -einhaltung sowie um die Auswahl der Beratungsthemen. Die Beratung selbst wurde von einem Großteil der befragten Betriebe als kompetent wahrgenommen, da dabei sehr individuell auf die Betriebe eingegangen wurde.

### Ergebnisse und Kernaussagen zur Ergebnisqualität

#### Veränderungen in den Betrieben

Im Allgemeinen förderte die Betreuung die Erstellung der Gefährdungsbeurteilung in den teilnehmenden Betrieben, führte aber in vielen Fällen noch nicht zu ihrer vollständigen Umsetzung. Zwar verringerte sich nach der durchgeführten Betreuung der Anteil an betreuenden Dienstleistern, der angab, dass keine Gefährdungsbeurteilung vorhanden ist, um 23 Prozentpunkte. Dennoch gaben fast 60 Prozent von ihnen auch nach der Betreuung an, dass keine Gefährdungsbeurteilung vorhanden ist.

Erklärungen dafür finden sich vor allem im Faktor Zeit: fehlende Zeit der Betriebe, die Gefährdungsbeurteilung umzusetzen, deut-

lich mehr benötigte Zeit, um überhaupt eine Gefährdungsbeurteilung zu erstellen, und das Problem, dass im Rahmen des Projekts mitunter der Erstkontakt im Betrieb gleichzeitig auch der Letztkontakt war.

Die Einschätzungen der betreuenden Dienstleister zur Umsetzung der Maßnahmen der Organisation des Arbeitsschutzes waren sowohl vor als auch nach der Betreuung verhalten. Der Anteil derjenigen, die Maßnahmen als umgesetzt ansahen, lag für die meisten Maßnahmen nach der Betreuung zwischen 30 Prozent und 50 Prozent. Auffallend dabei war, dass einfache und schnell umzusetzende Maßnahmen, wie der Zugang zu Vorschriften und Regeln für alle Beschäftigten, den stärksten Zuwachs aufzeigten.

Aus Sicht der befragten Betriebe, die ihre Angaben vier bis acht Wochen nach der Betreuung machten, lagen die Umsetzungswerte deutlich höher. Die folgenden Maßnahmen wurden von einer großen Mehrzahl der befragten Betriebe als umgesetzt angesehen:

- Übertragung von Pflichten und Verantwortung im Arbeitsschutz auf die Führungskräfte,
- regelmäßige Unterweisungen,
- Zugang zu Vorschriften und Regeln,
- Organisation des betrieblichen Brandschutzes und der Ersten Hilfe,
- Prüfung von Arbeitsmitteln,
- Berücksichtigung von Sicherheit und Gesundheit bei der Planung von Arbeitsstätten und Anlagen.

#### Wirkung der Betreuung

Die Betreuung der Betriebe führte in den meisten Fällen dazu, dass die gesetzlichen Arbeitgeberpflichten im Betrieb bekannt sind und weitere Maßnahmen des

Arbeitsschutzes von den Betrieben umgesetzt werden können. Die Wirksamkeit der Betreuung wurde von der Mehrheit der befragten Betriebe (zwischen 60 Prozent und 70 Prozent für die abgefragten Aspekte) insgesamt positiv bewertet. Die

Einschätzung der Wirkung der Betreuung für die verschiedenen Aspekte aus Sicht der Betriebe zeigt Abbildung 4.

Das wiederum kann als gelungener Ausgangspunkt für das Weiterverfolgen von

Aspekten zu Sicherheit und Gesundheit im Betrieb angesehen werden. Förderlich auf die Wirkung der Betreuung würde sich aus Sicht der Dienstleister und der befragten Betriebe ein nachhaltiges regelmäßiges Beratungsangebot auswirken.

Grafik: DGUV

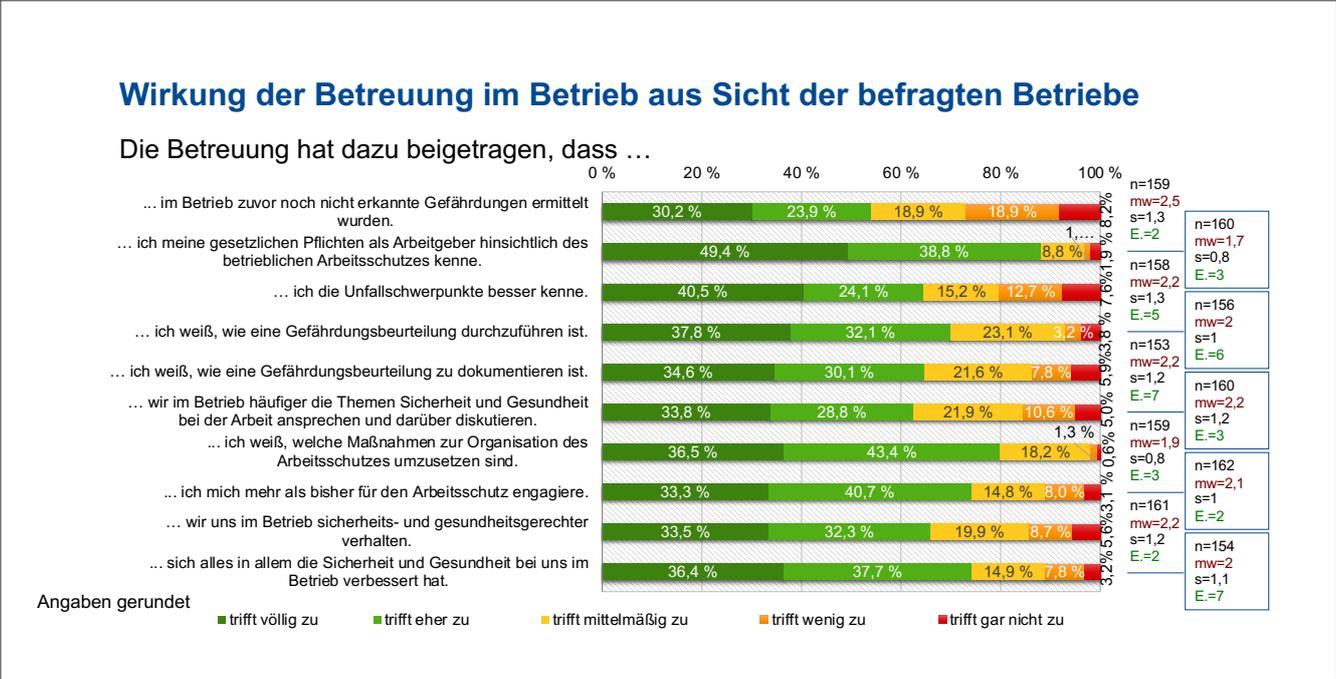
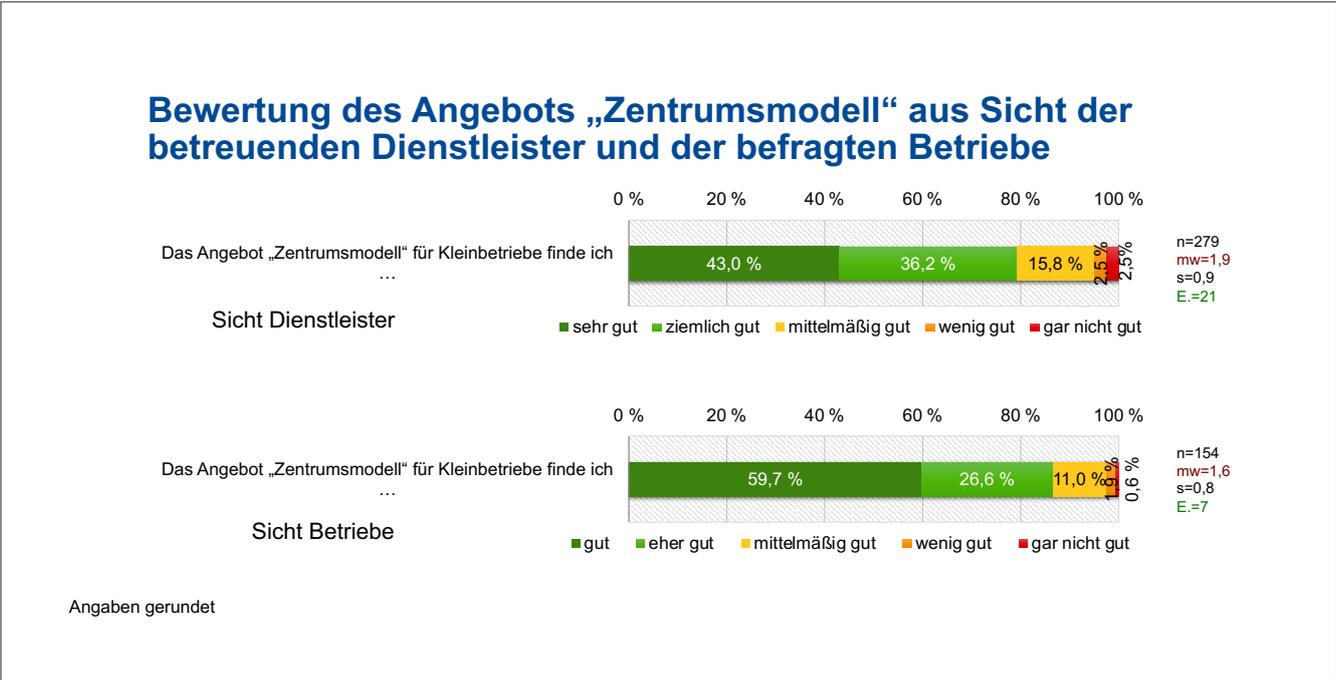


Abbildung 4: Wirkung der Betreuung im Betrieb aus Sicht der befragten Betriebe



Grafik: DGUV

Abbildung 5: Bewertung des Angebots „Zentrumsmodell“ aus Sicht der betreuenden Dienstleister und der befragten Betriebe



## Ein trägerübergreifendes Betreuungsnetzwerk kann dazu beitragen, dass mehr Kleinst- und Kleinbetriebe betriebsärztlich und sicherheitstechnisch betreut werden.“

### Gesamtbewertung und Optimierung

Insgesamt wurde das Angebot des Pilotprojekts Zentrumsmodell sowohl von den betreuenden Dienstleistern als auch von den befragten Betrieben positiv bewertet. Die Zustimmungquoten lagen bei knapp 80 Prozent der betreuenden Dienstleister und bei 87 Prozent der befragten Betriebe. Die vollständigen Ausprägungen der Bewertung des Angebots „Zentrumsmodell“ durch betreuende Dienstleister und befragte Betriebe zeigt Abbildung 5.

Direkte Optimierungsmöglichkeiten lagen aus Sicht der Dienstleister am häufigsten in einer Reduktion des Aufwands für die Zulassung und die Dokumentation der Betreuung. Für die befragten Betriebe waren es Themen des organisatorischen und zeitlichen Ablaufs. Eine Fortsetzung der Betreuung nach Projektende bestätigten zwei Drittel der betreuenden Dienstleister und die Hälfte der befragten Betriebe.

### Fazit

Ein trägerübergreifendes Betreuungsnetzwerk kann dazu beitragen, dass mehr Kleinst- und Kleinbetriebe betriebsärztlich und sicherheitstechnisch betreut werden und Dienstleister zumeist kurze Wegstrecken zurücklegen. Gleichzeitig wurde deutlich, dass der Prototyp für ein dauerhaftes oder bundesweites Angebot zu ressourcenintensiv ist.

Vorausgesetzt, dass der Ansatz eines trägerübergreifenden Betreuungsnetzwerks dennoch weiterverfolgt werden sollte, wäre eine Reihe von Anpassungen des erprobten

Prototyps erforderlich. Primärer Ansatzpunkt bestünde darin, das Angebot noch stärker an Kleinst- und Kleinbetrieben sowie der Marktlage für betriebsärztliche und sicherheitstechnische Leistungen auszurichten. Darüber hinaus müsste die Komplexität des Modells drastisch reduziert werden. Beispielsweise könnten Prozessschritte und Schnittstellen zwischen den Akteursgruppen durch eine verbesserte Prozessmodellierung sowie die digitale Automatisierung von Prozessen und die digitale Vernetzung der Beteiligten verringert werden. Darüber hinaus wäre die Einbettung des Betreuungsnetzwerks in die bereits bestehenden Betreuungssysteme der Unfallversicherungsträger zu prüfen.

Die gewonnenen Erkenntnisse werfen aber auch grundsätzliche Fragen auf, die über eine Anpassung des Prototyps hinausgehen und im Vorfeld weiterer Überlegungen zu einem betrieblichen Betreuungsnetzwerk berücksichtigt werden müssen, zum Beispiel:

- Könnte ein zukünftiges betriebliches Betreuungsnetzwerk dauerhaft die gesetzten Ziele erreichen? Könnte es grundsätzlich in der Fläche funktionieren?
- Wie könnte ein betriebliches Betreuungsnetzwerk so weiterentwickelt werden, dass es für Betriebe, Unfallversicherungsträger und Dienstleister ein attraktives, praxisnahes und realisierbares Modell wäre?
- Welche Funktion sollte ein betriebliches Betreuungsnetzwerk erfüllen? Soll es lediglich einen Impuls geben

oder den Rahmen für die langfristige Betreuung bilden?

- Wie ließe sich die Information, Motivation und Ansprache von nicht betreuten Kleinst- und Kleinbetrieben verbessern und wie hoch wäre ihr Bedarf, vor dem Hintergrund der hohen Fluktuation dieser Art von Betrieben in vielen Branchen?
- Bestünden überhaupt ausreichend Ressourcen am Markt? Wie und mit welchem Aufwand könnten vor allem betriebsärztliche Ressourcen mobilisiert werden, die einen größeren Bedarf decken könnten?

Die DGUV befasst sich mit dem Gesamtkomplex der betrieblichen Betreuung, um die Grundsatzfragen zu beantworten. Dabei werden auch Erkenntnisse aus anderen Projekten zu Grundlagen und Rahmenbedingungen für eine Verbesserung der betrieblichen Betreuung berücksichtigt. ↩



### Literaturverweis

Donabedian, Avedis (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 44, 166–203.

# Die Betriebsbesichtigung der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen

## Key Facts

- Überwachung und Beratung sind Teil des gesetzlichen Auftrags der Unfallversicherung
- Über die Betriebsbesichtigung hinaus, die als „Türöffner“ dient, werden weitere Präventionsleistungen eingesetzt, um Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren vorzubeugen
- Übergeordnetes Ziel ist die nachhaltige Durchsetzung von wirksamen Maßnahmen im Hinblick auf die Weiterentwicklung der betrieblichen Kultur der Prävention

## Autorin und Autoren

- **Isabel Nöthen-Garunja**
- **Dr. Stefan Gravemeyer**
- **Dr. Roland Portuné**
- **Dr. Jochen Appt**

**Grundverständnis und Fakten zur Betriebsbesichtigung in der Prävention werden im Überblick dargestellt. Eine darauf basierende Abstimmung trägt zur arbeitsteiligen, abgestimmten Zusammenarbeit zwischen Unfallversicherungsträgern und staatlichen Arbeitsschutzbehörden bei.**

**B**etriebsbesichtigung“ und „besichtigte Betriebe“ sind zentrale Begriffe im Arbeitsschutzkontrollgesetz, das am 1. Januar 2021 in Kraft trat. Sie stehen dort in direktem Zusammenhang mit der ab 2023 geforderten elektronischen Datenübertragung zu „Betriebsbesichtigungen“ zwischen Unfallversicherungsträgern und Landesbehörden (§ 21 Abs. 3a ArbSchG; § 20 Abs. 1a SGB VII). Da die Aufträge der staatlichen Arbeitsschutzbehörden und der gesetzlichen Unfallversicherung zum Teil überlappen, zum Teil aber auch unterschiedlich sind, stellt sich für ein abgestimmtes Vorgehen die Frage: Was verstehen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand unter einer Betriebsbesichtigung?

## Betriebsbesichtigung der Unfallversicherungsträger

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung bildet die Betriebsbesichtigung den Kern der Präventionsarbeit.<sup>[1]</sup> Ausgehend vom gesetzlichen Präventionsauftrag im Siebten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII)

ist das übergeordnete Ziel der gesetzlichen Unfallversicherung, „mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen“ (§§ 1, 14 SGB VII). Die Betriebsbesichtigung als ein besonders „geeignetes Mittel“ gehört zur Präventionsleistung „Überwachung einschließlich anlassbezogener Beratung“ (siehe Infokasten, Überwachungs- und Beratungsauftrag, § 17 SGB VII). Diese Präventionsleistung steht neben weiteren im Katalog der Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger (siehe Infokasten).<sup>[2]</sup> Sie ist elementar für die Tätigkeit der Präventionsdienste und dient als „Türöffner“ zu den Betrieben. Im Bereich der Unfallversicherung sind mit Betrieben immer auch Einrichtungen der öffentlichen Hand sowie Bildungseinrichtungen gemeint. Die hoheitlichen Befugnisse der Aufsichtspersonen (§ 19 Abs. 2 SGB VII) sind zentrales Mittel, um alle Betriebe eigeninitiiert zu erreichen – insbesondere solche, die nicht von sich aus aktiv die Beratung der Unfallversicherungsträger anfordern – und vor Ort Präsenz zu

zeigen, wo risikobasiert der größte Präventionsbedarf besteht.<sup>[3]</sup> Die Betriebsbesichtigung ist dabei ein Teil einer nachhaltigen Wirkungskette mit dem Ziel, eine ganzheitliche betriebliche Kultur der Prävention im Sinne der Vision Zero herzustellen. „Höchste Priorität hat dabei die Vermeidung von schweren und tödlichen Arbeitsunfällen sowie von Berufskrankheiten. Über eine Kultur der Prävention werden Sicherheit und Gesundheit auf allen Entscheidungs- und Handlungsebenen integriert“.<sup>[4]</sup> Weitere Präventionsleistungen<sup>[5]</sup> vervollständigen die Wirksamkeit der nachhaltigen und ganzheitlichen Prävention, denn diese geht über die reine Überwachung hinaus: Ohne Überwachung geht es nicht und gleichzeitig ist Prävention mehr als Überwachung. Dabei gestaltet die paritätische Selbstverwaltung den gesetzlichen Rahmen branchenspezifisch aus und ermöglicht zielgruppenspezifische, bedarfsgerechte und praxisorientierte Lösungen für die unterschiedlichen Betriebe mit ihren Versicherten.

Der Ablauf einer Betriebsbesichtigung ist in einem Muster-Handbuch Prävention der

## ” Ohne Überwachung geht es nicht und gleichzeitig ist Prävention mehr als Überwachung.“

Unfallversicherungsträger<sup>[6]</sup> ausführlich beschrieben und wird hier für ein Grundverständnis im Überblick skizziert. Um sich im Rahmen einer Betriebsbesichtigung einen Überblick über die reale betriebliche Situation vor Ort zu verschaffen, geht die zuständige und eigens dafür qualifizierte Aufsichtsperson (§ 18 SGB VII)<sup>[7]</sup> mittels ihrer hoheitlichen Befugnisse eigeninitiiert und stichprobenartig vor. Diese Besichtigungen auf Initiative des Unfallversicherungsträgers finden sowohl angekündigt als auch unangekündigt statt. Der zu besichtigende Betrieb wird in der Regel insbesondere unter Beachtung des branchen- und betriebsbedingten Risikos ausgewählt. Die branchenorientierte Organisation der Unfallversicherungsträger stellt dabei eine wichtige Grundstruktur für ebendieses risiko- und bedarfsorientierte Vorgehen dar. Vor Ort überprüft die Aufsichtsperson vorrangig das Vorhandensein wirksamer betrieblicher Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie zur Sicherstellung der Ersten Hilfe. Zu einer Besichtigung gehören unter anderem:<sup>[8, 9]</sup>

- das Einführungsgespräch,
- die Besichtigung durch Begehung der Betriebsstätte oder von Betriebsteilen,
- das Abschlussgespräch.

Konkret verschafft sich die Aufsichtsperson zuerst in einem Vorgespräch durch zielgerichtete Fragen an Beteiligte einen Gesamtüberblick. Dabei dienen die Leitlinien der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) als eine zentrale Grundlage, die bei der Planung

und Durchführung der Überwachungs- und Beratungstätigkeiten berücksichtigt werden.<sup>[10,11]</sup> Insbesondere durch Begutachtung aktueller Vorkommnisse (unter anderem Unfälle, Berufskrankheiten, Gefährdungssituationen) erhält die Aufsichtsperson einen Überblick über die betrieblichen Verhältnisse. Durch das Hinterfragen betrieblicher Organisationsstrukturen für Sicherheit und Gesundheit leitet sie dabei Schwerpunkte für die weitere Besichtigung ab.<sup>[12]</sup> Bei der Besichtigung prüft sie dann stichprobenartig und systematisch verschiedene Abläufe im Betrieb. Anschließend bewertet und berät sie im Abschlussgespräch und anlassbezogen je nach vorgefundener betrieblicher Situation. Jede Besichtigung ist untrennbar mit einer Beratung verbunden.<sup>[13]</sup> Dabei greift die Aufsichtsperson auf das gesamte Spektrum der Präventionsangebote der Unfallversicherungsträger<sup>[14, 15]</sup> zurück. Idealerweise im direkten Gespräch mit der Unternehmerin oder dem Unternehmer und Führungskräften nimmt sie Bezug zu übergreifenden Themen, für die der konkrete Mangel ein Symptom darstellt. Die Aufsichtsperson zielt so darauf ab, ausgehend von der konkret vorgefundenen betrieblichen Situation das gesamte System im Sinne einer Kultur der Prävention zu verbessern. Sie leitet erforderliche Maßnahmen zur Beseitigung von Mängeln und zur Durchsetzung rechtlicher Mindestanforderungen ein und verfolgt und unterstützt deren Umsetzung. Dabei hat sie immer das Ziel der betrieblichen Weiterentwicklung zur Herstellung einer nachhaltigen Kultur der Prävention im Blick. Mit diesem Grundverständnis hat die Betriebsbesichtigung der Unfallversicherungsträger den Anspruch, über die

Anwesenheit der Aufsichtsperson hinaus in den Betrieben einen Impuls zur Weiterentwicklung zu setzen und nachhaltig zur Verbesserung der Sicherheit und Gesundheit zu motivieren.

### Kennzahlen zur Betriebsbesichtigung

Im Jahr 2019 führten die Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 473.285 Besichtigungen („Besichtigungen in Unternehmen“) in 230.076 Unternehmen durch („besichtigte Unternehmen“).<sup>[16]</sup> Damit werden jährlich circa sechs Prozent der Unternehmen besichtigt. Bezugsgröße in den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der gesetzlichen Unfallversicherung ist das „Unternehmen“, das dort definiert ist als „Gesamtheit der Versicherten unter dem Dach eines Rechtsträgers“, für das mindestens eine (kraft Gesetzes, kraft Satzung oder freiwillig) versicherte Person tätig ist.<sup>[17]</sup> Mit dem Arbeitsschutzkontrollgesetz ist der Begriff „Betrieb“ nach Definition der Bundesagentur für Arbeit maßgeblich, wobei ein Betrieb eine „regional und wirtschaftsfachlich abgegrenzte Einheit [ist], in der mindestens ein sozialversicherungspflichtig [...] Beschäftigter tätig ist.“<sup>[18]</sup> Unter den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung fallen darüber hinaus auch Unternehmen ohne sozialversicherungspflichtige Beschäftigte.

Die Kennzahl „Besichtigungen in Unternehmen“ stellt die vor Ort durchgeführten eigeninitiierten Besichtigungen dar – unabhängig davon, wie oft dasselbe Unternehmen zum Zweck einer Besichtigung



## Die Betriebsbesichtigung ist ein zentrales und bewährtes Mittel für eine wirksame Prävention, das sich ständig weiterentwickelt.“

aufgesucht wurde. Dabei handelt es sich vielfach auch um Besichtigungen in unterschiedlichen Betriebsstätten des gleichen Unternehmens oder Nachbesichtigungen im Sinne der Nachhaltigkeit der getroffenen Maßnahmen. Anders bei der Kennzahl „besichtigte Unternehmen“: Bei dieser Kennziffer wird auch bei mehrfacher Besichtigung desselben Unternehmens dieses nur einmal angegeben.

Die Unfallversicherungsträger werden über die eigeninitiierte Besichtigung hinaus vielfach auch auf Anforderung der Betriebe aktiv, sodass diese Betriebsbesuche nicht als Betriebsbesichtigungen, sondern als „Beratung auf Anforderung“ erscheinen. Daher sind auch „Betriebsbesuche“ und „Betriebskontakte“ wichtige ergänzende Kennzahlen. Betriebsbesuche umfassen neben den Betriebsbesichtigungen auch Beratungen auf Anforderung vor Ort. Mit 666.287 Betriebsbesuchen vor Ort wurden etwa 324.000 Unternehmen im Jahr 2019 erreicht, was circa neun Prozent der Unternehmen umfasst. Die Betriebskontakte wiederum sind noch vielfältiger und schließen darüber hinaus auch Unfalluntersuchungen, Berufskrankheiten-Ermittlungen sowie schriftliche und telefonische Beratungen mit ein. Mit 1.209.209 Betriebskontakten wurden im Jahr 2019 schätzungsweise 605.000 und damit etwa 17 Prozent der Unternehmen erreicht (siehe dazu auch Infokasten).

### Betriebsbesichtigung im Wandel

Die Veränderung der Arbeits- und Bildungswelt schafft neue Herausforderungen, eröffnet aber auch neue Möglichkei-

ten für die Überwachung, einschließlich der Aufsicht im Geltungsbereich des Arbeitsschutzgesetzes. Aktuelle Entwicklungen, beschleunigt durch die weltweite Corona-Pandemie, zeigen dies besonders deutlich. Digitale Kommunikationsformen bei der Arbeit, mobile Arbeitsplätze und auch die Verwendung digitaler Unterstützungssysteme sind in den Vordergrund gerückt. Diese neuen Formen der Arbeit müssen in den Präventionsleistungen berücksichtigt werden. Dies gibt Anlass zu der Vermutung, dass auch andere Formate der Überwachung und Beratung wie zum Beispiel digitale Überwachungsformate in Zukunft an Bedeutung gewinnen werden. Der Vorstand der DGUV adressiert diesen Wandel in dem in 2020 beschlossenen Papier „Überwachung und Beratung im Wandel“.<sup>[19]</sup> Ziel ist die kontinuierliche Weiterentwicklung des Überwachungs- und Beratungsverständnisses der Unfallversicherungsträger, um eine hohe Effizienz, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit miteinander zu verbinden. Zentrale Elemente sind die Beteiligung weiterer betrieblicher Ansprechpersonen wie Personalleitungen, der Einbezug weiterer Kompetenzbereiche der Unfallversicherungsträger, die Orientierung an geeigneten Kennzahlen sowie die Ausrichtung an der GDA und der nationalen Präventionsstrategie. Ebenso Teil ist die Weiterentwicklung der Rolle der Aufsichtspersonen im Rahmen einer Serviceorientierung hinsichtlich ihrer Beratungskompetenz zu weiteren Leistungen der Unfallversicherung und anderer Sozialleistungsträger (Lotsenfunktion).<sup>[20]</sup> Damit verbunden bleibt die Herausforderung für die Zukunft, die vorhandenen, begrenzten Ressourcen auf die vielen Themen in der

Prävention angemessen zu verteilen.<sup>[21]</sup> Digitale Unterstützungssysteme können dazu beitragen.<sup>[22]</sup> Eine nachhaltige Stärkung der Kompetenzen und Eigenverantwortung der Unternehmerinnen und Unternehmer in Verbindung mit wirksamer Überwachung stehen dabei auch zukünftig im Vordergrund.

Das Berufsrollenverständnis, die Ausbildung, Prüfung und Weiterbildung der Aufsichtspersonen der Unfallversicherung werden ebenso kontinuierlich weiterentwickelt, um die Handlungskompetenz der Aufsichtspersonen im Hinblick auf die schnellen und tiefgreifenden Veränderungen der Arbeits- und Bildungswelt auszurichten. Um die Überwachung einschließlich anlassbezogener Beratung vor Ort weiter zu stärken, können die Unfallversicherungsträger zukünftig neben den als Generalistinnen und Generalisten in Betrieben und Bildungseinrichtungen eingesetzten Aufsichtspersonen mit Hochschulqualifikation zusätzliche Aufsichtspersonen mit Qualifikation entsprechend dem Kompetenzniveau sechs des Deutschen Qualifikationsrahmens für die Betreuung spezieller Zielgruppen und Bereiche einstellen<sup>[23, 24]</sup> – wie dies bisher nur bei der Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft der Fall war.

### Zusammenwirken mit weiteren Akteurinnen und Akteuren

Die Zusammenarbeit mit weiteren Akteurinnen und Akteuren wie den Arbeitsschutzbehörden der Länder und Sozialleistungsträgern, insbesondere der Renten- und Krankenversicherung sowie Integrations- beziehungsweise Inklusions-

ämtern, ist für eine wirksame und nachhaltige Prävention sowie den Arbeitsschutz von großer Bedeutung.

Die staatliche Arbeitsschutzaufsicht sowie die gesetzliche Unfallversicherung verfolgen beide das Ziel, Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit zu erhöhen (§ 1 ArbSchG; § 1 SGB VII). Da ihre Aufträge in verschiedenen Gesetzen festgeschrieben sind, ergeben sich unterschiedliche Stärken. Neben vielen Gemeinsamkeiten gibt es inhaltliche und methodische Schwerpunkte.

Staatliche Arbeitsschutzbehörden haben laut § 21 Abs. 1 ArbSchG den Auftrag, „die Einhaltung dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen zu überwachen und die Arbeitgeber bei der Erfüllung ihrer Pflichten zu beraten“. Sie sind zuständig für Beschäftigte, Beamtinnen und Beamte, Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber. Traditionell sind sowohl Umweltschutz als auch die Gewerbeaufsicht Aufgabenfelder der staatlichen Arbeitsschutzbehörden. Darüber hinaus haben die Arbeitsschutzbehörden der Länder weitere Schwerpunkte wie beispielsweise die Überprüfung der Einhaltung von Jugendarbeitsschutz-, Mutterschutz- und Arbeitszeitgesetz sowie die Überprüfung der Produktsicherheit.

„Eine Überschneidung gesetzlicher Aufträge besteht für den Bereich der Überwachung der Pflichten des Arbeitgebers nach dem Arbeitsschutzgesetz und den darauf beruhenden Verordnungen“.<sup>[25]</sup> Auch für die Unfallversicherung sind die zu treffenden Maßnahmen für sicheres und gesundes Arbeiten insbesondere in staatlichen Arbeitsschutzvorschriften, in der DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“<sup>[26]</sup> und in weiteren Unfallverhütungsvorschriften näher bestimmt. „Durch diese Inbezugnahme staatlichen Rechts im Unfallverhütungsrecht und der Möglichkeit zum Vollzug der Unfallverhütungsvorschriften durch die Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger sind das Arbeitsschutzgesetz sowie die darauf gestützten Rechtsverordnungen sowohl für Aufsichtsdienste der staatlichen Arbeitsschutzbehörden als auch für die Präventionsdienste der gewerbli-

chen Unfallversicherungsträger und Unfallkassen Gegenstand der Überwachung.“<sup>[27]</sup>

Neben Beschäftigten umfasst die Präventionsarbeit der gesetzlichen Unfallversicherung auch einen großen Versichertenkreis ohne Zuständigkeit der Arbeitsschutzaufsicht, unter anderem Ehrenamtliche, Schülerinnen und Schüler, Studierende, Kinder in Tageseinrichtungen sowie freiwillig oder pflichtversicherte Unternehmerinnen und Unternehmer. Ein weiterer Schwerpunkt und gleichzeitig eine Herausforderung ist in Anbetracht des hohen Anteils der Verkehrsunfälle die Prävention von Wegeunfällen und somit auch die Prävention im außerbetrieblichen Kontext. Aktuell wird intensiv diskutiert, wie das Thema Verkehrssicherheit noch stärker auch integraler Teil der Betriebsbesichtigung werden kann. Der Präventionsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherung geht damit über die reine Überwachungstätigkeit hinaus und ist untrennbar mit beratenden Elementen und weiteren Präventionsleistungen verbunden.<sup>[28]</sup> Dieser Ansatz ergänzt im dualen System der Prävention und des Arbeitsschutzes die Arbeit der staatlichen Arbeitsschutzbehörden. Zusammen decken die beiden Systeme ein breites Spektrum an verschiedenen Ansätzen und Leistungen ab, mit denen die Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in Deutschland weiter verbessert werden kann. Gemeinsam ergänzen sie sich in ihrer Wirkung wechselseitig.

Gemeinsamkeiten bestehen somit insbesondere beim versicherten Personenkreis der Beschäftigten und den hoheitlichen Befugnissen zur Überwachung der Betriebe. Besonders für die Durchführung der Betriebsbesichtigungen stimmen sich Bund, Länder und Unfallversicherungsträger bereits seit 2008 im Rahmen der Zusammenarbeit in der GDA für ein arbeitsteiliges, zielgerichtetes und transparentes Handeln zur Gestaltung der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit miteinander ab (gesetzlich verankert in § 20a ArbSchG und § 20 SGB VII). Grundsätzlich wird dabei zwischen zwei Arten von Betriebsbesichtigungen unterschieden. Bei der Betriebsbesichtigung mit Systembewertung werden die

Leitlinien der GDA zur Arbeitsschutzorganisation und zur Gefährdungsbeurteilung vollständig und konsequent angewendet. Bei der Betriebsbesichtigung mit Bewertung betrieblicher Arbeitsschutzprozesse werden die Leitlinien zur Arbeitsschutzorganisation und/oder zur Gefährdungsbeurteilung situativ berücksichtigt.<sup>[29]</sup> Wichtig dabei ist, dass diese Besichtigungen als gleichwertige Ansätze nebeneinanderstehen. Letztere entspricht am ehesten dem Grundverständnis der Unfallversicherung zur Sicherstellung der Wirksamkeit von Maßnahmen und dem Ziel, den Betrieb im Sinne einer nachhaltigen und ganzheitlichen Prävention weiterzuentwickeln. Zu dieser Art der Besichtigung zählen insbesondere auch die unangekündigten Besichtigungen, die wichtige Erkenntnisse über die tatsächliche betriebliche Realität liefern und es ermöglichen, die Überwachung und Beratung an konkrete betriebliche Bedarfe vor Ort anzupassen und Schwerpunkte an geeigneter Stelle zu setzen. Diese Informationen dienen auch als Grundlage für Besichtigungen mit Systembewertung, wie sie beispielsweise mit Unternehmerinnen und Unternehmern in der Unternehmenszentrale durchgeführt werden.

Durch ihren spezifischen gesetzlichen Auftrag bildet die gesetzliche Unfallversiche-



#### Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger

1. Anreizsysteme
2. Beratung auf Anforderung
3. Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung
4. Ermittlung
5. Forschung, Entwicklung und Modellprojekte
6. Information, Kommunikation und Präventionskampagnen
7. Prüfung/Zertifizierung
8. Qualifizierung
9. Überwachung einschließlich anlassbezogener Beratung (= Betriebsbesichtigung)
10. Vorschriften- und Regelwerk

Quelle: DGUV

zung zudem eine Brücke zwischen dem Arbeitsschutz mit Bund und Ländern einerseits und weiteren Sozialleistungsträgern mit ihren Aufträgen zur Prävention und Gesundheitsförderung andererseits<sup>[30]</sup>. Ein gutes Beispiel für das Zusammenwirken ist die Abstimmung dieser Akteurinnen und Akteure zur Unterstützung und Beratung der Betriebe und Bildungseinrichtungen bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen. Ein anderes Beispiel ist die „Landkarte der Unterstützenden“, mithilfe derer Aufsichtspersonen praxisgerechte Beispiele erhalten, wie sie bedarfsweise über andere Sozialleistungsträger weiter zur Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb unterstützen können.<sup>[31]</sup>

## Handlungsbedarfe

Es bestehen also bereits Formate, die ein abgestimmtes Miteinander und so auch die Prävention, den Arbeitsschutz und die Gesundheitsförderung verbessern. Mit Blick auf den Überlappungsbereich im Arbeitsschutz fehlen aktuell allerdings noch einheitliche und den Belangen der Arbeitsschutzbehörden der Länder und der Unfallversicherungsträger gleichermaßen genügende Definitionen für Begriffe wie „Betriebe“ und „Betriebsstätten“ in Abgrenzung zum Begriff „Unternehmen“. Auch die zentrale Frage, was unter einer „Betriebsbesichtigung“ verstanden wird, ist noch nicht abschließend zwischen allen Akteurinnen und Akteuren im Arbeitsschutz abgestimmt. Die Bezugnahme auf unterschiedliche Begriffe und Definitionen besonders im Kontext der gegenseitigen Datenübertragung zu durchgeführten Betriebsbesichtigungen im Arbeitsschutzkontrollgesetz macht den Bedarf eines noch stärkeren gemeinsamen Verständnisses im Überlappungsbereich des Arbeitsschutzes deutlich. Um dieses Problem zu lösen, ist eine abgestimmte, einheitliche Definition nötig. Darüber hinaus ist zurzeit ein Betriebsstättenregister in Planung, das die eindeutige Identifizierung von Betriebsstätten in der Zusammenarbeit zwischen Bund, Ländern und Unfallversicherung sowie perspektivisch gegebenenfalls auch mit anderen Sozialleistungsträgern vereinfachen soll.

Des Weiteren werden im Bericht der Bundesregierung zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, im Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz sowie in Berichten der GDA Betriebsbesichtigungen der gesetzlichen Unfallversicherung erläutert und in Kennzahlen abgebildet. Diese Kennzahlen sollten dabei aufgrund der unterschiedlichen gesetzlichen Aufträge die Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger sowie die der staatlichen Arbeitsschutzaufsicht und anderer Sozialleistungsträger adäquat, differenziert und sich ergänzend darstellen. Sie sollten das gesamte Spektrum der Aufgaben nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch, dem Arbeitsschutzgesetz und anderer rechtlicher Grundlagen der Präventionsdienste widerspiegeln. Im Rahmen der aktuellen politischen Fokussierung auf die Betriebsbesichtigung als Teil der Überwachung sollte dabei stets beachtet werden, dass andere wichtige Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger im Blick bleiben, die – insbesondere auch vor Ort – zu einer nachhaltigen Verbesserung der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit führen.

## Fazit

Die Betriebsbesichtigung ist ein zentrales und bewährtes Mittel für eine wirksame Prävention, das sich ständig weiterentwickelt. Durch die Dualität im Arbeitsschutz und der Prävention ist die Abstimmung an

der Schnittstelle zum Arbeitsschutz der Länder wichtig. Durch die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie und nationale Präventionsstrategie wurden wichtige Fundamente für ein abgestimmtes, transparentes und zielgerichtetes Handeln gelegt. Dabei sollte auf Basis des bereits erreichten Miteinanders aller Beteiligten kontinuierlich weiter ausgehandelt werden, was bei den sich ändernden Herausforderungen jeweils unter einem „abgestimmten Vorgehen“ (§ 20a ArbSchG) verstanden wird. Ziel ist ein arbeitsteiliges Zusammenwirken, das

### Einige Zahlen im Überblick (Stand: 2019)

3,6 Millionen Unternehmen werden von 2.319 qualifizierten und geprüften Aufsichtspersonen überwacht. Dabei werden sie von 1.283 Mitarbeitenden des weiteren Präventionspersonals unterstützt. Mit 1.209.209 Betriebskontakten erreichen die Unfallversicherungsträger insgesamt circa 17 Prozent der Betriebe und Bildungseinrichtungen. Darunter zählen Besichtigungen, Betriebsbesuche vor Ort inklusive Berufskrankheiten- und Unfallermittlungen sowie telefonische oder schriftliche Kontakte.

Quelle: DGUV

### Ziele der Präventionsleistung „Überwachung einschließlich anlassbezogener Beratung“ im Überblick

1. Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren verhüten
2. Wahrnehmung der unternehmerischen Verantwortung im Bereich Sicherheit und Gesundheit sicherstellen
3. Pflichten im Bereich Sicherheit und Gesundheit feststellen und deren Wahrnehmung durch Unternehmer, Unternehmerinnen und Versicherte durchsetzen
4. Geeignete Arbeitsschutzorganisation erreichen
5. Beseitigung von Gefährdungen sicherstellen
6. Wirksame Erste Hilfe in den Unternehmen sicherstellen
7. Gezielte Motivation zur Wahrnehmung der Eigenverantwortung herstellen
8. Anlassbezogene Schwerpunkte setzen

Quelle: DGUV

die Stärken aller Beteiligten berücksichtigt und erfolgreich sowie praktikabel umgesetzt. Unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte und Herangehensweisen sollen dabei als gleichwertig und das duale System als komplementäres System anerkannt werden. Im Bericht zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und weiteren Berichten sollten deshalb qualitative und quantitative Kennzahlen die vielfältigen Präventions-

leistungen der Unfallversicherung adäquat widerspiegeln. Hier besteht zum Teil noch Handlungsbedarf. Die Unterschiedlichkeit zwischen der Arbeit der Unfallversicherungsträger und weiteren Akteurinnen und Akteuren sind eine Stärke und sollten künftig noch deutlicher als ein sich ergänzendes Gesamtsystem abgebildet werden. Dies kann auch die politische Außenwahrnehmung des dualen Arbeitsschutzsystems in

der Prävention in Deutschland stärken, wie zuletzt im Abschlussbericht der SLIC-Revision 2017 am Beispiel der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie positiv festgestellt wurde: „[...] die GDA [könnte] ein gutes Vorbild für andere Länder oder sogar für die europäischen Institutionen sein, in denen meistens verschiedene Akteure unterschiedlichen Typs im Bereich des Arbeitsschutzes tätig sind.“<sup>[32]</sup> ↩

## Fußnoten

- [1] DGUV (2020): Überwachung und Beratung im Wandel, beschlossen vom Vorstand der DGUV am 28./29.09.2020, <https://publikationen.dguv.de/DguvWebcode?query=p021966> (abgerufen am 11.08.2021).
- [2] DGUV (2019): Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung
- [3] DGUV (2020): Überwachung und Beratung im Wandel, beschlossen vom Vorstand der DGUV am 28./29.09.2020, <https://publikationen.dguv.de/DguvWebcode?query=p021966> (abgerufen am 11.08.2021).
- [4] DGUV (2018): Position der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention, beschlossen von der Mitgliederversammlung der DGUV am 29.11.2018
- [5] DGUV (2019): Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung
- [6] DGUV (2019): Muster-Handbuch Prävention der Unfallversicherungsträger, Kapitel 5.9, (laufende Aktualisierung, zuletzt aktualisiert: Januar 2021), beschlossen von der Präventionsleiterkonferenz am 13.08.2019
- [7] DGUV (2012): Ausbildungskonzept: Die Ausbildung zur Aufsichtsperson I (AP I), beschlossen von AWW-Lenkungskreis am 22.03.2012 und PLK am 21.08.2012
- [8] DGUV. 2019. Muster-Handbuch Prävention der Unfallversicherungsträger, Kapitel 5.9, (laufende Aktualisierung, zuletzt aktualisiert: Januar 2021). Beschlossen von der Präventionsleiterkonferenz am 13.08.2019.
- [9] Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie/Nationale Arbeitsschutzkonferenz(2021): Handlungsanleitung für ein gemeinsames Verständnis im abgestimmten Überwachungsprozess: Betriebsbesichtigung mit Systembewertung
- [10] Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie/Nationale Arbeitsschutzkonferenz(2019): Eckpunkte für ein abgestimmtes und arbeitsteiliges Handeln der staatlichen Arbeitsschutzbehörden der Länder und der Unfallversicherungsträger bei der Überwachung und Beratung der Betriebe
- [11] Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (2013): Rahmenvereinbarung über das Zusammenwirken der staatlichen Arbeitsschutzbehörden der Länder und der Träger der

- gesetzlichen Unfallversicherung im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA)
- [12] DGUV. 2020. Durchführungsanweisungen zur Muster-Prüfungsordnung I für Aufsichtspersonen mit Hochschulqualifikation.
- [13] DGUV (2020): Überwachung und Beratung im Wandel, beschlossen vom Vorstand der DGUV am 28./29.09.2020, <https://publikationen.dguv.de/DguvWebcode?query=p021966> (abgerufen am 11.08.2021).
- [14] DGUV (2019): Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung
- [15] DGUV (2019): Muster-Handbuch Prävention der Unfallversicherungsträger, Kapitel 5.9, (laufende Aktualisierung, zuletzt aktualisiert: Januar 2021), beschlossen von der Präventionsleiterkonferenz am 13.08.2019
- [16] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2020): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2019, Unfallverhütungsbericht Arbeit, Dortmund, DOI: 10.21934/baua:bericht20201215
- [17] DGUV (2019): Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der DGUV
- [18] Bundesagentur für Arbeit (2021) <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Methodik-Qualitaet/Methodische-Hinweise/BST-Meth-Hinweise/BST-Meth-Hinweise-Nav.html> (abgerufen am 05.08.2021)
- [19] DGUV (2020): Überwachung und Beratung im Wandel, beschlossen vom Vorstand der DGUV am 28./29.09.2020, <https://publikationen.dguv.de/DguvWebcode?query=p021966> (abgerufen am 11.08.2021).
- [20] DGUV (2020): Überwachung und Beratung im Wandel, beschlossen vom Vorstand der DGUV am 28./29.09.2020, <https://publikationen.dguv.de/DguvWebcode?query=p021966> (abgerufen am 11.08.2021).
- [21] Kunz, T. (2020): Überwacher oder Lotse? Zur zukünftigen Rolle der Aufsichtspersonen in der Betreuung der Betriebe, in: DGUV Forum 3/2020
- [22] DGUV (2020): Überwachung und Beratung im Wandel, beschlossen vom Vorstand der DGUV am 28./29.09.2020, <https://publikationen.dguv.de/DguvWebcode?query=p021966> (abgerufen am 11.08.2021).
- [23] DGUV (2021): Das Berufrollenverständnis der AP II. Das Berufrollenverständnis für

- Aufsichtspersonen mit einer Qualifikation entsprechend dem Kompetenzniveau sechs des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) (AP II)
- [24] DGUV (2021): Muster-Prüfungsordnung II für Aufsichtspersonen mit einer Qualifikation entsprechend dem Kompetenzniveau sechs des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) (AP II)
- [25] Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie/Nationale Arbeitsschutzkonferenz (2019): Eckpunkte für ein abgestimmtes und arbeitsteiliges Handeln der staatlichen Arbeitsschutzbehörden der Länder und der Unfallversicherungsträger bei der Überwachung und Beratung der Betriebe, S. 2
- [26] DGUV (2013): DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“
- [27] Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie/Nationale Arbeitsschutzkonferenz (2019): Eckpunkte für ein abgestimmtes und arbeitsteiliges Handeln der staatlichen Arbeitsschutzbehörden der Länder und der Unfallversicherungsträger bei der Überwachung und Beratung der Betriebe, S. 3
- [28] DGUV (2020): Überwachung und Beratung im Wandel, beschlossen vom Vorstand der DGUV am 28./29.09.2020, <https://publikationen.dguv.de/DguvWebcode?query=p021966> (abgerufen am 11.08.2021).
- [29] Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie/Nationale Arbeitsschutzkonferenz (2019): Eckpunkte für ein abgestimmtes und arbeitsteiliges Handeln der staatlichen Arbeitsschutzbehörden der Länder und der Unfallversicherungsträger bei der Überwachung und Beratung der Betriebe
- [30] Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK), (2018): Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V
- [31] DGUV (2020): Landkarte der Unterstützenden. Eine Information für Aufsichtspersonen und weitere Präventionsfachkräfte über die Unterstützungsleistungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ausgewählter Sozialleistungsträger
- [32] Geschäftsstelle des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) (2019): Abschlussbericht – SLIC-Revision 2017 des staatlichen Arbeitsschutzsystems der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt vom Senior Labour Inspectors´ Committee (deutsche Übersetzung), S. 104

# BG Kliniken untersuchen Zusammenarbeit mit Unfallversicherungsträgern

## Key Facts

- Eine Prozesserhebung in den BG Kliniken dokumentiert das Serviceangebot für die Unfallversicherungsträger und gibt mit mehr als 70 Handlungsempfehlungen wertvolle Hinweise für den weiteren Ausbau der Zusammenarbeit
- Für die drei wesentlichen Schnittstellen zwischen BG Klinik und Unfallversicherungsträger wurden vergleichbare Prozesse entwickelt
- Durch die gemeinsame Arbeit aller Beteiligten im Projekt konnte die bereits etablierte Kooperation weiter ausgebaut und das gegenseitige Verständnis für die Arbeitsrealitäten gefördert werden

## Autorin

➤ **Maïke Weerts**

**Wie können die besonderen Serviceleistungen der BG Kliniken im Rahmen der Heilverfahrenssteuerung der Unfallversicherungsträger noch verbessert werden? Das Projekt „Premium-Dienstleister für Unfallversicherungsträger“ der BG Kliniken ist dieser Frage nachgegangen und hat aus den gewonnenen Erkenntnissen Handlungsempfehlungen für die BG Kliniken abgeleitet.**

**D**ie BG Kliniken mit ihren neun Akutkliniken, einer Klinik für Berufskrankheiten sowie zwei ambulanten Einrichtungen verstehen sich als natürliche Partner der Unfallversicherungsträger (UVT). Zur Erfüllung ihres Kernauftrages – Versorgung der Versicherten nach Arbeits- und Wegeunfall oder Berufskrankheit mit Spitzenmedizin und Rehabilitation auf höchstem Niveau – erbringen sie umfassende, direkt nach einem Versicherungsfall einsetzende Leistungen in Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern. Durch die enge Kooperation mit dem Reha-Management der Unfallversicherungsträger wird eine optimale Begleitung des Behandlungsprozesses in den Kliniken ermöglicht. Reha-Maßnahmen werden in Abstimmung mit den Unfallversicherungsträgern gesteuert. Das Reha-Management ist somit integraler Bestandteil der Prozesse in den BG Kliniken – Strukturen und Prozesse sind in erster Linie auf die Versorgung der SGB-VII-Patientinnen und -Patienten ausgerichtet.

Das zentrale strategische Ziel der BG Kliniken lautet daher: „Wir sind Premium-

Dienstleister für Unfallversicherungsträger und unsere Patientinnen und Patienten.“

Das im Jahr 2018 gestartete Projekt „Premium-Dienstleister für Unfallversicherungsträger“ ist ein Schlüsselprojekt zur Erreichung dieses Zieles. Der strukturierte Vergleich der Prozesse soll dazu dienen, Standards und Handlungsempfehlungen für effektive Prozessgestaltungen in den BG Kliniken zu identifizieren. Auf dieser Basis soll die zielgerichtete und bedarfsorientierte Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern auch künftig sichergestellt und ausgebaut werden.

Zu Beginn des Projektes wurde die Zielsetzung zunächst mithilfe einer Bedarfserhebung in den BG Kliniken und bei den Unfallversicherungsträgern konkretisiert. Untersuchungsschwerpunkte konnten mithilfe explorativer Interviews identifiziert werden, an denen eine Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren aus den neun Akutkliniken, den neun gewerblichen Berufsgenossenschaften, von verschiedenen Unfallversicherungsträgern der öffent-

lichen Hand und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) teilnahm.

Auf Basis der Interviews hat die Projektgruppe<sup>[1]</sup> Untersuchungsschwerpunkte priorisiert, die sowohl für die BG Kliniken als auch für die Unfallversicherungsträger als zentrale und wichtige Schnittstellen im Austausch benannt wurden:

- Reha-Planung
- Umgang mit Störungen im Heilverfahren
- Heilverfahrenskontrolle

Diese drei identifizierten Schnittstellen standen im Zentrum der weiteren Prozessanalysen in den BG Kliniken.

Darüber hinaus wurden weitere Faktoren mit unmittelbarem Einfluss auf diese Schnittstellen betrachtet: die Einbindung des Reha-Managements der Unfallversicherungsträger in den BG Kliniken vor Ort sowie die Einbindung des UVT Servicezentrums als sogenannte „Unterstützende Rah-

## ” Eine Herausforderung in der Zusammenarbeit zwischen den BG Kliniken und den Unfallversicherungsträgern besteht darin, den Wunsch nach Flexibilität und den Bedarf an Planungssicherheit zusammenzubringen.“

menbedingungen“. Unter dem Stichwort „Kultur/Kommunikation“ wurden die Austauschformate zwischen BG Kliniken und Unfallversicherungsträgern sowie die Identifikation der Mitarbeitenden in der Klinik mit dem System der gesetzlichen Unfallversicherung untersucht.

Folgende Abbildung veranschaulicht die Untersuchungsschwerpunkte im Projekt:

Die Analyse entlang der Untersuchungsschwerpunkte erfolgte mittels standardisierter und praxisbewährter Erhebungsinstrumente im Rahmen von Vor-Ort-Terminen über jeweils zwei Tage an den neun Akutkliniken. Das Vorgehen bei der Prozess-erhebung wurde zunächst in den beiden Pilotkliniken Halle und Frankfurt am Main getestet. Anhand dessen wurde ein Referenzprozess für die drei benannten Schnittstellen entwickelt, der anschließend an den weiteren Standorten überprüft und zum Teil ergänzt wurde. Die verdichteten Referenzprozesse wurden in einem weiteren Schritt gemeinsam mit den Unfallversicherungsträgern validiert und weitere Hinweise sowie Bedarfe zu einzelnen Prozessschritten aufgenommen.

Abbildung 2 zeigt exemplarisch den verdichteten Prozess der Reha-Planung inklusive der identifizierten Schnittstellen zu den Unfallversicherungsträgern.

Bereits in diesen frühen Phasen des Projektes zeigte sich ein zentrales Ergebnis: Durch die gemeinsame Arbeit mit allen Beteiligten und das gegenseitige Verständnis der jeweiligen Arbeitsrealitäten kam es an den Standorten bereits zu spürbaren Veränderungen, zum Beispiel in der Zusammenarbeit zwischen Ambulanz und Reha-Management.

## Ergebnisse

Ein wichtiges Ergebnis ist das gemeinsame Verständnis über die Prozesse an den zentralen Schnittstellen „Reha-Planung“, „Umgang mit Störungen im Heilverfahren“ und „Heilverfahrenskontrolle“. Die Referenzprozesse, als ein wesentliches Projektergebnis, gewährleisten so vergleichbare Abläufe und Strukturen in allen BG Kliniken für Unfallversicherungsträger und deren Versicherte.

Zentrale Empfehlung des Projektes ist es daher, die Prozesse zur Reha-Planung und zur Heilverfahrenskontrolle in den einzelnen BG Kliniken einheitlich umzusetzen. Hierdurch soll die Vergleichbarkeit dieser beiden als zentral bewerteten Schnittstellen für die Unfallversicherungsträger erreicht werden. Für die dritte Schnittstelle Umgang mit Störungen liegt ebenfalls eine vereinheitlichte Prozessdarstellung vor. Zudem wurden beispielhaft mögliche Störungen im Heilverfahren definiert, bei denen eine Meldung von der Klinik an den Unfallversicherungsträger ausgelöst wird.

## Mehr als siebzig Handlungsempfehlungen erarbeitet

Auf Basis der Analyseergebnisse wurden umfangreiche Handlungsempfehlungen erarbeitet, die zur Positionierung als Premiumpartner für Unfallversicherungsträger führen. Die Handlungsempfehlungen wurden in einem gemeinsamen Workshop mit Vertreterinnen und Vertretern der BG Kliniken und der Unfallversicherungsträger gesichtet und als zielführend bewertet.

## „Besonderer Auftrag – Besondere Leistungen“

Ein Alleinstellungsmerkmal der BG Kliniken ist die hohe Vor-Ort-Präsenz des Reha-Managements der gesetzlichen Unfallversicherung. Neben verbindlichen Ansprechpersonen hat eine hohe Vor-Ort-Präsenz den Effekt, dass Versicherte frühzeitig durch die Unfallversicherungsträger beraten und betreut werden sowie schnittstellenfreie Behandlungspfade auch über die BG Klinik hinaus gewährleistet sind.

Grafik: Eigene Darstellung



Abbildung 1: Untersuchungsschwerpunkte

Die kurzen Wege sowie das gegenseitige Verständnis wurden daher in mehreren Handlungsempfehlungen zum Anlass genommen, die Vor-Ort-Präsenz der Unfallversicherungsträger weiter auszubauen und zu verbessern.

Eine weitere Herausforderung in der Zusammenarbeit zwischen den BG Kliniken und den Unfallversicherungsträgern besteht darin, den Wunsch nach Flexibilität aufseiten der Unfallversicherungsträger und den Bedarf an Planungssicherheit aufseiten der BG Kliniken zusammenzubringen. Für die Unfallversicherungsträger sind hier die Steuerung ihrer Versicherten und die zeitnahe Terminvergabe beziehungsweise Rückmeldung von hohem Interesse. Es wurde daher vereinbart, die Einrichtung zusätzlicher Zeitkontingente auch für ungeplante Patientinnen und Patienten an allen Standorten zu prüfen.

Die UVT Servicezentren in den BG Kliniken, die als zentrale Anlauf- und Kontaktstelle für Unfallversicherungsträger seit 2019 in allen BG Kliniken für Fragen und Anliegen zur Verfügung stehen, spielen eine wesentliche Rolle in der Zusammenarbeit. Dem Wunsch der Projektbeteiligten, diese zentralen Stellen für die Unfallversicherungsträger noch stärker in die Prozesse vor Ort

einzubinden, wurde mit einer Handlungsempfehlung entsprochen.

Weitere Handlungsempfehlungen beschreiben den Ausbau von verschiedenen Austauschformaten, wie zum Beispiel spezielle Informations- und Veranstaltungsangebote für das Reha-Management. Es werden beidseitige Hospitationen genauso empfohlen wie vermehrte Fortbildungen auch im Online-Format oder „Einführungsveranstaltungen zum System der gesetzlichen Unfallversicherung“ für alle neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kliniken zur Sensibilisierung des gesetzlichen Auftrages der Unfallversicherungsträger.

Insgesamt hat das Projekt zahlreiche Beispiele guter Praxis identifiziert und Verbesserungsvorschläge aufgenommen. Diese dienen als Ausgangspunkt für die weitere interne Prüfung und Weiterentwicklung an den einzelnen Standorten und sollen die Adaption funktionierender Lösungen unterstützen.

Die speziell für die Bewertung von Kennzahlen gegründete Unterarbeitsgruppe Berichtswesen hat einen Vorschlag für ein evaluierendes Berichtswesen entwickelt. Dieses legt den Fokus auf die Qualitätsaspekte und einen zu entwickelnden Review-

prozess zwischen Unfallversicherungsträgern und BG Klinik.

### Ein besseres Verständnis fördert die Zusammenarbeit

Das Projekt „Premium-Dienstleister für Unfallversicherungsträger“ hat während der mehrjährigen Projektlaufzeit deutlich gemacht: Der Austausch zwischen BG Kliniken und gesetzlicher Unfallversicherung hat das Prinzip der Partnerschaft und das gegenseitige Verständnis gefördert und die handelnden Akteurinnen und Akteure einander noch näher gebracht.

Die vorliegenden Handlungsempfehlungen und weiteren Ergebnisse werden die BG Kliniken aufgreifen und gemeinsam mit den Standorten in eine Umsetzung bringen, um damit die Nahtlosigkeit zwischen Projektarbeit und weiterer Umsetzung sicherzustellen. Das Projekt hat hierfür einen praktikablen Vorschlag erarbeitet. Ein Abschlussbericht mit allen Ergebnissen des Berichtes und Handlungsempfehlungen wird zurzeit erstellt.

Der Abschluss des Projektes ist daher zugleich der Beginn der Umsetzungsphase. Diese gemeinsam mit allen Akteurinnen und Akteuren zu gestalten, wird in Zukunft eine spannende Aufgabe sein, um dem Ziel des Premium-Dienstleisters für die Unfallversicherungsträger ein weiteres Stück näher zu kommen.

Grafik: Eigene Darstellung

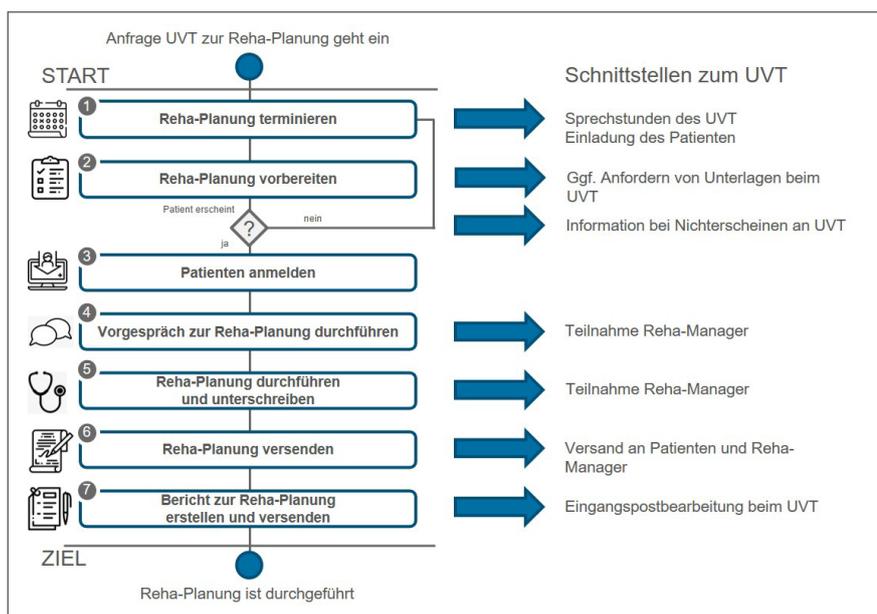


Abbildung 2: Verdichteter Prozess Reha-Planung

### Fußnote

[1] Die Projektgruppe setzte sich zusammen aus den jeweiligen Ansprechpersonen aus den zwei Pilotkliniken BG Klinikum Bergmannstrost Halle und BG Unfallklinik Frankfurt a. M., den Pilot-UVT BG BAU und BGHM, der Unfallkasse NRW, einer Vertreterin der DGUV sowie dem Ressort Kunden und Markt der Holding der BG Kliniken und aus Vertreter/-innen des begleitenden Beratungsunternehmens Kienbaum.

# Neuere BSG-Rechtsprechung zum Wegeunfall nach § 8 Abs. 2 SGB VII

## Key Facts

- Das BSG präzisiert seine Rechtsprechung zum Wegeunfall, der Gesetzgeber ändert diese teilweise für Unfälle ab dem 18. Juni 2021 wieder ab
- Das Betanken von Kraftfahrzeugen auf den Wegen zwischen dem Privatbereich und der Arbeitsstelle ist eine unversicherte Unterbrechung
- Für einen sogenannten Dritten Ort als Ersatz für die Privatwohnung kommt es nicht (mehr) auf einen Vergleich der Wegstrecke mit dem üblichen Arbeitsweg oder dem erforderlichen Zeitaufwand an

## Autor

➔ Tobias Schlaeger

**Das Bundessozialgericht (BSG) hat am 30. Januar 2020 über vier Revisionen entschieden, die allesamt Aspekte des Wegeunfalls betreffen. Für die praktische Arbeit haben die Urteile eine große Relevanz.**

## 1. Einleitung

Die vier Urteile des Bundessozialgerichts (BSG) besitzen eine große Relevanz für die praktische Arbeit. Aus diesem Grund werden sie in diesem Artikel vorgestellt und bewertet. Für die Antwort auf die Frage, ob ein Wegeunfall vorliegt, kommt es auf zeitlich-räumliche und (objektiv erkennbare) subjektive Aspekte an, die zunächst in der gebotenen Kürze dargestellt werden (Kapitel 2), bevor die neueren Urteile und ihre Bedeutung erläutert werden (Kapitel 3 bis 5).<sup>[1]</sup>

## 2. Allgemeine Grundlagen des Wegeunfalls

Die Grundsätze, wann ein versicherter Weg zum Ort der Tätigkeit (§ 8 Abs. 2 SGB VII) im häuslichen Bereich (in der Regel die Wohnung der versicherten Person) beginnt und endet, sind grundsätzlich geklärt und allgemein anerkannt.

Eine „versicherte Tätigkeit“ stellt gemäß § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII auch „das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges

nach und von dem Ort der Tätigkeit“ dar. Systematisch ist der sogenannte Wegeunfall ein Unterfall des Arbeitsunfalls (§ 8 Abs. 1 SGB VII). Weitere Wegeunfälle betreffen zum Beispiel Abweichungen vom Weg zur Arbeit, um das eigene Kind vor der Arbeit in die Tagesbetreuung zu bringen (§ 8 Abs. 2 Nr. 2a SGB VII). Mit diesen beiden Arten des Wegeunfalls befassen sich die besprochenen Urteile.

### 2.1 Wegebegriff

Der Begriff des Weges kennzeichnet die „Betätigung des Sichfortbewegens auf ein bestimmtes Ziel hin“. Die Fahrt muss demnach zu dem Zweck unternommen werden, die den Versicherungsschutz begründende Tätigkeit am Zielort auszuüben (beziehungsweise von dort zurückzukehren), also in einem sachlichen Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit stehen. Es reicht nicht aus, dass sich der Unfall auf der Wegstrecke zwischen Arbeitsstelle und der Wohnung ereignet (sogenannte Streckenidentität). Eine beschäftigte Person, die an ihrem arbeitsfreien Tag zur Arbeit fährt, um Kolleginnen oder Kollegen, mit denen sie eine wechselseitige Fahrgemein-

schaft bildet, trotzdem vereinbarungsgemäß zur Firma zu bringen, ist an diesem Tag nicht versichert.<sup>[2]</sup>

### 2.2 Räumliche Aspekte

Der Versicherungsschutz auf Wegen beginnt mit dem Durchschreiten der Außentür des von der versicherten Person bewohnten Gebäudes (mit dem sogenannten Schritt ins Freie). „Außentür“ kann dabei nicht nur die Haustür, sondern jede nach draußen führende Tür (Garagentor, in Notfällen zum Beispiel auch ein Fenster) sein.<sup>[3]</sup> Auf die Bauart des Hauses (etwa Einfamilienhaus, Mehrfamilienhaus) und die möglicherweise variierenden Gegebenheiten (wie Vorgarten, Hinterhofhaus) kommt es nicht an. Bei dieser auf objektive Merkmale gegründeten klaren Grenzziehung zwischen dem versicherten Teil und dem unversicherten Teil des Weges hat sich das BSG insbesondere von dem Gesichtspunkt der Rechtssicherheit und dem Streben nach einer möglichst einheitlichen Rechtsprechung leiten lassen. Diese Grenze trennt klar den öffentlichen Verkehrsraum von dem unversicherten Bereich ab. Der häusliche Bereich, zu dem unter anderem



## Der Wortlaut des neuen § 8 Abs. 2 Nr. 2a SGB VII setzt dabei nicht voraus, dass diese Wege in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Telearbeit zurückgelegt werden müssen.“

auch das Treppenhaus gehört, ist im Allgemeinen der versicherten Person besser als anderen Personen bekannt und damit eine Gefahrenquelle, für die sie das BSG als selbst verantwortlich ansieht.

Der versicherte Hinweg endet mit dem Erreichen des Betriebsbereichs (abhängig von den tatsächlichen Umständen) und nicht erst am jeweiligen Arbeitsplatz von Beschäftigten (Schreibtisch). Der Weg nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII geht mit dem Passieren des Werkstors beziehungsweise der Außenhaustür in einen nach § 8 Abs. 1 SGB VII versicherten Betriebsweg über, ohne dass eine Schutzlücke entsteht.<sup>[4]</sup> Gleiches gilt für den Heimweg.

Ein solcher Weg muss zudem „unmittelbar“ sein. Dies meint aber nicht zwingend den streckenmäßig kürzesten Weg. Auch ein etwas längerer, aber verkehrsgünstiger, schnellerer oder sicherer Weg ist nach allgemeiner Auffassung versichert.<sup>[5]</sup>

### 2.3 Zeitliche Aspekte und Handlungstendenz

a) Der erforderliche „sachliche Zusammenhang“ zwischen der versicherten Tätigkeit und der zum Unfall führenden Verrichtung besteht nur, wenn das konkrete Handeln der versicherten Person zur Fortbewegung auf dem Weg zur oder von der versicherten Tätigkeit gehört.

Maßgebliches Kriterium dafür ist, ob die anhand objektiver Umstände zu beurteilende sogenannte Handlungstendenz der versicherten Person beim Zurücklegen des

unmittelbaren Weges darauf gerichtet ist, die versicherte Tätigkeit (§§ 2, 3, 6 SGB VII) aufzunehmen oder nach deren Beendigung in den Privatbereich (das ist im typischen Fall die eigene Wohnung) zurückzukehren. Dabei stellt das BSG regelmäßig auf „die kleinste objektiv beobachtbare Handlungssequenz“ ab.<sup>[6]</sup>

b) Unterbricht die versicherte Person den gemäß § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII grundsätzlich versicherten Hinweg zur beziehungsweise den Rückweg von der Arbeitsstätte, um eine private, für die Wegezurücklegung nicht erforderliche Verrichtung vorzunehmen, ist während dieser Unterbrechung kein Versicherungsschutz gegeben, da es insoweit am ursächlichen Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit fehlt. Wird ein Richtungswechsel eingeleitet, liegt eine (räumliche) Zäsur in Form eines unversicherten Abwegs vor. Sollte zum Beispiel die versicherte Person ihren Weg nach Hause unterbrechen, um Einkäufe zu erledigen, unterbricht sie mit dem Einleiten des Abbiegevorgangs und dem Verlangsamten den versicherten Weg.<sup>[7]</sup>

Während einer solchen Unterbrechung besteht kein Versicherungsschutz. Dieser lebt – vorbehaltlich einer endgültigen Lösung (vgl. Kapitel 2.3 c) vom Betrieb – erst wieder auf, sobald die eigenwirtschaftliche Tätigkeit beendet und sich die versicherte Person wieder auf dem direkten Weg befindet, sie also den Umweg oder Abweg auch räumlich beendet hat.<sup>[8]</sup> In diesem Zusammenhang stellt die Rechtsprechung zuweilen auch die (berechtigte) Kontrollfrage, „ob die versicherte Tätigkeit des ver-

unfallten Beschäftigten seine Anwesenheit an der Unfallstelle erklären kann“.<sup>[9]</sup> Es ist für die erneute Begründung des Wegeunfallschutzes nach einer eigenwirtschaftlichen Unterbrechung im Übrigen nicht hinreichend, dass die verletzte Person bereits wieder unmittelbar an ihrem Auto steht und einsteigen will.<sup>[10]</sup>

c) Von einer Lösung spricht man, wenn nach Art und Dauer der Unterbrechung nicht mehr davon ausgegangen werden kann, dass sich die Handlungstendenz noch auf die Zurücklegung des Wegs richtet und richten wird. Durch die Unterbrechung „löst“ sich der Zusammenhang zwischen dem Zurücklegen des Wegs und der versicherten Tätigkeit. Das BSG hat für Unterbrechungen in zeitlicher Hinsicht eine Grenze von zwei Stunden als maßgeblichen Zeitpunkt für den Eintritt einer „Lösung“ festgelegt.<sup>[11]</sup> Dadurch sollten die Versicherten in die Lage versetzt werden, mit der erforderlichen Rechtssicherheit einschätzen zu können, bis wann sie nach einer lediglich privaten Zwecken dienenden Unterbrechung auf dem weiteren Weg wieder unter Unfallversicherungsschutz stehen. Der Hintergrund für die Zwei-Stunden-Grenze, die eine sozial motivierte Rechtsfortbildung darstellt, ist etwas in Vergessenheit geraten. Nach Krasney hat sich „die Rechtsprechung davon leiten lassen, dass bei einem Ende der Arbeitszeit in der Regel zwischen 16.00 und 16.30 Uhr eine Zeit von zwei Stunden ausreichen würde, um die Einkäufe des täglichen Lebens tätigen zu können (...).“<sup>[12]</sup> Zu begrüßen ist, dass diese Orientierungs- und Rechtssicherheit schaffende „gegriffene Größe“<sup>[13]</sup> nicht an

die im Laufe der Zeit geänderten Arbeits- und Ladenöffnungszeiten angepasst, sondern beibehalten wurde. Ebenso wie das Außenhaustürprinzip starr ist, ist auch hier eine starre Zeitgrenze vorzugswürdig.

d) Der erforderliche sachliche Zusammenhang ist grundsätzlich wertend zu ermitteln, indem untersucht wird, ob die jeweilige Verrichtung innerhalb der Grenze liegt, bis zu welcher der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung reicht. Die Wegeunfallversicherung schützt nach der BSG-Rechtsprechung (nur) vor Gefahren für die Gesundheit, die aus der Teilnahme am öffentlichen Verkehr als Fußgängerin oder Fußgänger sowie als Benutzerin oder Benutzer eines Verkehrsmittels, also aus eigenem oder fremdem Verkehrsverhalten oder äußeren Einflüssen während der Zurücklegung des Weges hervorgehen.<sup>[14]</sup> Es geht also um die Realisierung von (typischen) Verkehrsfahren. Dazu kann aber zum Beispiel auch ein Überfall gehören, sofern diesem keine privaten Motive zugrunde liegen.<sup>[15]</sup> Der Schutzzweck-Gedanke ist Ausdruck eines Denkens in Risiko- und Gefahrenbereichen und stellt damit letztlich eine wertende Entscheidung im Rahmen der rechtlichen Zurechnung dar.<sup>[16]</sup> Auf diese Weise werden Risiken aus dem privaten Bereich ausgeklammert.

Versicherte Wege im Sinne von § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII können im Übrigen auch mehrmals am Tag versichert zurückgelegt werden.<sup>[17]</sup>

### 3. Urteil „B 2 U 9/18 R“ zum Tanken

Im Rahmen der den Versicherten zustehenden Freiheit, ein oder mehrere Verkehrsmittel ihrer Wahl zu benutzen, stellt sich zwangsläufig die Frage nach dem Versicherungsschutz, wenn ein motor- oder elektronisch betriebenes Fahrzeug aufgetankt oder aufgeladen werden muss.

#### 3.1 Der Fall

Die beschäftigte Klägerin fuhr am Unfalltag mit ihrem Pkw auf dem gewohnten Weg von ihrer Wohnung zur Arbeit (Entfernung:

75 Kilometer). Aufgrund von Brückenbauarbeiten kam es auf der Strecke immer wieder zu Verkehrsbeeinträchtigungen, was die Klägerin wusste. Nach Beendigung der Arbeit bestieg die Klägerin das Fahrzeug, um nach Hause zu fahren. Beim Start des Motors ertönte erstmalig ein Tank-Warngeräusch und die entsprechende Anzeige leuchtete auf. Mit der Reservemenge an Kraftstoff ergab sich eine Reichweite von 70 Kilometern. Die Klägerin fuhr die nächstgelegene Tankstelle an. Nach dem Tanken rutschte sie auf dem Weg zur Kasse aus und verletzte sich.

Das BSG nimmt den Fall zum Anlass, seine Rechtsprechung im Zusammenhang mit Tankvorgängen klarzustellen. Es bestätigt den Grundsatz, dass das verbrauchsbedingte Auftanken grundsätzlich alle Kraftfahrzeugführenden trifft und auch dann unversichert ist, wenn das konkrete Ziel ohne ein Auftanken nicht erreicht werden kann.<sup>[18]</sup> Denn der technische Fortschritt in der Genauigkeit und Zuverlässigkeit der Tankanzeigen ermöglicht es, ohne weitere Umstände bereits am Vortag zu prüfen, ob der Kraftstoffvorrat für den nächsten Tag ausreicht. Die typischen Umstände, die den Verbrauch beeinflussen (Fahrweise, Tankgröße, Antriebsart: Elektromotor/Benziner, das individuelle Tankverhalten), sind allein durch die jeweilige versicherte Person zu beeinflussen, nicht aber durch das beitragszahlende Unternehmen. Schließlich berücksichtigt das BSG, dass sich auch dadurch ein Wertungswiderspruch ergeben könnte, dass die vorausschauend tankende Person regelmäßig nicht unter Versicherungsschutz stünde, wohingegen die nicht vorsorgende Person bei selbst herbeigeführtem Benzinmangel in den Schutzbereich der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen würde. Angesichts dessen hatte die versicherte Person ihren ursprünglichen versicherten unmittelbaren Weg (§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII) für den Tankvorgang unterbrochen. Die nicht nur geringfügige Unterbrechung<sup>[19]</sup> setzte mit der nach außen wahrnehmbaren Einleitung des Abbiegevorgangs (je nach dem: Blinker setzen, Verlangsamen, Spurwechsel) ein und war im Unfallzeitpunkt noch nicht beendet.<sup>[20]</sup>

Soweit das BSG früher unter Geltung der Rechtsversicherungsordnung (RVO) einzeln den Tankvorgang auch dann unter Versicherungsschutz gestellt hatte, wenn das Tanken zur Beendigung des gerade angetretenen Weges notwendig war, stellt das BSG nun ausdrücklich klar, dass solche Tankvorgänge nach geltendem Recht „im Regelfall“ nicht versichert sind. Ob es künftig noch außergewöhnliche Umstände gebe, in denen ausnahmsweise doch ein Versicherungsschutz beim Tanken anzuerkennen wäre (eventuell erhebliche Verkehrs-umleitung, Stau), hat das BSG ausdrücklich offengelassen (siehe dazu Kapitel 3.2).

#### 3.2 Bewertung

a) Der Sichtweise, dass das verbrauchsbedingte Tanken in die private Risikosphäre der Versicherten fällt und daher auch dann unversichert ist, wenn die Restkraftstoffmenge (voraussichtlich) nicht mehr zur Bewältigung des restlichen Weges ausreicht, ist zuzustimmen.<sup>[21]</sup> Das Urteil ist angesichts der Grundsätze zum Wegeunfall konsequent.

b) Wegen der vorsichtigen Formulierung des BSG („im Regelfall“ unversichert) stellt sich perspektivisch die Frage, ob versicherte Ausnahmen beim Tanken (oder Aufladen von E-Autos) denkbar sind.

aa) Zunächst bleibt das Nachtanken auf Betriebswegen (§ 8 Abs. 1 SGB VII) versichert. Betriebswege sind unmittelbarer Teil der versicherten Tätigkeit und gehen dieser nicht, wie die Wege nach § 8 Abs. 2 SGB VII, lediglich voran (Weg zur Arbeit) oder schließen sich ihr an (Weg von der Arbeit nach Hause).<sup>[22]</sup> Gleiches gilt für Dienstreisen. Weil der Betriebsweg beziehungsweise die Dienstreise unmittelbar Teil der betrieblichen Tätigkeit sind, ist unter anderem das Tanken in diesem Rahmen auch dann noch versichert, wenn dieses nicht unvorhergesehen erforderlich wird.<sup>[23]</sup> Die grundsätzlich versicherte Person muss aber aufgrund objektiver und objektivierbarer Umstände davon ausgehen, dass das Tanken zur Absolvierung des Betriebsweges notwendig ist, und es muss eine möglichst nahe gelegene Tankstelle aufgesucht werden.<sup>[24]</sup>



**Es kommt bei einem Unfall auf dem Weg vom Dritten Ort weder auf einen mathematischen oder wertenden Angemessenheitsvergleich der Wegstrecken nach der Verkehrsanschauung noch auf etwaige betriebsdienliche Motive für den Aufenthalt am Dritten Ort an.“**

bb) Ebenso erfasst wären Tankvorgänge, die auf einer generellen dienstlichen Weisung, Dienstfahrzeuge (!) wieder betankt (zum Beispiel vollgetankt, mindestens zur Hälfte oder dergleichen) zurückzugeben, beruhen. Gleiches gilt – nun mit Blick auf Wege nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII – in Fällen, in denen Versicherte die Rückgabe des dienstlichen Pkw erst am nächsten Arbeitstag vornehmen (sogenannte Verbringungsfahrt) und anlässlich ihres Weges zur Arbeit (§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII) anhalten und tanken. Insoweit stellt dies eine Erfüllung einer arbeitsvertraglichen Nebenpflicht dar, sodass ein „betrieblich bedingter“ Umweg vorliegt.<sup>[25]</sup>

cc) Weitere Ausnahmen sind nicht ersichtlich. Insoweit hat das BSG deutlich ausgeführt, dass das Nachtanken immer privatwirtschaftlich und die Notwendigkeit des Tankens individuell beeinfluss- und nachprüfbar ist. Eine Gleichsetzung mit Fallgestaltungen einer unerwartet auftretenden Panne<sup>[26]</sup> ist nicht angezeigt, weil das Tanken planbar und ein Treibstoffmangel leichter behebbar ist.<sup>[27]</sup> Damit bleibt das Betanken des privaten Pkw unversichert. Auch das verhältnismäßig längere Aufladen von E-Autos oder E-Bikes ist rein privater Natur und stellt keine versicherte verkehrsbedingte Wartezeit<sup>[28]</sup> dar.

#### **4. Urteile „B 2 U 2/18 R“ und „B 2 U 20/18 R“**

Gleich zwei Urteile betreffen den Problemkreis des sogenannten Dritten Ortes. Vereinfacht gesagt, ist ein solcher Dritter Ort ein versicherungsrechtlicher Ersatz für

das „Zuhause“ als Start- oder Endpunkt des Weges.

#### **4.1 Urteil „B 2 U 2/18 R“ (Dritter Ort I)**

##### **a) Der Fall**

Der Kläger war in der Wohnung seiner Eltern in D. polizeilich gemeldet. Er bewohnte dort ein Zimmer und hatte seine gesamte Habe untergebracht. Er war in D. als Auslieferungsfahrer beschäftigt. Nach Feierabend fuhr er in der Regel zunächst in die elterliche Wohnung und nahm dort eine Mahlzeit ein. Danach suchte er regelmäßig montags bis freitags seine Freundin in M. auf und übernachtete dort, um am Folgetag von dort aus zu seiner Arbeitsstätte in D. zu fahren. Damit nutzte er über einen längeren Zeitraum zwei Wohnbereiche. Der Weg zwischen der Arbeitsstätte und der Meldeadresse ist zwei Kilometer lang, der Weg zur Wohnung der Freundin 44 Kilometer. Am Unfalltag verunglückte der Kläger auf dem direkten Weg von der Wohnung seiner Freundin, wo er übernachtet hatte, zu seiner Arbeitsstätte. Nach gewährter Heilbehandlung und Verletztengeldzahlung wurde das Ereignis nicht als Arbeitsunfall anerkannt.

Zunächst stellt das BSG klar, dass ein versicherter Weg zur Arbeitsstätte im Sinne des § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII auch von einem anderen Ort als der Wohnung angetreten werden kann, da das Gesetz als End- oder Ausgangspunkt des Weges nur den Ort der versicherten Tätigkeit festlegt. Die Norm lässt hingegen offen, wo der Weg nach dem Ort der Tätigkeit beginnt

oder wo der Weg von dem Ort der Tätigkeit endet.

Angesichts zwischenzeitlich geäußelter Kritik<sup>[29]</sup> betont der Senat ausdrücklich, dass er auch aus Gründen der Rechtssicherheit an dieser Zwei-Stunden-Grenze bei einem Aufenthalt an einem sogenannten Dritten Ort festhält. Ein Ort wird erst dann zu einem Dritten Ort, von dem aus ein versicherter Weg zur Arbeitsstätte angetreten werden kann, wenn der Versicherte sich dort zwei Stunden oder länger aufhält (oder vorhat, sich mindestens zwei Stunden aufzuhalten). Allerdings waren die bisherige Rechtsprechung und Literatur uneinheitlich, was die genauen Kriterien zur Beurteilung des entsprechenden Versicherungsschutzes anbelangt. Dies betraf maßgeblich die Frage, ob der Weg von einem Dritten Ort in einem angemessenen Verhältnis zu dem üblicherweise zurückzulegenden Arbeitsweg stehen müsse oder ob an den Zweck des Aufenthalts an diesem Dritten Ort inhaltliche Anforderungen zu stellen seien.

Wegen einer uneinheitlichen BSG-Rechtsprechung in der Vergangenheit stellt das BSG nun zur Herstellung von Rechtsanwendungsgleichheit ausdrücklich klar: Es kommt bei einem Unfall auf dem Weg vom Dritten Ort weder auf einen mathematischen oder wertenden Angemessenheitsvergleich der Wegstrecken nach der Verkehrsanschauung noch – im Rahmen einer Gesamtschau – auf etwaige betriebsdienliche Motive für den Aufenthalt am Dritten Ort an. Ebenso unerheblich sind der erforderliche Zeit-



## Das Zurücklegen eines versicherten Weges setzt voraus, dass die Orte des privaten Aufenthalts und der versicherten Tätigkeit, zwischen denen der Weg zurückgelegt wird, räumlich auseinanderfallen.“

aufwand zur Bewältigung der verschiedenen Wege und deren Beschaffenheit oder Zustand, das benutzte Verkehrsmittel, das erhöhte, verminderte oder annähernd gleichwertige Unfallrisiko oder ob sich Weglänge und Fahrzeit noch im Rahmen der üblicherweise von Pendlerinnen und Pendlern zurückgelegten Wegstrecke halten. Die Einführung von zusätzlichen Kriterien zulasten der Versicherten ist aus Gründen der juristischen Methodik nicht zulässig.

Entscheidend ist vielmehr, ob der Weg vom Dritten Ort zur Arbeitsstätte wesentlich von der subjektiven Handlungstendenz geprägt ist, den Ort der Tätigkeit aufzusuchen, und ob dies in den realen Gegebenheiten objektiv eine Stütze findet, das heißt objektivierbar ist. Dies begründet der Senat auch damit, dass für Wege, die ihren Ausgangs- oder Endpunkt nicht an einem Dritten Ort, sondern im häuslichen Bereich der versicherten Person haben, seit jeher keine Entfernungsgrenze gilt. Auf dieser Basis lassen sich mit den Grundsätzen der gespaltenen objektivierten Handlungstendenz auch die sogenannten Rückreisefälle befriedigend lösen, bei denen Versicherte den Weg zur Arbeitsstätte direkt von ihrem Urlaubsort oder nach einem Verwandtenbesuch antreten.

### b) Bewertung

aa) Zunächst stellt die tatsächliche Gewährung von Heilbehandlung und/oder Verletztengeld noch keine Anerkennung eines Arbeitsunfalls dar, was im Urteil angedeutet wird, an anderer Stelle aber schon deutlicher formuliert wurde.<sup>[30]</sup>

bb) Zudem ist verfahrensrechtlich bemerkenswert, dass das dritte Zugunstenverfahren nach § 44 SGB X zum Erfolg führte. Dies verdeutlicht, dass es wegen dieser Vorschrift keine Rechtskraft von Verwaltungsakten im Sozialrecht gibt.

cc) Zwar würde es dem Gedanken der Schutzzweck-Lehre entsprechen, wenn Gefahr- oder Risikoerhöhungen durch längere Wege unversichert wären. Solche Prüfungen entziehen sich aber einer eindeutigen Grenzziehung.<sup>[31]</sup> Die bisherigen Kriterien der Rechtsprechung überzeugten nicht.<sup>[32]</sup> Sofern in der Vergangenheit zum Beispiel darauf abgestellt wurde, ob sich der tatsächlich zurückgelegte Weg „nach der Verkehrsanschauung unter Berücksichtigung aller Umstände von dem üblichen Weg nach und von der Arbeitsstätte so erheblich unterscheidet, dass er nicht von dem Vorhaben des Beschäftigten geprägt ist, sich zur Arbeit zu begeben oder von dieser zurückzukehren“<sup>[33]</sup>, so kann auf dieser Basis eine gleichförmige und verlässliche rechtliche Bewertung kaum gelingen (was ist „die Verkehrsanschauung“?).

dd) Insoweit gab es verschiedentlich Vorschläge für eine klare Grenzziehung, die sich zum Beispiel anhand eines starren 50-Kilometer-Radius richten soll, anhand von Prozentwerten im Verhältnis zum „üblichen“ Weg beziehungsweise anhand der jeweiligen Gemeindegrenzen zu bestimmen sein sollen.<sup>[34]</sup> Eine solche Grenzbestimmung würde zu viele Zufälligkeiten beinhalten; zu fragen wäre zum Beispiel, ob es auf den verkehrsmäßig günstigsten Weg, den Weg mit dem tatsächlich

gewählten Verkehrsmittel oder die Luftlinie ankäme? Worauf würde man abstellen, wenn eine versicherte Person den Weg zur Arbeit mal mit dem Pkw (49 Kilometer), mal mit dem ÖPNV (51 Kilometer) zurücklegt? Ebenso sind Zufälligkeiten wie Gemeindegrenzen zu vermeiden: Im Ruhrgebiet ist es ohne Weiteres möglich, in einer Stadt zu wohnen, sein Auto, das „um die Ecke“ parkt, aber schon in der Nachbarstadt abzustellen.

Gleiches gilt sinngemäß für die Frage nach den Motiven für das Aufsuchen des Dritten Ortes (der vorrangig immer privater Natur sein dürfte). Da der Rückweg unter Versicherungsschutz steht, weil die versicherte Tätigkeit beendet wurde, war die Motivbeurteilung nie überzeugend.

ee) Daher betont das BSG in erfreulicher Klarheit, dass allein auf die objektivierbare Handlungstendenz abzustellen ist und nicht auf „gegriffene Größen“ oder schwer bestimmbare Angemessenheitsvergleiche.<sup>[35]</sup> Das ist angesichts der seit dem bedeutsamen BSG-Urteil vom 9. Dezember 2003<sup>[36]</sup> eingeleiteten Rechtsprechungsentwicklung konsequent. Dabei wird zu Recht darauf hingewiesen, dass auch die übrigen Varianten des Wegeunfalls (§ 8 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 SGB VII) keine Entfernungsbegrenzung kennen.<sup>[37]</sup> Ein Dambruch hinsichtlich sogenannter Reiserückkehrer ist dabei nicht zu befürchten. Zunächst dürfte es die absolute Ausnahme darstellen, dass Beschäftigte unmittelbar aus dem Ausland zum Ort der versicherten Tätigkeit reisen, ohne zuvor noch nach Hause zu fahren.<sup>[38]</sup> In diesen seltenen Fällen werden

die Unfallversicherungsträger dann genau zu ermitteln haben, auch unter dem Aspekt der gespaltenen Handlungstendenz. Ebenso wie ein versicherter Weg zu einem Dritten Ort aber ausscheidet, wenn die versicherte Person bereits zuvor ihre eigene Wohnung als Endpunkt des Weges von der Arbeitsstätte erreicht hat,<sup>[39]</sup> wird ein potenzielles versicherungsrechtliches Band bei einem Weg von einem Dritten Ort zum Ort der versicherten Tätigkeit (Arbeitsstätte) gekappt, wenn die versicherte Person die eigene Wohnung aufsucht, auch wenn es nur zum Ausladen des Gepäcks erfolgt. Aktuell ist eine solche Konstellation auch beim BSG anhängig.<sup>[40]</sup> Fahrten aus dem Urlaubsort können zum Beispiel auch nach § 8 Abs. 2 Nr. 4 SGB VII versichert sein.<sup>[41]</sup>

Man mag einwenden, dass der Dritte Ort nicht gesetzlich geregelt ist, und die Frage aufwerfen, wieso insoweit ein mindestens zweistündiger Aufenthalt gefordert werde.<sup>[42]</sup> Insoweit ist zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber bei der Überführung der gesetzlichen Unfallversicherung aus der RVO in das SGB VII zum 1. Januar 1997<sup>[43]</sup> ausdrücklich die bis dato bekannte BSG-Rechtsprechung zum Dritten Ort „nicht berühren“, sondern sie weiter der richterrechtlichen Ausprägung überlassen wollte.<sup>[44]</sup> Bei einer Aufgabe der Zwei-Stunden-Regel (sowohl im Hinblick auf den Dritten Ort als auch die Lösung vom Versicherungsschutz, siehe Kapitel 2.2) würden sich kaum weniger problematische Folgefragen stellen: Führt zum Beispiel ein eingeschobener Einkauf bereits zum endgültigen Verlust des Versicherungsschutzes, wenn er die übliche Dauer des Arbeitsweges überschreitet, oder um welchen (prozentualen oder absoluten) Anteil kann dieser durch ihn überschritten werden?<sup>[45]</sup> Nach welchen Maßstäben würde eine „Lösung“, der versicherungsrechtlich bedeutende „Schritt ins Private“ eintreten? Insoweit bedarf es einer möglichst klaren (starren) Grenze für die rechtliche Wertung, ob noch ein hinreichend enger sachlicher Bezug zur versicherten Tätigkeit vorliegt. Daher ist das Festhalten an der Zwei-Stunden-Grenze, so diskutabel der Zeitwert sein mag, eindeutig vorzuzugs-würdig (vgl. Kapitel 2.3 c).

ff) Im vorliegenden Fall erörtert das BSG allerdings nicht die Möglichkeit, dass die Wohnung der Freundin angesichts der häufigen, mehrtägigen Aufenthalte des Klägers zu einem „erweiterten häuslichen Bereich“ geworden sein könnte, sodass eben kein Dritter Ort nicht gegeben wäre.<sup>[46]</sup>

gg) Falls ein Rückweg vom Ort einer (beendeten) versicherten Tätigkeit zugleich der Hinweg zum Ort einer anderen versicherten Tätigkeit darstellt, bestimmt der Zielort den zuständigen Versicherungsträger. Denn die Handlungstendenz der versicherten Person ist typischerweise „nach vorne“ auf die nächste, am Ziel der Fahrt beabsichtigte versicherte Tätigkeit gerichtet.<sup>[47]</sup> Dann stellt sich die Frage nach einem Dritten Ort nicht.

#### **4.2 Urteil „B 2 U 20/18 R“ (Dritter Ort II)**

Aus Platzgründen wird das zweite Urteil vom 30. Januar 2020 zum Dritten Ort hier nicht weiter dargestellt.

#### **5. Urteil „B 2 U 19/18 R“ zum „Kindergartenweg“**

Für viele Beschäftigte dient die Telearbeit (sogenanntes Homeoffice) der verbesserten Vereinbarkeit von Beruf und Familie (von pandemiebedingten Vorteilen einmal abgesehen). Dazu gehört unter anderem auch, das eigene Kind vor Arbeitsbeginn in die Tagesbetreuung (Kindertageseinrichtung, Kindertagespflege) zu bringen. Der Gesetzgeber hat Wegeabweichungen, die notwendig sind, um Kinder wegen beruflicher Tätigkeit fremder Obhut anzuvertrauen, unter Unfallversicherungsschutz gestellt (§ 8 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe a SGB VII). Fraglich ist indes die genaue Reichweite dieses Schutzes. Konkret ging es um die Wege zwischen der eigenen Wohnung (als Ort der Telearbeit) und der Kindertageseinrichtung, eingekleidet in einen Kostenerstattungsstreit zweier Leistungsträger.

#### **5.1 Der Fall**

Die Klägerin (Krankenkasse) begehrt von der Beklagten (Unfallversicherungsträger)

die Erstattung von Kosten in Höhe von rund 19.000 Euro für die Behandlung der beigeladenen Versicherten B. Am Unfalltag arbeitete B. von zu Hause aus. Sie hatte ihre Wohnung gegen 9.20 Uhr verlassen und ihre Tochter K. zum Kindergarten gebracht. Auf dem direkten Rückweg nach Hause, um dort wieder ihre Telearbeit aufzunehmen, erlitt B. gegen 9.30 Uhr einen Unfall, als sie aufgrund von Eisglätte (Blitzeis) mit dem Fahrrad auf der Fahrbahn wegrutschte und sich verletzte. Mit bestandskräftigem Bescheid lehnte die Beklagte gegenüber B. die Anerkennung eines Arbeitsunfalls ab. Zeitgleich hat die Klägerin eine Klage vor dem Sozialgericht (SG) erhoben und die Erstattung der von ihr getragenen Behandlungskosten beantragt (§ 11 Abs. 5 SGB V, § 105 SGB X).

Das BSG betont, dass sich die Versicherte nicht auf einem Weg von ihrer Wohnung „zur versicherten Tätigkeit“ oder umgekehrt (§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII) befunden habe. Das Zurücklegen eines versicherten Weges setzt voraus, dass die Orte des privaten Aufenthalts und der versicherten Tätigkeit, zwischen denen der Weg zurückgelegt wird, räumlich auseinanderfallen. Dies ist bei der Tätigkeit in einem sogenannten Homeoffice<sup>[48]</sup> nicht der Fall. Die Kindertageseinrichtung wurde auch nicht mindestens zwei Stunden lang aufgesucht, sodass diese keinen Dritten Ort darstellt.

Die Mutter stand auch nicht nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe a SGB VII unter Versicherungsschutz. Danach ist eine Abweichung von einem unmittelbaren Weg, um „Kinder von Versicherten (...) wegen einer beruflichen Tätigkeit (eigene oder von Ehegatten oder Lebenspartnerinnen oder Lebenspartnern) fremder Obhut anzuvertrauen, versichert. Nach dem klaren Wortlaut der Nr. 2 Buchstabe a muss zunächst ein versicherter Weg (zur Arbeit) nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII vorliegen, von dem dann zu dem im Gesetz genannten Zweck (Kinderbetreuung) abgewichen wird. Da der vorliegend zu entscheidende Sachverhalt, dass ausschließlich für das Verbringen der Kinder das Haus verlassen wird, nach der gesetzgeberischen Wertung gerade nicht von Nr. 2 Buchstabe a erfasst werden sollte, scheidet



## Alle vier Urteile sind im Ergebnis dogmatisch konsequent und fügen sich gut in die bisherige Rechtsprechung ein.“

auch eine Analogie<sup>[49]</sup> aus. Eine Änderung der Rechtslage ist alleinige Aufgabe des Gesetzgebers (dazu Kapitel 5.2 b).

### 5.2 Bewertung

a) Dem Urteil ist voll und ganz zuzustimmen.<sup>[50]</sup> Die Verneinung von Versicherungsschutz für das Verbringen von Kindern zur Kita, wenn die versicherte Tätigkeit in der Privatwohnung verrichtet wird, ist auch nicht verfassungsrechtlich geboten, womit das BSG zu Recht entsprechenden Stimmen in der Literatur eine Absage erteilt.<sup>[51]</sup> Das BSG hat zutreffend betont, dass die Grenzen der zulässigen Rechtsauslegung mit einer Ausdehnung auf Wege zwischen der Kita und der Wohnung bei Telearbeitenden überschritten wäre.

Deutliche Kritik hat das Urteil unter anderem von Mülheims erfahren, der in der „veränderten Arbeitswelt“ eine planwidrige Regelungslücke erkennt und daher eine analoge Anwendung fordert.<sup>[52]</sup> Er wirft dem BSG geradezu eine „Verweigerungshaltung“ vor. Dies übersieht unter anderem, dass das Fehlen einer (von Rechtsanwendenden) erwünschten Regelung noch nicht bedeutet, dass das Gesetz planwidrig unvollständig (geworden) ist. Noch im Mai 2020 hatte zum Beispiel der Bundestagsausschuss für Arbeit und Soziales einen Änderungsantrag abgelehnt, wonach „in der Zeit vom 18.03.2020 bis 30.09.2020 bei einem Unfall (...), der während der Arbeitszeit passiert, vermutet wird, dass es sich um einen Arbeitsunfall nach Absatz 1 Satz 1 handelt“. Dies sollte dann gelten, wenn die „Arbeit zu Hause gestattet oder angeord-

net“ wurde.<sup>[53]</sup> Wenn eine solche Regelung schon nicht vom Gesetzgeber beschlossen wird, dann kann erst recht nicht angenommen werden, eine Analogie des § 8 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe a zugunsten von Telearbeitenden wäre eine Regelung in seinem Sinne. Insofern hat sich das BSG zu Recht nicht zum Ersatzgesetzgeber aufgeschwungen und beachtet, dass „der Richter seine eigene materielle Gerechtigkeitsvorstellung nicht an die Stelle derjenigen des Gesetzgebers setzen darf“. <sup>[54]</sup> Der Sachverhalt der zu Hause arbeitenden versicherten Person, die ihre Privatsphäre nicht verlassen müssen, ist nicht wesentlich gleich mit dem einer in einem Unternehmen, also in Präsenz arbeitenden versicherten Person.

b) Mittlerweile hat der Gesetzgeber auf die BSG-Rechtsprechung reagiert und durch Artikel 5 des Betriebsrätemodernisierungsgesetzes<sup>[55]</sup> Veränderungen des § 8 SGB VII vorgenommen. Für neue Versicherungsfälle ab dem 18. Juni 2021<sup>[56]</sup> wurde der Versicherungsschutz der Beschäftigten im Homeoffice dem der in den Betrieben tätigen Präsenzbeschäftigten angeglichen (neuer § 8 Abs. 1 Satz 3 SGB VII). Vereinfacht gesagt, ist man im Homeoffice so versichert wie Beschäftigte „auf der Unternehmensstätte“. <sup>[57]</sup>

Mit Blick auf das BSG-Urteil „B 2 U 19/06 R“ relevanter ist die zweite Änderung, die ebenfalls für Fälle ab dem 18. Juni 2021 gilt: In einer neuen Nr. 2a des § 8 Abs. 2 SGB VII wird nun ein Versicherungsschutz von Personen begründet, die ihre Tätigkeit im Homeoffice ausüben und wegen ihrer beruflichen Tätigkeit (oder der von Ehe-

oder Lebenspartnerinnen oder -partnern) Wege zu einer außerhäuslichen Betreuung (fremde Obhut) ihrer Kinder zurücklegen. Es werden also künftig auch unmittelbare Wege aus dem häuslichen Arbeitsumfeld geschützt. Der typische Fall betrifft das Bringen oder Abholen der Kinder in die oder aus der Kindertagesbetreuung.

Der Wortlaut des neuen § 8 Abs. 2 Nr. 2a SGB VII setzt dabei nicht voraus, dass diese Wege in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Telearbeit zurückgelegt werden müssen. Da es insoweit aber ebenfalls um eine Gleichstellung von Telearbeitenden mit Präsenzarbeitenden geht, bedarf es eines Korrektivs. Denn Präsenzarbeitende sind auf dem Weg zum Ort der Kinderbetreuung nur dann versichert, wenn sie dies mit ihrem eigenen Weg zur Arbeit verbinden (§ 8 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe a). <sup>[58]</sup> Auch nach der Gesetzesbegründung ist der neue Versicherungsschutz deswegen gerechtfertigt, weil die Unterbringung der Kinder dazu dient, „die Ausübung der beruflichen Tätigkeit der Versicherten zu ermöglichen“. <sup>[59]</sup> Insofern spricht vieles dafür zu verlangen, dass innerhalb von zwei Stunden nach der Inobhutgabe die Telearbeit begonnen werden muss, andernfalls kein Versicherungsschutz auf den Wegen besteht. Die zwei Stunden wären auch bei Präsenzarbeitenden die relevante Grenze, bei deren Überschreiten eine Lösung vom Versicherungsschutz eintritt.

Unfälle bis einschließlich 17. Juni 2021 sind nach der bisherigen Rechtsprechung zu entscheiden, da der Gesetzgeber keine Rückwirkung der Neuerungen vorgesehen hat. <sup>[60]</sup>

## 6. Fazit

Das BSG präzisiert seine Rechtsprechung zum Wegeunfall. Im Hinblick auf den Drit-

ten Ort dürfte diese zu einer Vereinfachung führen. Alle vier Urteile sind im Ergebnis dogmatisch konsequent und fügen sich gut in die bisherige Rechtsprechung ein.

Die Änderungen des § 8 SGB VII durch das Betriebsrätemodernisierungsgesetz wirken sich auf die zukünftige Rechtsprechung aus, werfen aber viele neue Fragen auf. 

## Fußnoten

[1] Der Autor leitet den Bereich Grundsatz Rehabilitation und Entschädigung bei der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen. Der Beitrag gibt seine persönliche Auffassung wieder.  
 [2] Beispiel nach BSG, Urt. v. 08.12.1983 – 2 RU 75/82; vgl. im Übrigen z. B. BSG, Urt. v. 02.12.2008 – B 2 U 26/06 R  
 [3] Vgl. z. B. BSG, Urt. v. 31.08.2017 – B 2 U 2/16 R; zu Garagen etc. vgl. BSG, Urt. v. 18.06.2013 – B 2 U 10/12 R; LSG NRW, Urt. v. 03.02.2009 – L 15 U 93/08  
 [4] Vgl. BSG, Urt. v. 22.09.1988 – 2 RU 11/88; Ricke, W. in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, 2021, § 8 SGB VII Rn. 185  
 [5] Vgl. z. B. BSG, Urt. v. 24.06.2003 – B 2 U 40/02 R; Krasney, O. E., SGB 2020, 453 (455)  
 [6] Vgl. BSG, Urt. v. 17.12.2015 – B 2 U 8/14 R; Spellbrink, W., WzS 2011, 351 (354)  
 [7] Vgl. BSG, Urt. v. 04.07.2013 – B 2 U 3/13 R; BSG, Urt. v. 31.08.2017 – B 2 U 11/16 R  
 [8] Vgl. BSG, Urt. v. 05.07.2016 – B 2 U 16/14 R  
 [9] Vgl. z. B. LSG NRW, Urt. v. 21.11.2016 – L 17 U 325/16; ferner BSG, Urt. v. 02.12.2008 – B 2 U 17/07 R; BSG, Urt. v. 12.06.1990 – 2 RU 31/89  
 [10] Vgl. BSG, Urt. v. 31.08.2017 – B 2 U 11/16 R; LSG NRW, Urt. v. 03.04.2012 – L 15 U 188/11  
 [11] Vgl. BSG, Urt. v. 05.05.1998 – B 2 U 40/97 R; BSG, Urt. v. 31.08.2017 – B 2 U 11/16 R; Wietfeld in: Beck-Onlinekommentar SozR, 2020, § 8 SGB VII Rn. 197; vgl. ferner BSG, Urt. v. 28.03.1985 – 2 RU 30/84, wonach die Zwei-Stunden-Grenze aber z. B. nicht bei Wartezeiten im Rahmen von Fahrgemeinschaften (§ 8 Abs. 2 Nr. 2b SGB VII) gilt.  
 [12] Krasney, O. E. in: Schulin, B., Handbuch des Sozialversicherungsrechts – Band 2 Unfallversicherung, 1996, § 8 Rn. 86  
 [13] Vgl. dazu Schur, O./Spellbrink, W., SGB 2014, 589 (593)  
 [14] Vgl. z. B. BSG, Urt. v. 17.12.2015 – B 2 U 8/14 R  
 [15] Vgl. zu den genauen Voraussetzungen und Ausnahmen: z. B. Schwerdtfeger, U. in: Lauterbach, SGB VII, 2021, § 8 Rn. 435 ff.  
 [16] Vgl. Schlaeger, T., jurisPR-SozR 5/2018 Anm. 4 m.w.N.  
 [17] Vgl. BSG, Urt. v. 30.01.2020 – B 2 U 20/18 R; BSG, Urt. v. 27.04.2010 – B 2 U 23/09 R  
 [18] BSG, Urt. v. 30.01.2020 – B 2 U 9/18 R, juris-Rn. 15  
 [19] Vgl. zur Tätigkeit „im Vorbeigehen“: BSG, Urt. v. 07.05.2019 – B 2 U 31/17 R; diese Rechtsfigur dürfte allenfalls noch auf Fußgänger anwendbar sein, vgl. Schlaeger, T.,

jurisPR-SozR 25/2017 Anm. 4; ausführlicher Bultmann SGB 2020, 601 ff.  
 [20] BSG, Urt. v. 30.01.2020 – B 2 U 9/18 R, Rn. 23 f.; vgl. auch Ziegler, E., NZS 2019, 954 (954)  
 [21] Anders Majerle, R., VersR 2020, 1095 (1096), der das Urteil vom 30.01.2020 übersieht  
 [22] Vgl. dazu BSG, Urt. v. 31.08.2017 – B 2 U 9/16 R  
 [23] So z. B. auch Ziegler, E. in: Becker/Franke/Molkentin, LPK-SGB VII, 2018, § 8 Rn. 95  
 [24] So Keller, W. in: Hauck/Noftz/Oppermann, SGB VII, 2021, K § 8 Rn. 119a  
 [25] Vgl. zu diesem Begriff: Schwerdtfeger, U. in: Lauterbach, SGB VII, 2021, § 8 Rn. 505  
 [26] Vgl. z. B. BSG, Urt. v. 04.09.2007 – B 2 U 24/06 R  
 [27] So auch Krasney, O. E. in: Krasney/Becker/Kruschinsky/Bieresborn, SGB VII-Komm., 06/2020, § 8 Rn. 479; a. A. dagegen Keller, W. jurisPR-SozR 13/2020 Anm. 4  
 [28] Vgl. Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, 2021, § 8 SGB VII Rn. 12.6  
 [29] Z. B. Heinz, A., Versicherte und unversicherte Wege in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, Sozialrecht als Menschenrecht 2011, S. 273 (278, 283), der weder die Zwei-Stunden-Grenze noch die wohnungsersetzende Funktion des Dritten Ortes als vom Gesetzeswortlaut gedeckt sieht  
 [30] Vgl. z. B. LSG NRW, Urt. v. 31.01.2012 – L 15 U 350/11  
 [31] So z. B. auch Ziegler, E. in: Becker/Franke/Molkentin, LPK-SGB VII, 2018, § 8 Rn. 221  
 [32] So auch Krasney, O. E., SGB 2020, 453 (454)  
 [33] So z. B. BSG, Urt. v. 19.10.1982 – 2 RU 7/81  
 [34] Vgl. z. B. Krasney, O. E., SGB 2013, 313 (316 f.); ferner Remé, J., SGB 2020, 352 (357 f.), der im Ergebnis für die „gegriffene Größe“ von 50 km plädiert, aber die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung schon bekannte geänderte BSG-Rechtsprechung übersieht.  
 [35] Im Ergebnis ähnlich Krasney, O. E. in: Krasney/Becker/Kruschinsky/Bieresborn, SGB VII-Komm., 06/2020, § 8 Rn. 421  
 [36] Az.: B 2 U 23/03 R, das eine Abkehr vom Verkehrsraum hin zu einer stärkeren Beurteilung anhand der objektivierten Handlungstendenz einleitet  
 [37] Vgl. BSG, Urt. v. 30.01.2020 – B 2 U 2/18 R, juris-Rn. 33  
 [38] Insofern ist Köhler, K.-F. (SGB 2020, 699, 701) zuzustimmen, dass eine geringe Fallzahl kein Grund für eine undogmatische bzw. großzügige Rechtsanwendung sein kann.  
 [39] Vgl. BSG, Urt. v. 12.05.2009 – B 2 U 11/08 R

[40] Az.: B 2 U 2/20 R (zur Entscheidung vorgesehen für den 10.08.2021)  
 [41] Vgl. BSG, Urt. v. 28.06.1984 – 2 RU 13/83; insoweit gilt u. a. die Zwei-Stunden-Grenze nicht, vgl. Keller, W. in: Hauck/Noftz/Oppermann, SGB VII, 2021, K § 8 Rn. 221, 264  
 [42] So Mühlheims, L. in: DGUV Forum 7/2020, S. 58  
 [43] Sog. Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz (UVEG) vom 07.08.1996, BGBl. I 1996, S. 1254  
 [44] BT-Drucks. 13/2204, S. 77; vgl. zu diesem Argument z. B. BSG, Urt. v. 13.12.2005 – B 2 U 29/04 R  
 [45] So Schur, O./Spellbrink, W., SGB 2014, 589 (593)  
 [46] So zu Recht: Köhler, K.-F., SGB 2020, 699 (701) mit Verweis auf BSG, Urt. v. 18.10.1994 – 2 RU 31/93  
 [47] Vgl. BSG, Urt. v. 07.02.2006 – B 2 U 30/04 R; Schlaeger, T. in: BeckOK-SozR, 2021, § 135 SGB VII Rn. 7  
 [48] Vgl. zu den Begrifflichkeiten: Schlaeger, T., jurisPR-SozR 13/2021 Anm. 4  
 [49] Kainz (NZA-RR 2019, 117) sieht zu Unrecht das „Hauptargument gegen eine Analogie“ in der erhöhten finanziellen Belastung für die Beitragszahler und zieht sogar eine „Gesamtanalogie aus Abs. 2 Nr. 1 bis 3“ in Betracht, was inhaltlich wie methodisch fragwürdig ist.  
 [50] Im Ergebnis ebenso: Keller, W., WzS 2019, 57 (57 ff.); Bruno, A.-M. in: Schlaeger/Linder/Bruno, Unfallversicherung für Kinder in Tagesbetreuung, Schüler und Studierende, 2020, § 7 Rn. 40; Köhler, K.-F., VSSR 2019, 32 (34); Schlaeger, T., jurisPR-SozR 24/2018 Anm. 2  
 [51] Vgl. Nachweise bei BSG, Urt. v. 30.01.2020 – B 2 U 19/18 R, juris-Rn. 35  
 [52] Mühlheims, L. in: DGUV Forum 8/2020, S. 25 (S. 27 f.)  
 [53] Vgl. BT-Drucks. 19/19037, S. 40 f.  
 [54] So z. B. BVerfG, Urt. v. 06.06.2018 – 1 BvL 7/14; BSG, Urt. v. 30.01.2020 – B 2 U 19/18 R  
 [55] Gesetz vom 14.06.2021, BGBl. I 2021, 1762, 1756  
 [56] Als maßgeblicher Tag nach der Gesetzesverkündung (vgl. Art. 6 des Gesetzes, BGBl. I 2021, 1762, 1756)  
 [57] Ausführlicher dazu Schlaeger jurisPR-SozR 13/2021 Anm. 4 mit Hinweisen zu einigen versicherungsrechtlichen Folgen  
 [58] Nicht zu verwechseln mit der neuen § 8 Abs. 2 Nr. 2a; es gibt folglich künftig eine Nr. 2a und eine Nr. 2 mit zwei Unterfällen (Buchstaben a und b).  
 [59] Vgl. BT-Drucks. 19/29819, S. 18  
 [60] So zum Beispiel auch LSG Bayern, Urt. v. 12.05.2021 - L 3 U 373/18, juris-Rn. 47

# Kennziffern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 2020

## Key Facts

- Die Zahlen der meldepflichtigen Arbeits- und Schülerunfälle erreichten 2020 Allzeittiefs
- Noch nie zuvor wurden mehr Berufskrankheitenanzeigen registriert und mehr Berufskrankheiten anerkannt
- Trotz weniger beitragspflichtigem Entgelt konnte der durchschnittliche Beitragssatz konstant gehalten werden

## Autor

➔ **Wolfram Schwabbacher**

**Die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der neun gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie der 24 Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand für das Jahr 2020 liegen vor. Der Beitrag enthält die Trends zu Unfällen, Berufskrankheiten, Rentenbestand und Leistungsaufwendungen. Organisation und Umfang der Versicherung sowie die Aufbringung der Mittel werden ebenfalls beschrieben.**

**D**as Jahr 2020 stand in vielen Lebensbereichen unter dem maßgeblichen Einfluss der COVID-19-Pandemie. Das gilt auch für die gesetzliche Unfallversicherung, die in vielerlei Hinsicht betroffen war. In den Zahlen zu den Arbeitsunfällen schlagen sich die veränderten Arbeitsbedingungen nieder und haben diese auf ein Allzeittief gesenkt. Das gilt auch für die Unfälle im Bereich der Schülerunfallversicherung, bei denen aufgrund der Schließung der Bildungs- und Betreuungseinrichtungen ein noch deutlicherer Rückgang zu verzeichnen war. Ein gänzlich anderes Bild zeigt sich bei den Berufskrankheiten. Da COVID-19 unter bestimmten Voraussetzungen eine Berufskrankheit sein kann, erreichten die Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit und auch die anerkannten Fälle die höchsten jemals registrierten Werte.

Bedingt durch die von der Pandemie ausgelöste Wirtschaftskrise ging im Bereich der Berufsgenossenschaften zudem das beitragspflichtige Entgelt zurück. Da das Umlagesoll jedoch in etwa gleichem Ausmaß gesenkt werden konnte, war es mög-

lich, den Durchschnittsbeitrag stabil zu halten.

## 1.0 Organisation

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind Körperschaften öffentlichen Rechts. Sie setzen sich zusammen aus den gewerblichen Berufsgenossenschaften, den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand sowie der Sozialversicherung für Landwirtschaft Forsten und Gartenbau (SVLFG)<sup>[1]</sup>. Die neun gewerblichen Berufsgenossenschaften sind unter anderem für gewerbliche Unternehmen, freie Berufe und Einrichtungen in privater Trägerschaft zuständig. Sie sind nach Branchen gegliedert. Die Zahl der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand beträgt aktuell 24. Sie umfassen insgesamt 19 Unfallkassen und Unfallversicherungsverbände in den Ländern, vier Feuerwehr-unfallkassen und die Unfallversicherung Bund und Bahn als bundesunmittelbaren Träger.

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffent-

lichen Hand sind in der DGUV organisiert. Sie führt die Daten der Unfallversicherungsträger zusammen und erstellt hieraus eine Gesamtstatistik. Diese dient mit anderen Datenquellen auch als Grundlage für den Bericht zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, den die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) jährlich für die Bundesregierung erstellt.

Die Zahl der Beschäftigten, die für die in der DGUV organisierten Unfallversicherungsträger tätig sind, liegt nahezu unverändert bei 21.669. Davon gehörten 16.593 (-14) zum Verwaltungspersonal und 5.076 (+24) zum Personal der Prävention.

## 2.0 Unternehmen und Einrichtungen

Die Mitglieder der DGUV haben 2020 insgesamt 3.813.802 Unternehmen beziehungsweise Einrichtungen verzeichnet. Davon entfielen 3.152.701 auf den Zuständigkeitsbereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand betreuten 661.101 Unternehmen und Einrichtungen.



## Die Mitglieder der DGUV haben 2020 insgesamt 3.813.802 Unternehmen beziehungsweise Einrichtungen verzeichnet. Davon entfielen 3.152.701 auf den Zuständigkeitsbereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften.“

In der gewerblichen Wirtschaft war im Jahr 2020 die Entwicklung der Zahl der Unternehmen in den verschiedenen Berufsgenossenschaften uneinheitlich: Den größten Rückgang meldete die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) mit 22,4 Prozent, die im Rahmen der Vorbereitungen zur Einführung der einheitlichen Mitglieds- und Unternehmensnummer das Kataster aktualisiert hat. Bei der Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation (BG Verkehr) ist der Anstieg der Mitgliedsunternehmen mit 3,4 Prozent am größten. Bei den übrigen Berufsgenossenschaften bewegen sich die Veränderungen zwischen -3,6 Prozent und +1,8 Prozent. Insgesamt ist die Unternehmenszahl im Vergleich zum Vorjahr um 262.871 gesunken (-7,7 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 Sozialgesetzbuch (SGB) VII. Für das Berichtsjahr 2020 wurden 24.298 Unternehmen, 468.859 Privathaushalte, die Personen beschäftigen, und 22.247 Unternehmen, die Hilfe leisten, ermittelt. Gegenüber dem Vorjahr ist damit hier die Gesamtzahl der Unternehmen auf nun 515.404 (-4,1 Prozent) gesunken.

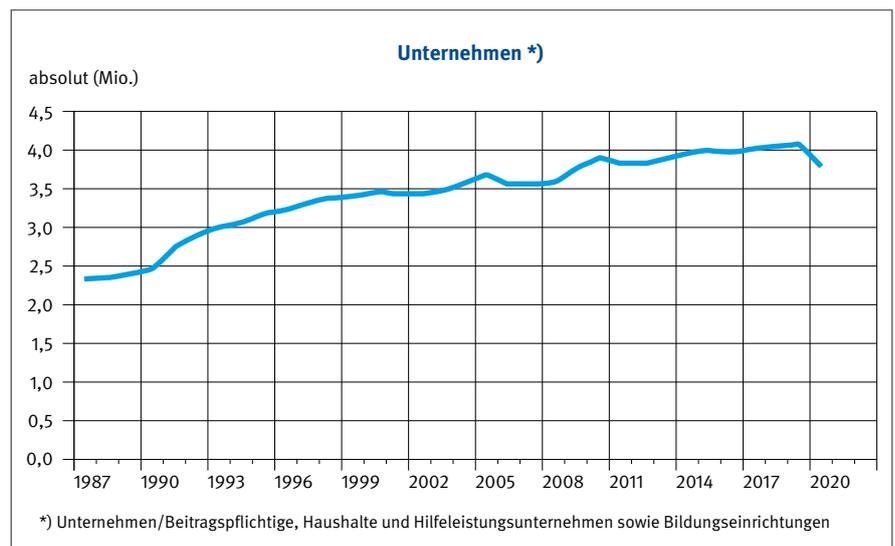
Außerdem sind die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand für die Einrichtungen in der Schülerunfallversicherung zuständig. Dazu gehören Einrichtungen der Tagesbetreuung (inklusive Tagespflege), allgemeinbildende und Berufsschulen sowie Hochschulen. Die Anzahl der Einrichtungen ist im Vergleich zum Vorjahr um 665 auf 145.697 gestiegen (+0,5 Prozent).

In Grafik 1 ist der langjährige Verlauf der Zahl der Mitgliedsunternehmen und Einrichtungen dargestellt. Trotz einiger Jahre

mit zurückgehenden Zahlen ist der langfristige Trend zunehmend.

### 3.0 Versicherte und Vollarbeiter

Bei den Unfallversicherungsträgern der DGUV waren 2020 etwa 64,2 Millionen Menschen im Rahmen der allgemeinen Unfallversicherung und der Schülerunfallversicherung gegen die Folgen von Arbeits-, Wege-, Schul- und Schulwegunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Diese Personen standen in mehr als 120 Millionen



Quelle: DGUV / Grafik: kleonstudio.com

Abbildung 1: Entwicklung der Zahl der beitragspflichtigen Unternehmen und Bildungseinrichtungen

	2018	2019	2020	Veränderung von 2019 auf 2020 in % <sup>[3]</sup>	
<b>Organisation</b>					
UV-Träger	33	33	33		0,0
Sektionen und Bezirksverwaltungen <sup>[1]</sup>	70	70	70		0,0
<b>Umfang der Versicherung</b>					
Unternehmen/Einrichtungen	4.066.816	4.098.108	3.813.802	-	6,9
Vollarbeiter <sup>[2]</sup>	37.978.727	41.560.982	41.219.318	-	0,8
Versicherte	83.269.679	65.476.180	64.219.600	-	1,9
Versicherungsverhältnisse <sup>[2]</sup>	94.112.804	123.044.849	120.428.181	-	2,1
<b>Entgelt<sup>[1]</sup></b>					
Der Beitragsberechnung zugrunde gelegtes Entgelt					
in 1.000 € <sup>[1]</sup>	1.043.238.605	1.088.405.015	1.066.570.478	-	2,0
pro (GBG-) Vollarbeiter <sup>[1]</sup>	32.266	31.961	32.194	+	0,7
<b>Arbeits- und Wegeunfälle</b>					
Meldepflichtige Arbeitsunfälle <sup>[2]</sup>	877.198	871.547	760.492	-	12,7
je 1.000 Vollarbeiter	23,10	20,97	18,45	-	12,0
je 1 Mio. geleisteter Arbeitsstunden	14,81	13,53	12,14	-	10,3
Meldepflichtige Schulunfälle	1.162.901	1.176.664	691.284	-	41,3
je 1.000 Schüler	66,17	66,86	39,09	-	41,5
Meldepflichtige Wegeunfälle <sup>[2]</sup>	188.527	186.672	152.823	-	18,1
je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse	3,64	3,61	3,05	-	15,4
Meldepflichtige Schulwegunfälle	109.346	108.787	71.764	-	34,0
je 1.000 Schüler	6,22	6,18	4,06	-	34,3
<b>Meldepflichtige Unfälle zusammen<sup>[2]</sup></b>	<b>1.065.725</b>	<b>1.058.219</b>	<b>913.315</b>	-	<b>13,7</b>
<b>Meldepflichtige Schülerunfälle zusammen</b>	<b>1.272.247</b>	<b>1.285.451</b>	<b>763.048</b>	-	<b>40,6</b>
Neue Arbeitsunfallrenten <sup>[2]</sup>	13.559	13.362	13.227	-	1,0
je 1.000 Vollarbeiter	0,357	0,322	0,321	-	0,2
Neue Schulunfallrenten	603	576	609	+	5,7
je 1.000 Schüler	0,034	0,033	0,034	+	5,2
Neue Wegeunfallrenten <sup>[2]</sup>	4.548	4.626	4.413	-	4,6
je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse	0,088	0,089	0,088	-	1,4
Neue Schulwegunfallrenten	210	224	250	+	11,6
je 1.000 Schüler	0,012	0,013	0,014	+	11,1
<b>Neue Unfallrenten zusammen<sup>[2]</sup></b>	<b>18.107</b>	<b>17.988</b>	<b>17.640</b>	-	<b>1,9</b>
<b>Neue Schülerunfallrenten zusammen</b>	<b>813</b>	<b>800</b>	<b>859</b>	+	<b>7,4</b>

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

	2018	2019	2020	Veränderung von 2019 auf 2020 in % <sup>[3]</sup>	
Tödliche Arbeitsunfälle <sup>[2]</sup>	420	497	399	-	19,7
Tödliche Schulunfälle	10	5	3		x
Tödliche Wegeunfälle <sup>[2]</sup>	310	309	238	-	23,0
Tödliche Schulwegunfälle	25	39	24	-	38,5
<b>Tödliche Unfälle zusammen<sup>[2]</sup></b>	<b>730</b>	<b>806</b>	<b>637</b>	-	<b>21,0</b>
<b>Tödliche Schülerunfälle zusammen</b>	<b>35</b>	<b>44</b>	<b>27</b>	-	<b>38,6</b>
<b>Berufskrankheiten (BK'en)</b>					
Verdachtsanzeigen	77.877	80.132	106.491	+	32,9
<b>Entschiedene Fälle</b>	<b>78.384</b>	<b>78.234</b>	<b>101.206</b>	<b>+</b>	<b>29,4</b>
davon:					
<b>BK-Verdacht bestätigt</b>	<b>38.005</b>	<b>35.264</b>	<b>52.956</b>	<b>+</b>	<b>50,2</b>
Anerkannte Berufskrankheiten	19.748	18.156	37.181	+	104,8
Berufliche Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt	18.257	17.108	15.775	-	7,8
<b>BK-Verdacht nicht bestätigt</b>	<b>40.379</b>	<b>42.970</b>	<b>48.250</b>	<b>+</b>	<b>12,3</b>
Neue BK-Renten	4.813	4.667	5.056	+	8,3
Todesfälle infolge einer BK	2.435	2.555	2.380	-	6,8
<b>Rentenbestand</b>	<b>774.997</b>	<b>760.556</b>	<b>746.569</b>	-	<b>1,8</b>
Verletzte und Erkrankte	671.865	660.182	648.718	-	1,7
Witwen und Witwer	95.029	92.635	90.440	-	2,4
Waisen	8.086	7.723	7.394	-	4,3
Sonstige	17	16	17	+	6,3
<b>Umlagesoll der gewerblichen Berufsgenossenschaften in €</b>	<b>11.458.919.542</b>	<b>12.396.396.070</b>	<b>12.168.426.922</b>	-	<b>1,8</b>
<b>Umlagebeitrag der UV-Träger der öffentl. Hand in €</b>	<b>1.632.451.079</b>	<b>1.687.841.433</b>	<b>1.740.971.914</b>	<b>+</b>	<b>3,1</b>
<b>Aufwendungen in €</b>					
Prävention	1.223.552.327	1.285.090.922	1.229.680.221	-	4,3
Entschädigungsleistungen	10.697.947.833	11.124.558.943	11.200.463.617	+	0,7
darunter: Heilbehandlung, sonst. Rehabilitation	4.756.299.552	5.075.590.149	5.038.928.304	-	0,7
Finanzielle Kompensation	5.941.648.281	6.048.968.794	6.161.535.313	+	1,9
Verwaltung und Verfahren	1.543.077.646	1.605.611.969	1.627.453.431	+	1,4

[1] nur gewerbliche Berufsgenossenschaften

[2] ohne Schüler-Unfallversicherung

[3] Prozent nur bei Fallzahl &gt; 10

[4] BG HM: ohne Berücksichtigung der Auslandsunfallversicherung

Versicherungsverhältnissen zur Unfallversicherung. 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 weiteren wesentlichen Teil der Versicherten machen 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 gewerbsmäßige Bauarbeiterinnen und Bauarbeiter, Blutspenderinnen und Blutspender, Pflegepersonen, Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, Entwicklungshelferinnen und Entwicklungshelfer, Arbeitslose oder etwa Strafgefangene. Einige kurzfristig versicherte Personenkreise (zum Beispiel spontane Ersthelfende in Unglücks- oder Notfällen) sind mangels statistischer Quellen unberücksichtigt.

Informationen, aus denen sich der Umfang der Versicherung ableiten lässt, erhält die gesetzliche Unfallversicherung von den Unternehmen und Einrichtungen im Rahmen verschiedener Meldungen, insbesondere im Rahmen des Beitragsverfahrens in Form des digitalen Lohnnachweises. Die Daten sind im Regelfall für das jeweilige Unternehmen und die jeweilige Einrichtung aggregiert. Sie umfassen neben der Zahl der versicherten Personen die Lohnsumme, die Zahl der Arbeitsstunden sowie Angaben zu den jeweiligen Gefahrtarifklassen.

In den Jahren 2018 und 2019 wurden die Verfahren zur Meldung der Arbeitsstunden und der Versicherten überarbeitet. Dadurch liegen nun zwar einerseits präzisere Angaben zu den versicherten Personen und den geleisteten Arbeitsstunden vor, andererseits kommt es bei Zeitreihen, in die diese Größen einfließen, zu Brüchen. Das betrifft insbesondere Angaben zu Unfallquoten, deren jahresübergreifender Vergleich in diesem Zeitraum daher nur eingeschränkt möglich ist.

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. Berücksichtigt werden dabei die kalendarischen Arbeitstage, die durchschnittlichen Urlaubs- und Krankheitstage sowie die bezahlten Wochenstunden.

Für 2020 beträgt die Zahl der Vollarbeiter bei den Mitgliedern der DGUV insgesamt 41.219.318 und ist damit gegenüber dem Vorjahr um 0,8 Prozent gesunken. 33.129.825 der Vollarbeiter entfielen auf den Bereich der gewerblichen Wirtschaft, was gegenüber 2019 einen Rückgang um 2,7 Prozent darstellt. Von diesen wurden 50,4 Milliarden Arbeitsstunden geleistet; das sind 4,6 Prozent weniger als im Vorjahr. Im öffentlichen Bereich ist die Vollarbeiterzahl um 7,8 Prozent auf 8.089.493 gestiegen. Die Bestimmung der Rechengröße Vollarbeiter wird für die Versicherten der Schülerunfallversicherung nicht vorgenommen. Stattdessen wird für die Berechnung von Unfallquoten auf den Bestand der Versicherungsverhältnisse zu einem Stichtag zurückgegriffen. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Versicherten in der Schülerunfallversicherung am Stichtag etwas gestiegen (+0,5 Prozent).

## 4.0 Arbeits- und Wegeunfälle

Vorbemerkung: Die Unfälle im Bereich der Schülerunfallversicherung 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 Unternehmerinnen und Unternehmer verpflichtet, binnen drei Tagen Unfälle von Versicherten in ihren Unternehmen anzuzeigen, die eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Kalendertagen – ohne den Unfalltag – oder den Tod zur Folge haben. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, so werden

auch Anzeigen von Verletzten, Durchgangsarztberichte sowie durch Krankenkassen angezeigte Fälle gezählt. Das Gleiche gilt für Wegeunfälle; das sind Unfälle auf dem Weg zum oder vom Ort einer versicherten Tätigkeit, die nach § 8 Abs. 2 Nr. 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 der Unfall im Berichtsjahr gemeldet wurde und der Tod innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall eingetreten ist.

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

Jede versicherte Tätigkeit, ob als Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung oder als kurzfristige Aktivität wie das Blutspenden, bringt jedoch ein eigenes Wegeunfallrisiko mit sich. Darüber hinaus kann dieselbe versicherte Person 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 sowie Schüler und

		2017	2018	2019	2020	Veränderung von 2019 auf 2020 in %	
<b>UV in der gewerblichen Wirtschaft</b>		<b>22,21</b>	<b>24,91</b>	<b>23,50</b>	<b>21,20</b>	-	<b>9,78</b>
101	BG Rohstoffe und chemische Industrie	18,10	18,15	19,03	17,43	-	8,39
102	BG Holz und Metall	34,59	34,43	32,80	31,44	-	4,15
103	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	18,14	18,23	17,85	15,99	-	10,38
104	BG der Bauwirtschaft	53,64	53,07	52,03	49,83	-	4,24
105	BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	33,33	31,87	33,47	31,58	-	5,67
106	BG Handel und Warenlogistik	23,08	23,29	23,58	22,17	-	5,99
107	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	42,97	43,89	43,12	39,00	-	9,56
108	Verwaltungs-BG	12,00	18,04	14,22	11,44	-	19,58
109	BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	15,68	14,95	15,68	13,85	-	11,65
<b>UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)</b>		<b>14,00</b>	<b>12,72</b>	<b>9,52</b>	<b>7,20</b>	-	<b>24,34</b>
<b>Insgesamt</b>		<b>21,16</b>	<b>23,10</b>	<b>20,97</b>	<b>18,45</b>	-	<b>12,02</b>
<b>Schüler-Unfallversicherung</b>							
Schulunfälle je 1.000 Schüler		69,26	66,17	66,86	39,09	-	41,53

Quelle: DGUV

Tabelle 1: Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter

		2017	2018	2019	2020	Veränderung von 2019 auf 2020 in %	
<b>UV in der gewerblichen Wirtschaft</b>		<b>14,24</b>	<b>15,97</b>	<b>15,16</b>	<b>13,95</b>	-	<b>8,00</b>
101	BG Rohstoffe und chemische Industrie	11,60	11,64	12,27	11,47	-	6,58
102	BG Holz und Metall	22,17	22,07	21,16	20,69	-	2,26
103	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	11,63	11,68	11,51	10,52	-	8,62
104	BG der Bauwirtschaft	34,39	34,02	33,57	32,78	-	2,35
105	BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	21,37	20,43	21,59	20,77	-	3,80
106	BG Handel und Warenlogistik	14,79	14,93	15,21	14,58	-	4,14
107	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	27,54	28,13	27,82	25,66	-	7,77
108	Verwaltungs-BG	7,69	11,56	9,18	7,53	-	17,99
109	BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	10,05	9,58	10,12	9,11	-	9,90
<b>UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)</b>		<b>8,97</b>	<b>8,15</b>	<b>6,14</b>	<b>4,74</b>	-	<b>22,85</b>
<b>Insgesamt</b>		<b>13,57</b>	<b>14,81</b>	<b>13,53</b>	<b>12,14</b>	-	<b>10,28</b>

Quelle: DGUV

Tabelle 2: Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden

Schülerinnen, entsprechend dem tatsächlichen Risiko gewichtet. Für das Berichtsjahr ergeben sich insgesamt 50.093.941 gewichtete Versicherungsverhältnisse (ohne Schülerunfallversicherung).

## 4.2 Meldepflichtige Arbeitsunfälle

Im gewerblichen und öffentlichen Bereich waren im Berichtsjahr 760.492 meldepflich-

tige Arbeitsunfälle zu verzeichnen; dies sind 12,7 Prozent weniger als im Vorjahr. Da die Zahl der Vollarbeiter gleichzeitig zurückging, ist das Risiko, einen Arbeitsunfall zu erleiden, je 1.000 Vollarbeiter von

20,97 im Vorjahr auf 18,45 im Jahr 2020 etwas weniger stark um 12,0 Prozent gesunken.

Die Zahl der geleisteten Arbeitsstunden ist im Vergleich zum Vorjahr stärker gesunken als die der Vollarbeiter, wodurch die Häufigkeit der meldepflichtigen Arbeitsunfälle je eine Million geleistete Arbeitsstunden nur um 10,3 Prozent gesunken ist. Diese Unfallquote betrug im Berichtsjahr 12,14, während sie im Vorjahr noch bei 13,53 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 eine Million geleistete Arbeitsstunden.

Die Quoten sind bei allen Berufsgenossenschaften und auch im öffentlichen Bereich gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen.

Die deutlichste Abnahme ist bei den Verwaltungstätigkeiten zu verzeichnen. Hier war es vermutlich häufiger möglich, von zu Hause aus zu arbeiten, als im verarbeitenden Gewerbe und der Bauwirtschaft, wo die Rückgänge unterdurchschnittlich ausfallen.

### 4.3 Meldepflichtige Wegeunfälle

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

Im Jahr 2020 ereigneten sich 152.823 meldepflichtige Wegeunfälle. Das entspricht gegenüber 2019 einer Abnahme um 18,1 Prozent. Bezogen auf 1.000 (gewichtete) Versicherungsverhältnisse (vgl. Abschnitt 4.1 „Unfallquoten“) gab es eine

Abnahme von 3,61 im Vorjahr auf 3,05 im Berichtsjahr um 15,4 Prozent.

### 4.4 Neue Arbeitsunfallrenten

Die Zahl der schweren Arbeitsunfälle, bei denen es erstmals zur Zahlung einer Rente oder eines Sterbegeldes gekommen ist, ist von 13.362 im Vorjahr um 1,0 Prozent auf 13.227 im Jahr 2020 zurückgegangen. Dabei hat ihre Häufigkeit je 1.000 Vollarbeiter von 0,322 auf 0,321 im Berichtsjahr um 0,2 Prozent abgenommen. Bezogen auf eine Million geleistete Arbeitsstunden ist ein Anstieg um 1,8 Prozent zu verzeichnen: von 0,207 im Jahr 2019 auf 0,211 im Berichtsjahr. Diese im Vergleich zu den Arbeitsunfällen widersprüchlich erscheinende Entwicklung lässt sich damit erklären, dass zwischen Unfallereignis und Feststellung einer Rente häufig ein längerer Zeitraum liegt. So lag nur bei rund 8 Prozent der 2020 neu zuerkannten Renten das Unfallereignis im selben Jahr. Die Aufgliederung dieser beiden Unfallquoten nach den verschiedenen Bereichen der gesetzlichen Unfallversicherung für die vergangenen Jahre ist in den Tabellen 4 und 5 dargestellt.

Quelle: DGUV

		2017	2018	2019	2020	Veränderung von 2019 auf 2020 in %	
<b>UV in der gewerblichen Wirtschaft</b>		<b>3,83</b>	<b>3,66</b>	<b>3,58</b>	<b>3,07</b>	-	<b>14,3</b>
101	BG Rohstoffe und chemische Industrie	4,02	3,39	3,19	2,80	-	12,1
102	BG Holz und Metall	4,20	3,89	3,67	3,11	-	15,2
103	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	3,41	3,33	3,13	2,55	-	18,6
104	BG der Bauwirtschaft	3,09	2,87	2,81	2,56	-	9,0
105	BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	3,01	2,70	2,73	2,72	-	0,3
106	BG Handel und Warenlogistik	4,16	4,09	4,18	3,60	-	14,1
107	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	4,58	4,62	4,47	3,63	-	18,7
108	Verwaltungs-BG	3,50	3,34	3,25	2,52	-	22,5
109	BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	4,57	4,48	4,46	3,99	-	10,5
<b>UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)</b>		<b>4,01</b>	<b>3,54</b>	<b>3,76</b>	<b>2,95</b>	-	<b>21,5</b>
<b>Insgesamt</b>		<b>3,86</b>	<b>3,64</b>	<b>3,61</b>	<b>3,05</b>	-	<b>15,4</b>
<b>Schüler-Unfallversicherung</b>							
	Schulwegunfälle je 1.000 Schüler	6,25	6,22	6,18	4,06	-	34,3

Tabelle 3: Meldepflichtige Wegeunfälle je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse

		2017	2018	2019	2020	Veränderung von 2019 auf 2020 in %	
<b>UV in der gewerblichen Wirtschaft</b>		<b>0,349</b>	<b>0,388</b>	<b>0,365</b>	<b>0,368</b>	<b>+</b>	<b>0,8</b>
101	BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,392	0,375	0,368	0,370	+	0,5
102	BG Holz und Metall	0,440	0,426	0,435	0,431	-	0,9
103	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,360	0,330	0,316	0,336	+	6,4
104	BG der Bauwirtschaft	1,192	1,170	1,044	1,110	+	6,2
105	BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,385	0,350	0,312	0,389	+	24,6
106	BG Handel und Warenlogistik	0,321	0,307	0,337	0,323	-	4,4
107	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	0,819	0,808	0,735	0,730	-	0,7
108	Verwaltungs-BG	0,186	0,310	0,259	0,249	-	3,9
109	BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,180	0,164	0,183	0,173	-	5,4
<b>UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)</b>		<b>0,199</b>	<b>0,179</b>	<b>0,125</b>	<b>0,129</b>	<b>+</b>	<b>3,0</b>
<b>Insgesamt</b>		<b>0,330</b>	<b>0,357</b>	<b>0,322</b>	<b>0,321</b>	<b>-</b>	<b>0,2</b>
<b>Schüler-Unfallversicherung</b>							
Schulunfallrenten je 1.000 Schüler		0,026	0,034	0,033	0,034	+	5,2

Quelle: DGUV

Tabelle 4: Neue Arbeitsunfallrenten je 1.000 Vollarbeiter

		2017	2018	2019	2020	Veränderung von 2019 auf 2020 in %	
<b>UV in der gewerblichen Wirtschaft</b>		<b>0,224</b>	<b>0,249</b>	<b>0,235</b>	<b>0,242</b>	<b>+</b>	<b>2,8</b>
101	BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,251	0,240	0,237	0,243	+	2,5
102	BG Holz und Metall	0,282	0,273	0,281	0,284	+	1,1
103	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,231	0,211	0,204	0,221	+	8,5
104	BG der Bauwirtschaft	0,764	0,750	0,674	0,730	+	8,3
105	BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,247	0,224	0,201	0,256	+	27,1
106	BG Handel und Warenlogistik	0,206	0,197	0,218	0,212	-	2,5
107	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	0,525	0,518	0,474	0,480	+	1,3
108	Verwaltungs-BG	0,119	0,199	0,167	0,164	-	2,0
109	BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,116	0,105	0,118	0,114	-	3,6
<b>UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)</b>		<b>0,127</b>	<b>0,115</b>	<b>0,081</b>	<b>0,085</b>	<b>+</b>	<b>5,0</b>
<b>Insgesamt</b>		<b>0,212</b>	<b>0,229</b>	<b>0,207</b>	<b>0,211</b>	<b>+</b>	<b>1,8</b>

Quelle: DGUV

Tabelle 5: Neue Arbeitsunfallrenten je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden

## 4.5 Neue Wegeunfallrenten

Die Zahl der neuen Wegeunfallrenten ist von 4.626 im Jahr 2019 auf 4.413 im Be-

richtsjahr um 4,6 Prozent gesunken. Dabei ist das Unfallrisiko je 1.000 (gewichtete) Versicherungsverhältnisse um 1,4 Prozent von 0,089 auf 0,088 gesunken. Tabelle 6

zeigt die Veränderungen der Quote gegenüber dem Vorjahr in den verschiedenen Bereichen.

Quelle: DGUV

		2017	2018	2019	2020	Veränderung von 2019 auf 2020 in %	
<b>UV in der gewerblichen Wirtschaft</b>		<b>0,093</b>	<b>0,089</b>	<b>0,091</b>	<b>0,090</b>	-	<b>2,0</b>
101	BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,129	0,096	0,092	0,112	+	22,0
102	BG Holz und Metall	0,117	0,101	0,105	0,105	-	0,3
103	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,105	0,106	0,098	0,095	-	3,1
104	BG der Bauwirtschaft	0,098	0,085	0,089	0,082	-	7,8
105	BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,075	0,073	0,067	0,078	+	15,9
106	BG Handel und Warenlogistik	0,096	0,090	0,097	0,097	-	0,1
107	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	0,101	0,103	0,094	0,084	-	11,1
108	Verwaltungs-BG	0,082	0,084	0,086	0,084	-	2,9
109	BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,085	0,084	0,093	0,084	-	10,6
<b>UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)</b>		<b>0,092</b>	<b>0,080</b>	<b>0,076</b>	<b>0,079</b>	+	<b>4,3</b>
<b>Insgesamt</b>		<b>0,093</b>	<b>0,088</b>	<b>0,089</b>	<b>0,088</b>	-	<b>1,4</b>
<b>Schüler-Unfallversicherung</b>							
Schulwegunfallrenten je 1.000 Schüler		0,012	0,012	0,013	0,014	+	11,1

Tabelle 6: Neue Wegeunfallrenten je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse

#### 4.6 Verhältnis von Unfallrenten zu meldepflichtigen Unfällen

Im Jahr 2020 kamen auf 1.000 meldepflichtige Arbeitsunfälle 17 neue Arbeitsunfallrenten, auf 1.000 meldepflichtige Wegeunfälle hingegen 29 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 gegenüber dem Vorjahr eine Abnahme um 98 Fälle auf 399 Todesfälle zu verzeichnen. Diese Abnahme geht zu einem großen Teil auf Todesfälle in den Jahren 2000 bis 2005 zurück, die bedingt durch den Abschluss von Strafprozessen erst 2019 in die Statistik aufgenommen werden konnten.<sup>[2]</sup> Die Zahl der tödlichen Wegeunfälle nahm um 71 Fälle auf 238 ab.

Während auf 1.000 neue Arbeitsunfallrenten 30 tödliche Arbeitsunfälle kamen, entfielen auf 1.000 neue Wegeunfallrenten mit

54 tödlichen Wegeunfällen deutlich mehr 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 763.048 meldepflichtige Schülerunfälle (Schul- und Schulwegunfälle). Die Pflicht zur Unfallanzeige besteht in der Schülerunfallversicherung 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 Schülerunfälle um 40,6 Prozent gesunken. Der Anteil der 71.764 meldepflichtigen Schulwegunfälle liegt bei 9,4 Prozent. Das Schülerunfallrisiko ist im Berichtsjahr ebenfalls erheblich gesunken (-40,9 Prozent). Die Rate liegt bei 43,2 Schülerunfällen je 1.000 versicherte Schülerinnen und Schüler.

Bei der Zahl der neuen Schülerunfallrenten ist eine Zunahme um 7,4 Prozent auf

insgesamt 859 erstmalige Entschädigungen zu verzeichnen. Der Anteil der neuen Schulwegunfallrenten liegt bei 29,1 Prozent. Das Risiko einer schweren Verletzung ist demnach bei Schulwegunfällen um ein Vielfaches höher als bei Schulunfällen. Auch bei den neuen Schülerunfallrenten fand das zugrunde liegende Unfallereignis nur in circa 12 Prozent der Fälle im Jahr 2020 statt.

Die Zahl der tödlichen Schülerunfälle sank um 17 Fälle auf 27. Der überwiegende Teil der tödlichen Schülerunfälle ereignete sich auf dem Schulweg. Im Jahr 2020 lag deren Anteil bei 88,9 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 Vierte Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vom 10. Juli 2017 (BGBl. I S. 2299) wurde die Liste mit Wirkung zum 1. August 2017 bisher letztmalig ergänzt<sup>[3]</sup>. 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 § 9 Abs. 1 SGB VII 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<sup>[4]</sup>: Zum Beispiel müssen Hauterkrankungen zusätzlich zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können; darüber hinaus muss das Tatbestandsmerkmal „schwere Krankheit oder wiederholte Rückfälligkeit“ erfüllt sein.

In der ehemaligen DDR galt ebenfalls ein gemischtes Berufskrankheitensystem. Auch wenn das Berufskrankheitenrecht der ehemaligen DDR seit dem 1. Januar 1992 nicht mehr gilt, 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 Berufskrankheitenliste der BKV, muss der Eintritt der Erkrankung vor dem 1. Januar 1992 gelegen haben und der zuständige Unfallversicherungsträger muss vor dem 1. Januar 1994 Kenntnis davon erlangt haben.

## 6.2 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit

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

Im Jahr 2020 sind bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand 106.491 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit eingegangen: Dies stellt gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg um 26.359 Fälle beziehungsweise um 32,9 Prozent dar. In der Schülerunfallversicherung sind Berufskrankheiten erwartungsgemäß seltene Ereignisse. Im Berichtsjahr wurden 102 BK-Verdachtsanzeigen registriert. Bei der Mehrzahl dieser Fälle handelt es sich um Haut-, Infektions- und von Tieren übertragbare Krankheiten.

Die Aufschlüsselung der Verdachtsanzeigen der vergangenen Jahre nach Krankheitsgruppen in Tabelle 7 erlaubt eine differenzierte Betrachtung:



**Allein zur BK 3101, unter die auch Anzeigen im Zusammenhang mit COVID-19 fallen, wurden 33.614 Verdachtsanzeigen gemeldet.“**

Abweichend von den Vorjahren stellt die Gruppe mit den Infektionskrankheiten mit 34.131 Anzeigen den größten Anteil. Allein zur BK 3101, unter die auch Anzeigen im Zusammenhang mit COVID-19<sup>[5]</sup> fallen, wurden 33.614 Verdachtsanzeigen gemeldet. Die zweitgrößte Gruppe sind die Hautkrankheiten. Die Zahl dieser Verdachtsanzeigen hat in den vergangenen Jahren durch die seit 2015 mögliche Anerkennung von Hautkrebs durch natürliche UV-Strahlung als Berufskrankheit deutlich zugenommen. Für die hohe Zahl bei diesen Anzeigen spielt es ebenfalls eine Rolle, dass 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 Verdachtsanzeigen aufgrund von Lärmeinwirkung liegen mit 13.096 Anzeigen an dritter Stelle. Die viertgrößte Gruppe bilden die 12.790 Anzeigen auf Verdacht einer Erkrankung aufgrund anorganischer Stäube.

## 6.3 Entschiedene Fälle

Die durch Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit ausgelösten Feststellungsverfahren führen zu einer der nachfolgend beschriebenen versicherungsrechtlichen Entscheidungen: Sind alle Voraussetzungen für das Vorliegen einer Berufskrankheit – wie in Abschnitt 6.1 beschrie-

Quelle: DGUV

(Unter-) Gruppe	Bezeichnung	2017	2018	2019	2020	Veränderung von 2019 auf 2020			
						absolut	in % <sup>[1]</sup>		
<b>1</b>	<b>Chemische Einwirkungen</b>	<b>4.281</b>	<b>4.742</b>	<b>5.333</b>	<b>6.061</b>	<b>+</b>	<b>728</b>	<b>+</b>	<b>13,7</b>
11	Metalle und Metalloide	348	339	386	374	-	12	-	3,1
12	Erstickungsgase	35	59	78	29	-	49	-	62,8
13	Lösungsmittel, Pestizide und sonst. chem. Stoffe	3.898	4.344	4.869	5.658	+	789	+	16,2
<b>2</b>	<b>Physikalische Einwirkungen</b>	<b>23.727</b>	<b>24.597</b>	<b>26.577</b>	<b>23.802</b>	<b>-</b>	<b>2.775</b>	<b>-</b>	<b>10,4</b>
21	Mechanische Einwirkungen	10.909	10.744	11.478	10.310	-	1.168	-	10,2
22	Druckluft	2	3	2	-	-	2		x
23	Lärm	12.499	13.497	14.731	13.096	-	1.635	-	11,1
24	Strahlen	317	353	366	396	+	30	+	8,2
<b>3</b>	<b>Infektionserreger, Parasiten, Tropenkrankheiten</b>	<b>2.958</b>	<b>2.726</b>	<b>2.828</b>	<b>34.131</b>	<b>+</b>	<b>31.303</b>	<b>+</b>	<b>1106,9</b>
<b>4</b>	<b>Atemwege, Lungen, Rippenfell, Bauchfell, Eierstöcke</b>	<b>15.390</b>	<b>15.830</b>	<b>16.599</b>	<b>15.679</b>	<b>-</b>	<b>920</b>	<b>-</b>	<b>5,5</b>
41	Anorganische Stäube	12.303	12.617	13.198	12.790	-	408	-	3,1
42	Organische Stäube	239	262	235	229	-	6	-	2,6
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	2.848	2.951	3.166	2.660	-	506	-	16,0
<b>5</b>	<b>Hautkrankheiten</b>	<b>27.695</b>	<b>28.935</b>	<b>27.772</b>	<b>25.785</b>	<b>-</b>	<b>1.987</b>	<b>-</b>	<b>7,2</b>
<b>6</b>	<b>Augenzittern der Bergleute</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>5</b>	<b>+</b>	<b>5</b>		<b>x</b>
	<b>Sonstige Anzeigen</b>	<b>1.135</b>	<b>1.044</b>	<b>1.023</b>	<b>1.028</b>	<b>+</b>	<b>5</b>	<b>+</b>	<b>0,5</b>
	<b>Insgesamt</b>	<b>75.187</b>	<b>77.877</b>	<b>80.132</b>	<b>106.491</b>	<b>+</b>	<b>26.359</b>	<b>+</b>	<b>32,9</b>

Tabelle 7: Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit nach Krankheitsgruppen

[1] Prozent nur bei Fallzahl > 10

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

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

In Tabelle 8 wird ein zahlenmäßiger Überblick über alle in den vergangenen zehn Jahren im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand entschiedenen Fälle gegeben. Auch hier

sind die wenigen Fälle aus dem Bereich der Schülerunfallversicherung enthalten. Im Berichtsjahr wurden insgesamt 101.206 Feststellungsverfahren abgeschlossen. Dabei wurde in 52.956 Fällen – und damit zu 52,3 Prozent – der Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit bestätigt. Unter diesen bestätigten Fällen waren 37.181 anerkannte Berufskrankheiten im engeren Sinn. In den übrigen 15.775 bestätigten Fällen – überwiegend Hauterkrankungen – waren die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt.

Bei 5.056 Fällen wurde eine Rente, Abfindung oder Sterbegeld gezahlt (neue Berufskrankheitenrenten). In 48.250 Fällen musste eine Ablehnung erfolgen.

In Tabelle 9 sind die entschiedenen Fälle des Berichtsjahres nicht nur nach Art der versicherungsrechtlichen Entscheidung, sondern zusätzlich nach Krankheits-

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Veränderung von 2019 auf 2020			
											absolut		%	
<b>BK-Verdacht bestätigt</b>	<b>34.573</b>	<b>35.293</b>	<b>36.202</b>	<b>36.754</b>	<b>37.149</b>	<b>40.056</b>	<b>38.080</b>	<b>38.005</b>	<b>35.264</b>	<b>52.956</b>	+	<b>17.692</b>	+	<b>50,2</b>
davon:	15.262	15.291	15.656	16.112	16.802	20.539	19.794	19.748	18.156	37.181	+	19.025	+	104,8
• anerkannte Berufskrankheiten														
• berufliche Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt	19.311	20.002	20.546	20.642	20.347	19.517	18.286	18.257	17.108	15.775	-	1.333	-	7,8
<b>BK-Verdacht nicht bestätigt</b>	<b>37.165</b>	<b>36.096</b>	<b>36.725</b>	<b>38.425</b>	<b>38.941</b>	<b>39.973</b>	<b>39.250</b>	<b>40.379</b>	<b>42.970</b>	<b>48.250</b>	+	<b>5.280</b>	+	<b>12,3</b>
<b>Entschiedene Fälle insgesamt</b>	<b>71.738</b>	<b>71.389</b>	<b>72.927</b>	<b>75.179</b>	<b>76.090</b>	<b>80.029</b>	<b>77.330</b>	<b>78.384</b>	<b>78.234</b>	<b>101.206</b>	+	<b>28.257</b>	+	<b>36,1</b>
<b>Neue BK-Renten</b>	<b>5.407</b>	<b>4.924</b>	<b>4.815</b>	<b>5.155</b>	<b>5.049</b>	<b>5.365</b>	<b>4.956</b>	<b>4.813</b>	<b>4.667</b>	<b>5.056</b>	+	<b>389</b>	+	<b>8,3</b>

Tabelle 8: Entschiedene Fälle

gruppen aufgliedert. Es wird unter anderem deutlich, dass es besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nur bei bestimmten Berufskrankheiten gab. 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, dem Wiederaufleben 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 2020 wurden von den Unfallversicherungsträgern insgesamt 2.610 Über-

gangsleistungen gewährt, davon 2.468 im Bereich der gewerblichen Wirtschaft. Ihre Verteilung nach Krankheitsgruppen und Unfallversicherungsträgern weist deutliche Schwerpunkte auf: Mit 1.103 Fällen sind 42,3 Prozent durch Hautkrankheiten begründet, die überwiegend bei den Berufsgenossenschaften Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Holz und Metall (BGHM) sowie Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) zu finden sind. In weiteren 855 Fällen (32,8 Prozent) handelt es sich um obstruktive Atemwegserkrankungen, die zu 58,2 Prozent auf die BGN entfallen. Weitere 552 Übergangsleistungen (21,1 Prozent) wurden aufgrund von Erkrankungen durch mechanische Einwirkungen erbracht. Es verbleiben 100 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 Sozial-

versicherung der ehemaligen DDR übernommen. Damit war der Rentenbestand im Jahre 1991 um rund ein Drittel angestiegen. Ende 2020 belief er sich auf 746.569 Renten, was einem Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 1,8 Prozent entspricht.

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

- 658.337 Renten (88 Prozent) stammen aus dem Bereich der gewerblichen Wirtschaft.
- 68.987 Renten (9 Prozent) stammen aus dem Bereich der öffentlichen Hand.
- 19.245 Renten (3 Prozent) stammen aus dem Bereich der Schüler-Unfallversicherung.
- 635.580 Renten (85 Prozent) laufen aufgrund von Unfällen.
- 110.989 Renten (15 Prozent) laufen aufgrund von Berufskrankheiten.
- 648.718 Renten (87 Prozent) werden an Verletzte und Erkrankte gezahlt.
- 97.851 Renten (13 Prozent) werden an Hinterbliebene gezahlt.

Quelle: DGUV

(Unter-) Gruppe	Bezeichnung	Entschiedene Fälle					neue BK-Renten
		BK-Verdacht bestätigt			BK-Verdacht nicht bestätigt	Insgesamt (Sp. 3, 4)	
		anerkannte Berufskrankheiten	berufl. Verursachung best., vers.-rechtl. Voraus. fehlen	Insgesamt (Sp. 1, 2)			
		1	2	3	4	5	
<b>1</b>	<b>Chemische Einwirkungen</b>	<b>658</b>	<b>5</b>	<b>663</b>	<b>5.461</b>	<b>6.124</b>	<b>600</b>
11	Metalle und Metalloide	34	-	34	360	394	28
12	Erstickungsgase	7	-	7	22	29	-
13	Lösungsmittel, Pestizide und sonst. chem. Stoffe	617	5	622	5.079	5.701	572
<b>2</b>	<b>Physikalische Einwirkungen</b>	<b>8.580</b>	<b>148</b>	<b>8.728</b>	<b>16.319</b>	<b>25.047</b>	<b>749</b>
21	Mechanische Einwirkungen	1.150	148	1.298	9.165	10.463	546
22	Druckluft	1	-	1	5	6	-
23	Lärm	7.414	-	7.414	6.754	14.168	191
24	Strahlen	15	-	15	395	410	12
<b>3</b>	<b>Infektionserreger, Parasiten, Tropenkrankheiten</b>	<b>19.253</b>	<b>-</b>	<b>19.253</b>	<b>5.877</b>	<b>25.130</b>	<b>46</b>
<b>4</b>	<b>Atemwege, Lungen, Rippenfell, Bauchfell, Eierstöcke</b>	<b>4.226</b>	<b>206</b>	<b>4.432</b>	<b>12.919</b>	<b>17.351</b>	<b>2.714</b>
41	Anorganische Stäube	3.742	-	3.742	10.199	13.941	2.418
42	Organische Stäube	71	-	71	173	244	68
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	413	206	619	2.547	3.166	228
<b>5</b>	<b>Hautkrankheiten</b>	<b>4.461</b>	<b>15.416</b>	<b>19.877</b>	<b>6.735</b>	<b>26.612</b>	<b>933</b>
<b>6</b>	<b>Augenzittern der Bergleute</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>
	<b>Fälle gemäß DDR-BKVO-Liste</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>-</b>
	<b>Sonstige Krankheiten</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>908</b>	<b>911</b>	<b>14</b>
	<b>Insgesamt</b>	<b>37.181</b>	<b>15.775</b>	<b>52.956</b>	<b>48.250</b>	<b>101.206</b>	<b>5.056</b>

Tabelle 9: Entschiedene Fälle 2020 nach Krankheitsgruppen

## 8.0 Entschädigungsleistungen

In diesem Abschnitt werden summarisch alle Entschädigungsleistungen einschließlich der Aufwendungen im Rahmen der Schülerunfallversicherung dargestellt, die Unfallversicherungsträger im Bereich der gewerblichen Wirtschaft und der öffentlichen Hand im Jahr 2020 für ihre Versicherten erbracht haben. Als Entschädigungsleistungen gelten die Dienst-, Sach- und Barleistungen nach Eintritt des Versiche-

rungsfalles 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 2020 auf 11,200 Milliarden Euro. Das waren 76 Millionen Euro beziehungsweise 0,7 Prozent mehr als im Vorjahr. Darunter entfielen 4,874 Milliarden Euro auf Heil-

behandlung, 165 Millionen Euro auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und 6,044 Milliarden Euro auf Renten, Abfindungen und Beihilfen.

### 8.1 Heilbehandlung

2020 lagen die gesamten Aufwendungen für Heilbehandlung einschließlich medizinischer Rehabilitation, Geldleistungen, Pflege und ergänzender Leistungen in Höhe von 4,874 Milliarden Euro um

	2017	2018	2019	2020	Veränderung von 2019 auf 2020 in %	
Ambulante Heilbehandlung	1.543.751.424	1.623.355.369	1.748.360.267	1.711.437.793	-	2,1
Zahnersatz	14.805.235	14.285.286	15.145.982	14.615.096	-	3,5
<b>Ambulante Heilbehandlung und Zahnersatz zusammen</b>	<b>1.558.556.658</b>	<b>1.637.640.655</b>	<b>1.763.506.249</b>	<b>1.726.052.889</b>	-	<b>2,1</b>
Stationäre Behandlung	1.180.433.499	1.191.518.535	1.258.458.223	1.223.691.920	-	2,8
Häusliche Krankenpflege	12.523.986	12.656.519	13.022.321	14.157.673	+	8,7
<b>Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege zusammen</b>	<b>1.192.957.485</b>	<b>1.204.175.054</b>	<b>1.271.480.545</b>	<b>1.237.849.593</b>	-	<b>2,6</b>
Verletztengeld	735.071.033	763.567.203	825.246.864	839.785.994	+	1,8
Besondere Unterstützung	1.831.787	1.943.022	2.156.538	2.103.417	-	2,5
<b>Verletztengeld und besondere Unterstützung zusammen</b>	<b>736.902.820</b>	<b>765.510.226</b>	<b>827.403.402</b>	<b>841.889.411</b>	+	<b>1,8</b>
Gewährung der Pflege	201.600.052	214.852.623	229.143.249	246.969.525	+	7,8
Pflegegeld	121.807.119	125.937.027	131.822.341	138.422.633	+	5,0
Entschädigung für Wäsche- und Kleiderverschleiß	18.143.637	18.604.814	19.406.608	20.124.960	+	3,7
Übrige Heilbehandlungskosten	1.037.446	1.072.941	1.206.401	1.209.709	+	0,3
Sozialversicherungsbeiträge bei Verletztengeld	259.733.904	271.528.558	294.918.559	305.658.016	+	3,6
Reisekosten bei Heilbehandlung und Pflege	263.505.642	282.347.483	302.962.611	290.284.104	-	4,2
Haushaltshilfe und Kinderbetreuung	6.252.252	6.670.770	7.059.940	6.810.044	-	3,5
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	53.576.179	51.930.390	56.941.166	55.539.763	-	2,5
Verletztengeld bei Unfall des Kindes	2.723.021	2.826.110	3.120.644	2.822.929	-	9,5
<b>Sonstige Heilbehandlungskosten zusammen</b>	<b>928.379.252</b>	<b>975.770.716</b>	<b>1.046.581.519</b>	<b>1.067.841.683</b>	+	<b>2,0</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>4.416.796.216</b>	<b>4.583.096.651</b>	<b>4.908.971.715</b>	<b>4.873.633.576</b>	-	<b>0,7</b>

Tabelle 10: Aufwendungen für Heilbehandlung in Euro

0,7 Prozent beziehungsweise um 35 Millionen Euro unter denen des Vorjahres. Ihre detaillierte Aufgliederung in Tabelle 10 zeigt, dass die Kostensenkung auf die Entwicklung bei der ambulanten Heilbehandlung und der stationären Behandlung zurückzuführen ist. Hier gab es vor der Pandemie noch jährliche Zuwächse von durchschnittlich mehr als 5 Prozent.

## 8.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Im Berichtsjahr betragen diese Aufwendungen 165 Millionen Euro. Sie waren damit ebenfalls etwas niedriger als im Vorjahr. In Tabelle 11 sind sie nach den verschiedenen Teilbereichen aufgeschlüsselt. Mit 82 Millionen Euro wurde weiterhin

etwa die Hälfte aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Sachleistungen aufgewendet. Auf Übergangsgeld entfielen mit 39 Millionen Euro weitere 23,4 Prozent der Kosten.

## 8.3 Renten, Beihilfen und Abfindungen

Die gesamten Aufwendungen dieser Art in Höhe von 6,044 Milliarden Euro weisen 2020 gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg um 1,9 Prozent auf; sie sind in Tabelle 12 näher aufgeschlüsselt. Mit 5,928 Milliarden Euro wurden 98,1 Prozent davon für Renten an Verletzte, Erkrankte und Hinterbliebene ausgegeben, wobei 4,420 Milliarden Euro auf Versichertenrenten entfielen und 1,442 Milliarden Euro auf Hinterbliebenen-

renten. Weitaus kleinere Beträge wurden für Beihilfen an Hinterbliebene und für Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene aufgewendet.

## 9.0 Steuerungskosten für Prävention

Die Unfallversicherungsträger haben gemäß § 15 SGB VII den gesetzlichen Auftrag, Unfallverhütungsvorschriften zu erlassen, zu deren Einhaltung die Unternehmen beziehungsweise Einrichtungen in ihrem Zuständigkeitsbereich verpflichtet sind. Die Unfallversicherungsträger tragen die Steuerungskosten, die bei der Einleitung von Präventionsmaßnahmen anfallen. Dagegen werden die Durchführungskosten, deren Umfang statistisch nicht erfasst wird,

Quelle: DGUV

	2017	2018	2019	2020	Veränderung von 2019 auf 2020 in %	
Sachleistungen	88.651.629	87.528.321	85.074.955	82.216.935	-	3,4
Übergangsgeld	43.221.248	39.762.929	37.853.995	38.689.110	+	2,2
Sonstige Barleistungen	269.362	474.535	333.481	267.012	-	19,9
Sozialversicherungsbeiträge bei Übergangsgeld	23.722.479	21.811.398	21.166.772	22.497.057	+	6,3
Reisekosten	6.874.610	6.267.049	5.572.807	4.516.653	-	19,0
Haushaltshilfe	214.267	512.092	219.665	199.189	-	9,3
Sonstige ergänzende Leistungen	5.300.880	4.397.490	4.709.797	5.196.095	+	10,3
Übergangsleistungen	13.639.910	12.449.085	11.686.962	11.712.677	+	0,2
<b>Insgesamt</b>	<b>181.894.385</b>	<b>173.202.901</b>	<b>166.618.434</b>	<b>165.294.728</b>	-	<b>0,8</b>

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

die jedoch mit Sicherheit um ein Vielfaches höher liegen, von den Unternehmen und Einrichtungen getragen.

2020 haben die Unfallversicherungsträger 1,230 Milliarden Euro für Prävention, arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste sowie Erste Hilfe ausgegeben. Diese Aufwendungen lagen um 4,3 Prozent unter denen des Vorjahres. Fast drei Fünftel der Ausgaben entfielen 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, wurde deutlich weniger als im Vorjahr aufgewendet, da viele Veranstaltungen pandemiebedingt nicht stattfinden konnten. Die nähere Aufgliederung der übrigen Kosten der Prävention ist in Tabelle 13 zu finden.

### 10.0 Aufbringung der Mittel

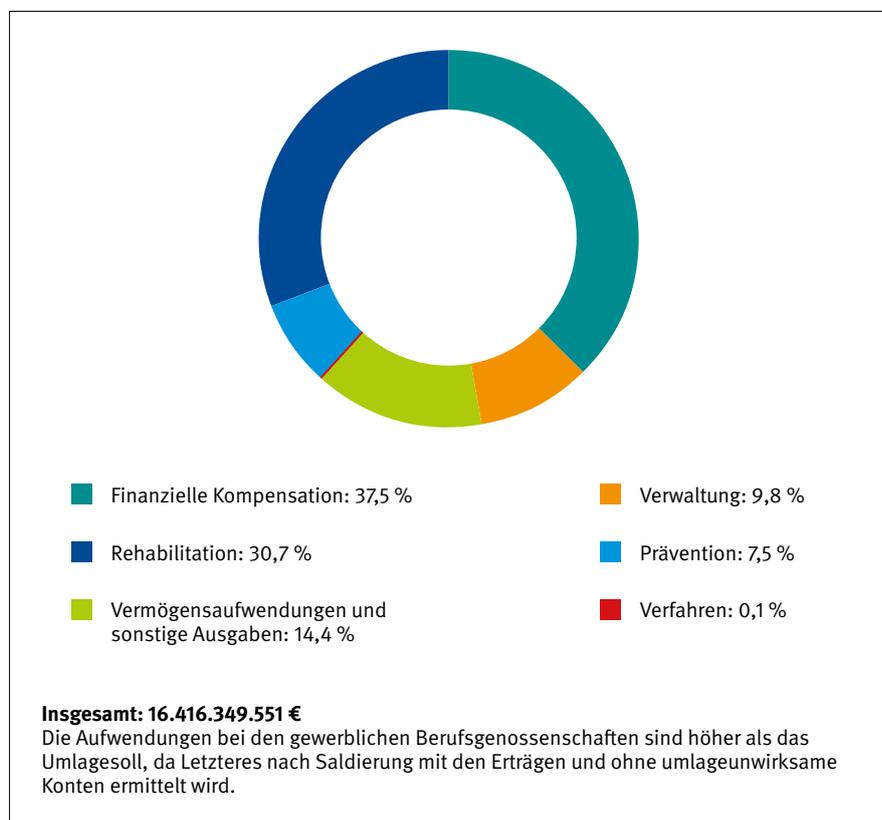
Die Aufwendungen der Unfallversicherungsträger im aktuellen Berichtsjahr sind in Grafik 2 anteilig dargestellt.

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.

### 10.1 Aufbringung der Mittel und Beitragssatz der BGen

Das Umlagesoll für 2020 beläuft sich auf 12,168 Milliarden Euro und ist damit um 228 Millionen Euro beziehungsweise um 1,8 Prozent niedriger als der Vorjahres-

wert. Das beitragspflichtige Entgelt ist um 2,0 Prozent auf 1.066,6 Milliarden Euro gesunken. Damit konnte der durchschnittliche Beitragssatz konstant bei 1,14 Prozent gehalten werden. Das ist wie im Vorjahr der zweitniedrigste Wert seit dem Beginn der Erhebung dieser Daten.



Quelle: DGUV / Grafik: kleonstudio.com

Abbildung 2: Darstellung der 2020 erbrachten Aufwendungen

	2017	2018	2019	2020	Veränderung von 2019 auf 2020 in %	
<b>Renten an Versicherte</b>	<b>4.194.113.521</b>	<b>4.255.741.774</b>	<b>4.326.860.218</b>	<b>4.420.424.918</b>	<b>+</b>	<b>2,2</b>
Witwen/Witwer nach § 65 Abs. 2 Nr. 2 SGB VII	4.183.420	3.736.616	3.376.957	3.015.102	-	10,7
Witwen/Witwer nach § 65 Abs. 2 Nr. 3 SGB VII	1.369.075.374	1.381.672.179	1.402.466.413	1.422.968.346	+	1,5
Rente im Sterbevierteljahr nach § 65 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII	15.126.034	14.906.347	14.806.922	15.802.320	+	6,7
<b>Witwen/Witwer zusammen</b>	<b>1.388.384.827</b>	<b>1.400.315.142</b>	<b>1.420.650.292</b>	<b>1.441.785.768</b>	<b>+</b>	<b>1,5</b>
<b>Waisen</b>	<b>71.898.827</b>	<b>69.309.410</b>	<b>67.066.345</b>	<b>65.803.449</b>	<b>-</b>	<b>1,9</b>
<b>Sonstige Berechtigte</b>	<b>143.128</b>	<b>159.359</b>	<b>129.007</b>	<b>157.617</b>	<b>+</b>	<b>22,2</b>
<b>Renten zusammen</b>	<b>5.654.540.304</b>	<b>5.725.525.685</b>	<b>5.814.705.862</b>	<b>5.928.171.752</b>	<b>+</b>	<b>2,0</b>
<b>Beihilfen nach § 71 SGB VII an</b>						
Witwen/Witwer einmalig	16.278.050	16.278.216	17.166.118	17.292.034	+	0,7
Witwen/Witwer laufend	1.991.981	2.090.697	2.047.183	1.969.968	-	3,8
<b>Witwen/Witwer zusammen</b>	<b>18.270.031</b>	<b>18.368.913</b>	<b>19.213.302</b>	<b>19.262.002</b>	<b>+</b>	<b>0,3</b>
<b>Waisen</b>	<b>41.433</b>	<b>56.383</b>	<b>-</b>	<b>582</b>		<b>x</b>
<b>Beihilfen zusammen</b>	<b>18.311.464</b>	<b>18.425.296</b>	<b>19.213.302</b>	<b>19.262.584</b>	<b>+</b>	<b>0,3</b>
<b>Abfindungen an</b>						
Versicherte <sup>[1]</sup>	84.925.052	81.330.178	95.797.875	95.622.675	-	0,2
Hinterbliebene	889.228	675.479	824.440	652.753	-	20,8
<b>Abfindungen zusammen</b>	<b>85.814.280</b>	<b>82.005.657</b>	<b>96.622.316</b>	<b>96.275.428</b>	<b>-</b>	<b>0,4</b>
<b>Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen</b>	<b>109.073</b>	<b>24.945</b>	<b>31.294</b>	<b>31.756</b>	<b>+</b>	<b>1,5</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>5.758.775.122</b>	<b>5.825.981.582</b>	<b>5.930.572.774</b>	<b>6.043.741.520</b>	<b>+</b>	<b>1,9</b>

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

[1] inkl. Gesamtvergütungen

	2017	2018	2019	2020	Veränderung von 2019 auf 2020 in %	
Herstellung von Unfallverhütungsvorschriften	1.731.350	1.688.794	1.609.726	1.353.349	-	15,9
Personal- und Sachkosten der Prävention	672.946.189	688.043.388	724.584.869	726.278.827	+	0,2
Aus- und Fortbildung (§ 23 SGB VII)	140.114.233	138.451.940	138.294.006	103.882.422	-	24,9
Zahlungen an Verbände für Prävention	125.644.316	130.863.410	136.184.448	138.644.423	+	1,8
Arbeitsmedizinische Dienste	48.175.953	47.233.569	45.621.639	37.617.453	-	17,5
Sicherheitstechnische Dienste	29.250.156	29.241.166	28.164.228	26.792.740	-	4,9
Sonstige Kosten der Prävention	114.594.057	123.251.665	141.191.773	140.135.848	-	0,7
Erste Hilfe (§ 23 Abs. 2 SGB VII)	65.213.276	64.778.394	69.440.232	54.975.158	-	20,8
<b>Insgesamt</b>	<b>1.197.669.530</b>	<b>1.223.552.327</b>	<b>1.285.090.922</b>	<b>1.229.680.221</b>	<b>-</b>	<b>4,3</b>

Tabelle 13: Steuerungskosten für Prävention in Euro

Quelle: DGUV

Ktgr.	Umlagewirksame Aufwendungen	€
<b>Kontenklasse 4</b>		
40	Ambulante Heilbehandlung	1.390.509.438
45	Zahnersatz	8.067.729
46	Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege	1.039.627.585
47	Verletztengeld und besondere Unterstützung	753.579.656
48	Sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen	879.046.302
49	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	145.950.440
	<b>Insgesamt</b>	<b>4.216.781.149</b>
<b>Kontenklasse 5</b>		
50	Renten an Versicherte und Hinterbliebene	5.278.289.965
51	Beihilfen an Hinterbliebene	17.521.799
52	Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene	89.238.023
53	Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	4.732
56	Mehrleistungen und Aufwendersersatz	58.829
57	Sterbegeld und Überführungskosten	17.330.810
58	Leistungen im Rahmen von Unfalluntersuchungen	72.014.886
59	Prävention	1.099.356.700
	<b>Insgesamt</b>	<b>6.573.815.744</b>
<b>Kontenklasse 6 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 60/61)</b>		
62	Zuschreibungen und sonstige Aufwendungen	-
63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	5.762.943
64	Beitragsausfälle	427.724.913
65	Beitragsnachlässe	384.847.320
66	Verluste durch Wertminderung der Aktiva und Wertsteigerung der Passiva	-
67	Zuführungen zu den Vermögen	653.336.078
69	Sonstige Aufwendungen	927.584.036
	<b>Insgesamt</b>	<b>2.399.255.290</b>
<b>Kontenklasse 7</b>		
70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	756.049.870
71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	164.244.980
72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	52.595.408
73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	174.965.728
74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	1.805.073
75	Vergütungen an andere für Verwaltungsarbeiten	216.308.667
76	Kosten der Rechtsverfolgung	10.888.391
77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	2.960.248
78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	1.870.793
79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	-
	<b>Insgesamt</b>	<b>1.381.689.157</b>
	<b>Summe der umlagewirksamen Aufwendungen</b>	<b>14.571.541.341</b>

Ktgr.	Umlagewirksame Erträge	€
<b>Kontenklasse 2</b>		
21	Sonstige Beitragseingänge	636.643.375
22	Säumniszuschläge, Stundungszinsen	21.268.807
	<b>Insgesamt</b>	<b>657.912.183</b>
<b>Kontenklasse 3 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 30/31)</b>		
32	Umlagewirksame Vermögenserträge aus den Betriebsmitteln	1.400.591
33	Vermögenserträge	-
34	Gewinne der Aktiva	-
35	Einnahmen aus Ersatzansprüchen	417.749.703
36	Geldbußen und Zwangsgelder	2.396.719
37	Entnahmen aus den Vermögen	495.089.104
38	Einnahmen aus öffentlichen Mitteln	2.118.782
39	Sonstige Einnahmen	826.447.336
	<b>Insgesamt</b>	<b>1.745.202.235</b>
	<b>Summe der umlagewirksamen Erträge</b>	<b>2.403.114.418</b>

<b>Ermittlung des Umlagesolls:</b>	
umlagewirksame Aufwendungen	14.571.541.341
abzüglich umlagewirksamer Erträge	2.403.114.418
<b>Umlagesoll * (Überschuss der Aufwendungen)</b>	<b>12.168.426.922</b>

Tabelle 14: Gewerbliche Berufsgenossenschaften – Zusammenfassende Abschlussübersicht für das Jahr 2020: Ermittlung des Umlagesolls

\* BG HM: ohne Berücksichtigung der Auslandsunfallversicherung

Ktgr.	Umlagewirksame Aufwendungen	€	Ktgr.	Umlagewirksame Erträge	€
<b>Kontenklasse 4</b>			<b>Kontenklasse 2</b>		
40	Ambulante Heilbehandlung	320.928.355	20	Umlagebeiträge der Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbände	1.740.971.914
45	Zahnersatz	6.547.367	21	Sonstige Beitragseingänge	46.846.127
46	Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege	198.222.009	22	Säumniszuschläge, Stundungszinsen	278.375
47	Verletztengeld und besondere Unterstützung	88.309.756		<b>Insgesamt</b>	<b>1.788.096.416</b>
48	Sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen	188.795.381	<b>Kontenklasse 3 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 30/31)</b>		
49	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	19.344.288	32	Umlagewirksame Vermögenserträge aus den Betriebsmitteln	228.756
	<b>Insgesamt</b>	<b>822.147.155</b>	33	Vermögenserträge	-
<b>Kontenklasse 5</b>			34	Gewinne der Aktiva	-
50	Renten an Versicherte und Hinterbliebene	649.881.787	35	Einnahmen aus Ersatzansprüchen	89.359.893
51	Beihilfen an Hinterbliebene	1.740.785	36	Geldbußen und Zwangsgelder	-
52	Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene	7.037.405	37	Entnahmen aus den Vermögen	27.948.862
53	Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	27.024	38	Einnahmen aus öffentlichen Mitteln	135.868.436
56	Mehrleistungen und Aufwendungsersatz	17.869.188	39	Sonstige Einnahmen	4.465.727
57	Sterbegeld und Überführungskosten	1.168.425		<b>Insgesamt</b>	<b>257.871.674</b>
58	Leistungen im Rahmen von Unfalluntersuchungen	9.351.655	<b>Summe der umlagewirksamen Erträge</b>		
59	Prävention	130.323.521			<b>2.045.968.090</b>
	<b>Insgesamt</b>	<b>817.399.789</b>	<b>Kontenklasse 6 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 60/61)</b>		
62	Zuschreibungen und sonstige Aufwendungen	-	62	Zuschreibungen und sonstige Aufwendungen	-
63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	567.240	63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	567.240
64	Beitragsausfälle	884.094	64	Beitragsausfälle	884.094
65	Beitragsnachlässe	926.532	65	Beitragsnachlässe	926.532
66	Verluste durch Wertminderung der Aktiva und Wertsteigerung der Passiva	-	66	Verluste durch Wertminderung der Aktiva und Wertsteigerung der Passiva	-
67	Zuführungen zu den Vermögen	136.625.179	67	Zuführungen zu den Vermögen	136.625.179
69	Sonstige Aufwendungen	21.653.828	69	Sonstige Aufwendungen	21.653.828
	<b>Insgesamt</b>	<b>160.656.872</b>		<b>Insgesamt</b>	<b>160.656.872</b>
<b>Kontenklasse 7</b>			<b>Kontenklasse 7</b>		
70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	155.909.362	70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	155.909.362
71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	13.374.547	71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	13.374.547
72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	10.010.943	72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	10.010.943
73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	32.307.556	73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	32.307.556
74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	738.606	74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	738.606
75	Vergütungen an andere für Verwaltungsarbeiten	30.610.518	75	Vergütungen an andere für Verwaltungsarbeiten	30.610.518
76	Kosten der Rechtsverfolgung	1.570.313	76	Kosten der Rechtsverfolgung	1.570.313
77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	78.430	77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	78.430
78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	215.128	78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	215.128
79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	948.870	79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	948.870
	<b>Insgesamt</b>	<b>245.764.274</b>		<b>Insgesamt</b>	<b>245.764.274</b>
	<b>Summe der umlagewirksamen Aufwendungen</b>	<b>2.045.968.090</b>			
	<b>Umlagebeitrag (Ktgr. 20)</b>	<b>1.740.971.914</b>			

Tabelle 15: Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand – Zusammenfassende Abschlussübersicht für das Jahr 2020: Umlagerechnung



## 2020 haben die Unfallversicherungsträger 1,230 Milliarden Euro für Prävention, arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste sowie Erste Hilfe ausgegeben.“

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 mehr als 6 Prozent in den 1960er-Jahren auf 2,79 Prozent im Berichtsjahr 2020 gesunken.

Die Finanzmittel für die Durchführung der gesetzlichen Aufgaben der gewerblichen Berufsgenossenschaften werden nach Ablauf eines Geschäftsjahres nachträglich von den Unternehmerinnen und Unternehmern in der gewerblichen Wirtschaft im Umlageverfahren aufgebracht. Die Aufwendungen sind höher als das Umlagesoll, das 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 dargestellt in Tabelle 14, die als zusammenfassende Abschlussübersicht die gegliederte Darstellung aller umlagewirksamen Auf-

wendungen und Erträge sowie das daraus resultierende Umlagesoll enthält.

Der Anteil pro Unternehmer beziehungsweise Unternehmerin an diesem Umlagesoll richtet sich zunächst nach deren beitragspflichtigem Entgelt im Unternehmen. Darunter sind die Arbeitsentgelte der abhängig Beschäftigten sowie die Versicherungssummen der versicherten Unternehmerinnen und Unternehmer zu verstehen. Darüber hinaus erfolgt eine Einstufung des Unternehmens nach dem Gefahrtarif aufgrund der generellen Unfallgefahr in dem jeweiligen 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 Unternehmen einen wirtschaftlichen Anreiz, möglichst effektiv Unfälle zu verhüten.

### 10.2 Aufbringung der Mittel der UVT der öffentlichen Hand

Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand finanzieren sich in erster Linie aus Beiträgen der Kommunen, Landkreise, Länder und des Bundes. Die Beiträge werden dabei durch Haushaltsplanung errechnet. Die Höhe der Beiträge richtet

sich nach der Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner, der versicherten Personen oder den Arbeitsentgelten. Die zusammenfassende Abschlussübersicht der Aufwendungen und Erträge ist in Tabelle 15 synoptisch dargestellt. 

#### Fußnoten

[1] Die Statistiken der SVLFG sind nicht Gegenstand dieses Artikels.

[2] [www.vbg.de/DE/Header/2\\_Presse/5\\_Hintergrund/Rehabilitandenunfaelle/Rehabilitandenunfaelle\\_node.html](http://www.vbg.de/DE/Header/2_Presse/5_Hintergrund/Rehabilitandenunfaelle/Rehabilitandenunfaelle_node.html), Abgerufen am 20.07.2021

[3] Mit Wirkung zum 01.08.2021 wurde die Berufskrankheiten-Verordnung ein weiteres Mal ergänzt. Da hier die Statistiken des Jahres 2020 betrachtet werden, wird darauf nicht weiter eingegangen.

[4] Entfällt ab 2021

[5] Detaillierte Informationen zu COVID-19 als Berufskrankheit enthält der Beitrag „Statistische Auswertung der 2020 als Berufskrankheit anerkannten COVID-19-Erkrankungen“ in DGUV Forum 7-8/2021.

# Wer macht was? Ein Richter ärgert sich.



Sozialgericht Hamburg, Gerichtsbescheid vom 7. Mai 2021 – S 40 U 292/20 – juris

**Autor**

➔ **Laurenz Mülheims**

**„Das Gericht überprüft die Entscheidung der Verwaltung von Amts wegen und ‚ersetzt‘ hierbei nicht die fehlende Sachverhaltsaufklärung.“ „Im Zuge der Gewaltenteilung ist es eine wichtige Aufgabe der Gerichte, auch die Verwaltungspraxis auf verfahrensrechtliche und tatsächliche Fehler hin zu überprüfen und im Rahmen der geltenden Gerichtsordnungen zu handeln.“**

**B**ei einem Basketballspiel am 22. Dezember 2019 verspürte der Kläger, ein Profibasketballer, ein Schnappgefühl im rechten Handgelenk mit anschließendem Schmerz. Bei einer Operation unter der Diagnose einer habituellen Sehnenluxation wurde eine Überbeweglichkeit der Sehne festgestellt. Der zuständige Unfallversicherungsträger lehnte, ohne ein medizinisches Gutachten einzuholen, einen Arbeitsunfall ab. Einerseits sei ein konkretes Unfallereignis nicht feststellbar; andererseits handle es sich bei der Überbeweglichkeit der Sehne um eine Schadensanlage, die bereits so stark und so leicht ansprechbar gewesen sei, dass die Auslösung akuter Erscheinungen keiner äußerer Einwirkung bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Nach einem erfolglosen Widerspruchsverfahren – wiederum ohne die Einholung eines medizinischen Gutachtens, sondern (nur) mit einer beratungsärztlichen Stellungnahme – kam die Angelegenheit zum Sozialgericht (SG) Hamburg, das die Entscheidungen des Unfallversicherungsträgers aufhob und die Sache zurückverwies mit der Aufforderung, ein medizinisches Gutachten einzuholen, ohne das die Angelegenheit nicht entschieden werden könne.

Im Rampenlicht steht hier eine Norm, die sonst eher ein Schattendasein fristet: § 131 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Danach kann das Gericht, ohne in der Sache selbst zu entscheiden, behördliche Entscheidungen aufheben, wenn es weitere Sachaufklärung für erforderlich hält, „soweit nach Art oder Umfang die noch erforderlichen Ermittlungen erheblich sind und die Aufhebung auch unter Berücksichtigung der Belange der Beteiligten sachdienlich ist“.

In der Auseinandersetzung mit den hier zentralen Begriffen der „Erheblichkeit“ der Ermittlungen und der „Sachdienlichkeit“ der Aufhebung, die zum Teil entgegen der überwiegenden Meinung in Rechtsprechung und Literatur interpretiert werden, thematisiert das SG Hamburg auch grundsätzlich die Arbeitsverteilung von Exekutive und Judikative im Bereich medizinischer Ermittlungen. Ausgehend von der im vorliegenden Fall zwingend notwendigen medizinischen Begutachtung sei das Vorgehen des

Unfallversicherungsträgers, also die Nichteinholung eines medizinischen Gutachtens, rechtswidrig; eine mit „Suggestivfragen“ (Rn. 43) versehene Anfrage an die Beratungsärztin könne das nicht kompensieren.

Die (eigene) gerichtliche, im pflichtgemäßen Ermessen stehende Amtsermittlung bezüglich der Einholung medizinischer Gutachten könne nicht dazu führen, dass der Unfallversicherungsträger insofern von seiner Ermittlungsarbeit entlastet werde. Die gegenteilige Ansicht, das Gericht müsse „sowieso“ selbst ermitteln, wodurch die notwendige Sachaufklärung des Unfallversicherungsträgers nicht mehr erfolgen müsse, sei „ein eklatanter Verstoß gegen die Amtsermittlungspflichten nach den §§ 20, 21 SGB X (...) und würde dem Grundsatz der Gewaltenteilung gänzlich zuwiderlaufen. Das Gericht überprüft die Entscheidung der Verwaltung von Amts wegen und ‚ersetzt‘ hierbei nicht die fehlende Sachverhaltsaufklärung“ (Rn. 46).

In dieser Passage – und nicht nur hier – wird deutlich, wie sehr sich der Richter über die Haltung des Unfallversicherungsträgers geärgert haben muss, notwendige Ermittlungsarbeit in Richtung des Gerichts zu verschieben. Ein Blick in die Gesetzesbegründung zu § 131 Abs. 5 SGG gibt dem sich ärgern Richter recht; dort lesen wir: „(...) um dem Gericht eigentlich der Behörde obliegende zeit- und kostenintensive Sachverhaltsaufklärungen zu ersparen. Nach Beobachtungen der Praxis wird die erforderliche Sachverhaltsaufklärung von den Verwaltungsbehörden zum Teil unterlassen, was zu einer sachwidrigen Aufwandsverlagerung auf die Gerichte führt“ (BT-Drucks. 15/1508, S. 29).

So berechtigt also das Streben des Unfallversicherungsträgers nach einem schlanken und zügigen Verwaltungsverfahren ist, so berechtigt ist auch der Blick darauf, dass das Verwaltungsverfahren für sich genommen vollständig respektive rechtmäßig abläuft, ohne auf ein sich möglicherweise anschließendes Klageverfahren „zu schießen“. Das hat neben der grundsätzlichen Dimension der Dinge einen ganz einfachen Grund: Es klagen ja nicht alle – noch dazu vor einem Richter, der sich „gewaltenteilungsorientiert“ ärgert.



## Martin Trunzer ist neuer stellvertretender Geschäftsführer der KUVB

Foto: Giulia Iannicelli



Martin Trunzer ist neuer stellvertretender Geschäftsführer der KUVB

**M**artin Trunzer ist seit dem 1. Juli 2021 neuer stellvertretender Geschäftsführer der Kommunalen Unfallversicherung Bayern Bayerische Landesunfallkasse (KUVB). Er folgt auf Michael Farkas, der in den Ruhestand gegangen ist.

Trunzer war zunächst als Rechtsanwalt in Stuttgart tätig. 2001 wechselte der Jurist zur Berufsgenossenschaft Energie, Textil, Elektro und Medienerzeugnisse (BG ETEM), wo er stellvertretender Geschäftsführer der Bezirksverwaltung Augsburg wurde. Ab 2016 leitete er die Innere Verwaltung der BG ETEM.

Farkas arbeitete seit 1993 für den Bayerischen Gemeindeunfallversicherungsverband (Bayer. GUVV), der Vorgängerorganisation der KUVB, wo er zunächst die Rechtsabteilung leitete. 2001 übernahm er die Leitung des Geschäftsbereichs Rehabilitation und Entschädigung. 2007 folgte der finale berufliche Wechsel: Herr von Farkas wurde zum stellvertretenden Geschäftsführer des Bayer. GUVV und der Bayer. LUK ernannt und übernahm zudem die Leitung des Geschäftsbereichs Recht und Services, in dem die Rechtsabteilung, die Mitgliederverwaltung, die IT und die allgemeine Verwaltung zusammengefasst sind. ⏪

## Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht Prof. Dr. Peter Becker in den Ruhestand getreten

Foto: Privat



Prof. Dr. Peter Becker in den Ruhestand getreten

**P**rof. Dr. Peter Becker ist mit Erreichen der Altersgrenze am 30. Juni 2021 in den Ruhestand getreten. Becker war seit dem 1. Februar 2003 Richter am Bundessozialgericht und dem für die gesetzliche Unfallversicherung zuständigen 2. Senat zugewiesen. Zum 1. Januar 2011 wechselte er in den für die Grundsicherung für Arbeitsuchende zuständigen 14. Senat, dessen Vorsitzender er seit August 2016 ist. Zeitweise war

Prof. Dr. Becker Mitglied des Präsidiums und des Präsidialrats des Bundessozialgerichts. Honorarprofessor der Universität Kassel ist er seit 2012. Außerdem ist Prof. Dr. Becker durch zahlreiche Vorträge und Veröffentlichungen, insbesondere zu Themen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, der Grundsicherung für Arbeitsuchende, der Sozialhilfe, dem Verwaltungsverfahren und dem gerichtlichen Verfahren, hervorgetreten. ⏪

## Sönke Bock im Alter von 66 Jahren verstorben

**M**ehr als ein Jahrzehnt hat Sönke Bock die Arbeit der DGUV tatkräftig mitgestaltet. Durch sein Engagement hat er als Vertreter der Versicherten die Idee des Ehrenamtes und der Selbstverwaltung mit Leben erfüllt. Als Mitglied des Vorstands der DGUV von 1999 bis 2014, als alternierender Vorsitzender der Mitgliederversammlung von 2014 bis 2017 und als Landesbeirat und alternierender Vorsitzender des Landesverbands Nordwest von 2010 bis 2017 hat Sönke Bock maßgeblich dazu beigetragen, die gesetzliche Unfallversicherung durch

eine ereignisreiche Zeit der Veränderung zu lenken.

Am 10. August 2021 ist Sönke Bock verstorben. Wir haben mit ihm nicht nur einen Weggefährten und Freund verloren, sondern vor allem auch einen Kämpfer für die soziale Sicherheit. Die Sicherheit und Gesundheit der arbeitenden Menschen zu schützen, war ihm ein zentrales Anliegen und bestimmte sein Handeln. Die DGUV wird Sönke Bock über seinen Tod hinaus ein ehrendes Andenken bewahren. ⏪



Foto: BGHM

Sönke Bock, langjähriges Mitglied des Ehrenamts der DGUV, ist am 10. August 2021 verstorben