

DGUV Forum

Gesunde Kitas und Schulen



Prävention Ganzheitliche präventive Arbeitsgestaltung
im Flughafenbetrieb

Jahresbericht Die Kennziffern der Deutschen Gesetzlichen
Unfallversicherung 2010

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

lange Arbeitstage, Druck von den Auftraggebern und Verantwortung für bis zu 20 Personen: So sieht nicht nur der Arbeitsalltag eines Managers in einem mittelständischen Unternehmen aus. Vielen Erzieherinnen und Erziehern in Kindertageseinrichtungen geht es ähnlich. Sie tragen die Verantwortung für eine Gruppe von Kindern ganz unterschiedlichen Alters. Sie müssen sich mit den Erwartungen der Eltern auseinandersetzen. Sie müssen Windeln wechseln, die Mittagsruhe organisieren und mitunter auch eine Erkältungswelle durchstehen.

Und das ist nicht alles: Hinzu kommt der Bildungsauftrag. Sprach- und Bewegungsfähigkeit fördern, Neugier wecken und soziales Verhalten entwickeln – diese Aufgaben haben Erzieherinnen und Erzieher vermutlich seit jeher wahrgenommen. Seit Politik und Eltern die Kindertageseinrichtungen als Stätten frühkindlicher Bildung entdeckt haben, wächst jedoch der Druck, die entsprechenden Aktivitäten stärker zu systematisieren und zu dokumentieren – zum Beispiel in Form von Bildungsplänen.

„Wer möchte, dass in der Kita die Grundlage für ein gesundheitsbewusstes Verhalten gelegt wird, der muss sich auch um die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten kümmern.“

Nun könnte man argumentieren, dass es auch andere Berufe mit wachsenden Anforderungen und Belastungen gibt. Das ist sicherlich auch richtig. Erzieherinnen und Erzieher nehmen aber unter den Beschäftigten ebenso wie pädagogisches

Personal in Schulen eine besondere Stellung ein: Sie sind Vorbilder für die Kinder, die ihnen anvertraut werden. Wer möchte, dass in der Kindertageseinrichtung die Grundlage für ein gesundheitsbewusstes Verhalten gelegt wird, wer die gute und gesunde Kita möchte, der muss sich auch um die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten kümmern.

Genau das macht die Präventionsarbeit der gesetzlichen Unfallversicherung in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen so wichtig. Wir zeigen Erzieherinnen und Erziehern Wege, wie sie Sicherheit und Gesundheit in ihren Alltag und ihr persönliches Verhalten integrieren können. Wir helfen dabei, ein sicheres Spiel-, Lern- und Arbeitsumfeld zu schaffen. Wir tragen so dazu bei, Bildung besser zu machen.

Mit den besten Grüßen
Ihr



Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung



Foto: DGUV

› Editorial/Inhalt ›› 2 – 3

› Aktuelles ›› 4 – 9

› Titelthema ›› 10 – 25

GDA-Programm „Sensibilisierung an Schulen“ 10
Gemeinsam für eine sichere Zukunft
Ingo Zakrzewski

Qualifizierungsoffensive für Schulleitungen 12
„Vom Pädagogen zum Manager“
Hans-Joachim Wachter

Erzieherinnengesundheit 16
Das Netzwerk für gesunde Beschäftigte in Kindertagesstätten
Jörg Stojke

Beispiel Hessen 19
Unterstützung für die „gute gesunde Schule“
Torsten Kunz

Gute und gesunde Schule 22
Das ergonomische Klassenzimmer
Andrew Orrie et al.

› Prävention ›› 26 – 37

Präventionsprojekt TAQP 26
Ganzheitliche präventive Arbeitsgestaltung im Flughafenbetrieb
Markus Kohn, Steffi Krüger

Ein Ausblick 30
Vision Zero – Strategie für eine fehlertolerante Zukunft
Walter Eichendorf

8. iga-Kolloquium 36
Das „Haus der Arbeitsfähigkeit“
Itke Schreiter

› Rehabilitation ›› 38 – 44

„ProBudget“-Abschlussbericht 38
Frühzeitige Beratung – ein Schlüsselfaktor für das Persönliche Budget
Doris Habekost, Kerstin Palsherm

Reha-Management für Kinder und Jugendliche 42
Im Netzwerk Hand in Hand agieren
Rike Bouvet, Klaudia Engels, Jörg Klein, Martin Kunze, Andreas Schuhmann, Karl Wirth

› Europa und Internationales ›› 45 – 49

Deutsch-brasilianischer Kooperationsvertrag unterzeichnet 45
Pró-Reabilitação – gemeinsam für mehr Rehabilitation
Stefan Zimmer



EU-Patientenrichtlinie 46
Medizinische Behandlung in Europa – Gestärkte Rechte für Patienten
Eva-Marie Höffer, Ilka Wölfle

› Statistik ›› 50 – 63

Jahresbericht 50
Kennziffern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 2010
Efthimia Dima, Barbara Lipka, Kurt Scherer

› Aus der Rechtsprechung ›› 64

› Personalia 65

› Medien/Impressum ›› 66

Move safely – respect rules

Wie können Jugendliche dazu gebracht werden, sich an Regeln zu halten, die sie in der Kindheit noch beachtet haben? Warum verändert sich das Regelverhalten und welche Rolle spielen Erwachsene dabei? Diesen Fragen geht die neue Jugendaktion von Unfallkassen, Berufsgenossenschaften und dem Deutschen Verkehrssicherheitsrat (DVR) im Rahmen der Kampagne „Risiko raus!“ nach. Unter dem Titel „move safely – respect rules“ sollen Regeln und Normen ab dem Herbst in den Schulen thematisiert werden.

Unterschiedliche Unterrichtsbausteine für die Sekundarstufen I und II bieten die Möglichkeit, das Regelverhalten altersgerecht zu bearbeiten. Die Bausteine können in die normalen Fächer integriert werden, aber auch den Ausgangspunkt für Projektarbeiten bilden. Außerdem können die Teilnehmer sich an einem Wettbewerb beteiligen. Die Materialien von „move safely – respect rules“ werden Anfang September an die Schulen versendet beziehungsweise durch die Unfallversicherungsträger abgegeben. Sie bestehen aus den Unterrichtsvorschlägen mit den Gewinnspielvorgaben, Werbematerial und einer DVD mit Hilfen für den Unterricht.

! **Weitere Informationen ab Mitte August 2011 unter: www.movesafely.de**

Neue Autobahn- und Rastplatzplakate fordern: „Risiko raus!“

„Abgelenkt? Risiko raus!“ So lautet die Botschaft der neuen Autobahnplakate, welche seit Kurzem wieder an Autobahnen und Raststätten für mehr Rücksichtnahme und Verantwortung im Straßenverkehr werben. Sie wurden gemeinsam vom Deutschen Verkehrssicherheitsrat (DVR) und der Präventionskampagne „Risiko raus!“ von Berufsgenossenschaften und Unfallkassen entwickelt.

Die Plakate zeigen Kinderzeichnungen, auf denen zum Beispiel ein zerstörter Pkw und ein Familienvater auf einer Wolke zu sehen sind. Sie wurden in enger Absprache mit Kinderpsychologen Zeichnungen nachempfunden, die kleine Kinder malen, wenn sie ein schweres Unfallereignis in der Familie erleben mussten.

Bundesverkehrsminister Dr. Peter Ramsauer sagte bei der offiziellen Präsentation: „Die neuen Plakate werben eindringlich für mehr Aufmerksamkeit am Steuer. Die Fahrer müssen sich immer auf ihr Fahrzeug und den Verkehr konzentrieren. Ich bin mir sicher, dass auch diese Plakatserie viele Menschen motivieren wird, verantwortungsvoller zu fahren und ihr Verhalten entsprechend zu ändern. Damit leisten wir

einen wichtigen Beitrag dazu, die Zahl der Verkehrstoten weiter zu senken.“

Nach den kürzlich veröffentlichten Zahlen des Statistischen Bundesamtes sind im vergangenen Jahr 3.648 Menschen im Straßenverkehr ums Leben gekommen, 371.170 wurden verletzt. „Trotz der insgesamt positiven Entwicklung können und wollen wir uns mit diesen Zahlen nicht zufriedengeben“, sagte Dr. Walter Eichendorf, Präsident des DVR.



Quelle: Präventionskampagne „Risiko raus!“

! **Weitere Informationen unter: www.risiko-raus.de**

Jahrbuch Prävention 2010/2011 erschienen



Das Jahrbuch Prävention 2010/2011 mit dem Titel „Neue Wege gehen“ ist erschienen. Es gibt einen Überblick über aktuelle Präventionsprojekte und Forschungsergebnisse der gesetzlichen Unfallversicherung. Themen sind unter anderem die virtuelle Realität im Arbeitsschutz, Multitasking am Arbeitsplatz und die optimale Betreuung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund. Interviews mit hochrangigen internationalen Experten, zum Beispiel dem türkischen Arbeitsminister, runden die Darstellung ab.

Die Beiträge verdeutlichen: Die neue Arbeitswelt bringt auch neue Herausforderungen für die Arbeit der gesetzlichen Unfallversicherung und insbesondere für die Prävention. Zugleich werden jedoch auch neue Wege aufgezeigt, wie diese Herausforderungen erfolgreich bewältigt werden können.

Das Jahrbuch Prävention der DGUV erscheint alle zwei Jahre. Es kann im Internet kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.

! **Weitere Informationen unter: www.dguv.de > Webcode: d92939**

Eine Milliarde Menschen weltweit sind behindert



Quelle: CBM

Die Zahl der Menschen mit Behinderung ist weltweit erheblich größer als bisher angenommen. Statt von etwa 650 Millionen muss man von etwa einer Milliarde Betroffener ausgehen. Das ergibt sich aus dem ersten Weltbehindertenreport, der von der Weltgesundheitsorganisation und der Weltbank vor Kurzem veröffentlicht wurde. Die Zahl basiert dabei auf neueren Daten und der Berücksichtigung der

steigenden Zahl alter Menschen sowie der Ausbreitung von chronischen Krankheiten wie Diabetes und Herzkrankungen.

Etwa 80 Prozent der Betroffenen leben in den Entwicklungsländern. Gründe hierfür liegen dem Bericht zufolge in Mangel- und Fehlernährung sowie in der unzureichenden oder zu teuren Gesundheitsversorgung.

Dr. Rainer Brockhaus, Direktor der Christoffel-Blindenmission, die an dem Report mitgearbeitet hat, ist daher überzeugt: „Wenn jetzt weiter wie bisher viele Regierungen wie auch nichtstaatliche Organisationen die Belange von Menschen mit Behinderung bei ihren Planungen nicht einbeziehen, dann schließen sie einen großen Teil aus der Gesellschaft aus.“

Der Weltbehindertenreport liefert eine wichtige Datengrundlage, um die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) umzusetzen (DGUV Forum 5/2011). Sie wurde bereits von mehr als 100 Staaten, auch Deutschland, ratifiziert. Der Vorstand der DGUV hat am 25. Mai 2011 beschlossen, einen eigenen Aktionsplan der gesetzlichen Unfallversicherung zur Umsetzung der UN-BRK zu erstellen. Er wird im Laufe des Jahres konkretisiert.



Weitere Informationen unter:
www.who.int/disabilities

Bester Unterrichtsfilm kommt von der gesetzlichen Unfallversicherung

Beim internationalen Film- und Videofestival „WorldMediaFestival“ in Hamburg wurde die Produktion „Alltagshelden“ gleich doppelt ausgezeichnet. Der Film erhielt die Auszeichnung „intermedia-globe Grand Award“ als bester Film in der Kategorie „Education“ sowie als Qualitätsauszeichnung „intermedia-globe Gold“.

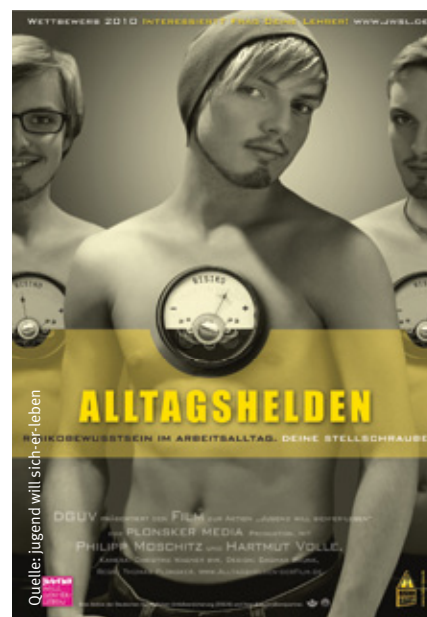
Der Film wurde im Auftrag der DGUV produziert und ist das Leitmedium der Aktion „Jugend will sich-er-leben“, die seit Herbst 2010 bundesweit in Berufsschulen eingesetzt wird. Aufgabe des Films ist es, junge Auszubildende zu motivieren, sich mit Fragen der Sicherheit und des Ge-

sundheitsschutzes am Arbeitsplatz, im Straßenverkehr und auch in der Freizeit auseinanderzusetzen. Hierzu wurden ergänzend zu dem Film Unterrichtsmaterialien erarbeitet, die den Lehrern und Ausbildern Hinweise geben, wie der Film im Dialog mit jungen Berufseinsteigern einzusetzen ist.

Das WorldMediaFestival ist das größte in Deutschland stattfindende internationale Industriefilmfestival.



Weitere Informationen unter: www.jwsl.de



Kooperationsvertrag mit kanadischer Universität unterzeichnet

Der Fachbereich „Sozialversicherung“ der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg kooperiert in Zukunft eng mit der Pacific Coast University (PCU) im kanadischen Port Alberni. Ein entsprechendes Abkommen unter-

zeichnete der Hauptgeschäftsführer der DGUV, Dr. Joachim Breuer, vor Kurzem mit Wolfgang Zimmermann, dem Direktor des National Institute of Disability Management and Research in Kanada.

Die PCU wird sich in Zukunft allein der Forschung im Bereich der Sicherheit und Gesundheit an Arbeitsplätzen widmen. Studierende beider Hochschulen können dann an Austauschprogrammen teilnehmen. Außerdem soll es gemeinsame Forschungsprojekte geben.

„Die PCU ist ein Juwel“, sagte Dr. Breuer bei der Unterzeichnung des Abkommens. „In zehn Jahren wird sie jeder kennen, der im Bereich des Disability Managements forscht.“

In naher Zukunft planen bereits weitere Universitäten Kooperationsabkommen mit der PCU.

Die Hochschule in Port Alberni wird ihre Arbeit im September 2011 aufnehmen. Der offizielle Lehrbetrieb beginnt im Herbst 2012.



Dr. Joachim Breuer (l.) und Wolfgang Zimmermann

! [Website der PCU: www.pcu-whs.ca](http://www.pcu-whs.ca)

Musikalische Belohnung für Sicherheit im Straßenverkehr

Lena Schulz aus Wernigerode ist mit ihrem Video-Clip „Vorsicht im Straßenverkehr“ die Siegerin des von der gesetzlichen Unfallversicherung initiierten Schülerwettbewerbs „Nachsitzen mit Madsen“. Zur Belohnung für dieses Engagement spielte die Band Madsen am 1. Juli für Lena und ihre Klasse ein exklusives Unplugged-Konzert am Landesgymnasium für Musik in der Harzstadt Wernigerode.

Bei dem Wettbewerb waren Schülerinnen und Schüler aufgefordert, innovative Beiträge rund um das Thema Sicherheit im Straßenverkehr zu entwickeln und auf der Social Media-Plattform schuelerVZ zu veröffentlichen. Ziel war es, Jugendliche zu motivieren, für sich und andere Verantwortung zu übernehmen und im Straßenverkehr überlegt zu handeln. Die Aktion ist Teil der bundesweiten Präventionskampagne „Risiko raus!“, die für mehr Sicherheit beim Fahren und Transportieren wirbt.

„Die Aufgabe war sehr anspruchsvoll und wir freuen uns daher umso mehr über die tollen Beiträge. Lena war ganz klar eine der Favoritinnen. Die Professionalität der Umsetzung und das große Maß an

Eigeninitiative haben anscheinend auch die Jugendlichen überzeugt, die Lena zur Siegerin gewählt haben“, erklärte Dr. Walter Eichendorf, stellvertretender Hauptgeschäftsführer der DGUV und Präsident des Deutschen Verkehrssicherheitsrats.

Die Band „Madsen“ mit Lena Schulz, der Gewinnerin des Schülerwettbewerbs der Präventionskampagne „Risiko raus!“



Quelle: Risiko raus! / Stephan Floß

Unfallversichert beim Bundesfreiwilligendienst

Die Engagierten im Bundesfreiwilligendienst sind wie auch ihre Vorgänger, die Zivildienstleistenden, gesetzlich unfallversichert. Erleiden sie während ihres Einsatzes einen Unfall, übernimmt die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten der Heilbehandlung sowie der Rehabilitation und zahlt bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit auch eine Unfallrente.



Quelle: BMFSFJ

Welche Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse im Einzelfall für die Leistungen aufkommt, richtet sich nach der Einsatzstelle des einzelnen Teilnehmers. Für die Dienstleistenden ist der Versicherungsschutz kostenfrei.

Beim Bundesfreiwilligendienst können sich alle Menschen engagieren, die ihre Regelschulzeit absolviert haben. Sie werden in den gesellschaftlichen Bereichen, die bislang auch Zivildienstleistenden offenstanden, eingesetzt – zum Beispiel in der Wohlfahrtspflege und im Umweltschutz. Hinzu kommen weitere Plätze in den Bereichen Sport, Bildung, Kultur und Integrationsarbeit.



Weitere Informationen unter: www.bundesfreiwilligendienst.de

Chinesische Gastärzte hospitieren in der BG-Klinik Bergmannsheil

Besuch aus Fernost hat bis Ende August das Berufsgenossenschaftliche Klinikum Bergmannsheil in Bochum: Drei chinesische Ärzte haben dort vor kurzem eine dreimonatige Hospitanz begonnen. Die ausgebildeten Kardiologen lernen während ihres Aufenthaltes die Behandlungsschwerpunkte und -verfahren im Bergmannsheil kennen. Außerdem interessieren sie sich auch dafür, wie Kliniken in Deutschland allgemein organisiert sind.

„Wir begrüßen regelmäßig chinesische Kardiologen in unserer Klinik“, sagt Prof. Dr. Andreas Mügge, Direktor der Klinik für Kardiologie und Angiologie. „Das Bergmannsheil hat bei den Kollegen aus Ostasien einen guten Ruf, weil wir ein breites medizinisches Spektrum abdecken.“ Der Austausch ist dabei keine Einbahnstraße: Auch Kardiologen des Klinikums Bergmannsheil besuchen regelmäßig chinesische Kliniken, um sich über die dortige Gesundheitsversorgung ein Bild zu machen.

Organisiert hat den Besuch die Stiftung Deutsch-Chinesischer Technologieaustausch (DCTA). Die Kardiologische Klinik des Klinikums Bergmannsheil nimmt seit fast zehn Jahren an diesem Austauschprogramm teil.

Kann ein Ort die Arbeitssicherheit auf allen Kontinenten verbessern



→ Sicherheit am Arbeitsplatz ist ein Thema, das keine Grenzen kennt. Die A+A in Düsseldorf bringt für Sie den Weltmarkt zusammen. Willkommen auf der größten und bedeutendsten Fachmesse der Branche.

18. - 21. Oktober 2011
Düsseldorf, Germany



Persönlicher Schutz,
betriebliche Sicherheit
und Gesundheit bei der Arbeit

Internationale Fachmesse
mit Kongress

www.AplusA.de

Messe Düsseldorf GmbH
Postfach 10 10 06
40001 Düsseldorf
Germany
Tel. +49 (0) 2 11/45 60-01
Fax +49 (0) 2 11/45 60-6 68
www.messe-duesseldorf.de

Basis for
Business


Messe
Düsseldorf

Wettbewerb „Jugend will sich-er-leben“: Auszeichnung für Behindertenwerkstatt



Quelle: BGF /Münch

Die Jugendlichen freuen sich über den Applaus.

Am 15. Juni hat die hessische Kultusministerin Dorothea Henzler die Gewinner des 39. Wettbewerbs „Jugend will sich-er-leben“ der gesetzlichen Unfallversicherung in Oberursel ausgezeichnet. Für ihre besondere Umsetzung des Aktionsthemas „Risikobe-

wusstsein im Arbeitsalltag“ in den Unterricht erhielten sechs Schulen aus Hessen Sonderpreise. Weitere Schulen wurden ausgezeichnet, weil sie eine besonders hohe Beteiligung beim Wettbewerb erreichen konnten.

Eine Auszeichnung im Rahmen der Kreativpreise erhielt unter anderem auch die Hochtaunusschule Oberursel mit den Oberurseler Werkstätten (Werkstatt für behinderte Menschen) für ihren Beitrag „Riskante Kunst“. Vier Jugendliche, die in den Werkstätten arbeiten, haben dafür eine Skulptur zusammengeschweißt. Inspiriert hat sie das Logo der Kampagne „Risiko raus!“.

Ministerin Henzler würdigte das große Engagement aller beteiligten Schülerinnen und Schüler sowie der Lehrkräfte: „Ich wünsche mir weiterhin so kreative Ideen im Umgang mit Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz.“

Auch im kommenden Jahr gibt es wieder einen bundesweiten Wettbewerb zur Aktion „Jugend will sich-er-leben“ für berufsbildende Schulen, um Jugendliche über Gefahren bei der Arbeit aufzuklären.



Weitere Informationen unter: www.jwsl.de

Förderpreis „BK“ der DGUV verliehen

Gewinnerin des diesjährigen DGUV-Förderpreises „BK“ ist Eileen Brembach aus Gera. Die Studentin der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg überzeugte die Jury mit der Arbeit zum Thema „Die besonderen Aspekte der Genesungszeit bei ehemaligen Arbeitern im Uranerzbergbau mit strahlenverursachtem Lungenkrebs.“ Der Preis wurde von Dr. Heinz Otten von der Zentralen Betreuungsstelle Wismut der DGUV und Dr. Nicola Kotschy-Lang, der Ärztlichen Direktorin der Klinik für Berufskrankheiten Falkenstein, verliehen.

Zur Förderung der Verbindung von Forschung, Studium und Verwaltungspraxis auf dem Gebiet der Berufskrankheiten vergibt die DGUV jährlich den Förderpreis „BK“ an Studierende des Fachbereichs „Sozialversicherung“ der Hochschule Bonn-Rhein-

Sieg und der DGUV-Hochschule Bad Hersfeld. Die Preisträger zeichnen sich durch hervorragende Leistungen in ihren Abschlussarbeiten aus, die wichtige Impulse für die Verwaltungspraxis geben.



Quelle: DGUV

V.l.n.r.: Dr. Heinz Otten, Dr. Ulrich Grolik (BG RCI Gera), Eileen Brembach, Dr. Nicola Kotschy-Lang

Neue IFA-Grenzwertliste 2011

Aktuelle Grenzwerte für chemische, biologische und physikalische Einwirkungen am Arbeitsplatz liefert die Neuauflage der Grenzwertliste des Instituts für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA). Vor allem kleinere und mittlere Betriebe haben häufig Schwierigkeiten, die verschiedenen Regeln, Vorschriften und ausländischen Normen im Blick zu behalten. Mit der Grenzwertliste des IFA erhalten sie seit vielen Jahren ein praktisches und umfassendes Nachschlagewerk, um die arbeitsbedingten Belastungen ihrer Beschäftigten zu beurteilen.

Neben Gefahrstoffen behandelt die Publikation biologische Einwirkungen am Arbeitsplatz sowie Lärm, Vibrationen, thermische Gefährdungen, Strahlung, Elektrizität und biomechanische Belastungen. Die Liste enthält alle aktuell geltenden Grenzwerte, sofern diese für eine Belastungsart verfügbar sind. Fehlen Grenzwerte, findet der Anwender Empfehlungen und Erläuterungen zur Arbeitsplatzbeurteilung.



Die Liste steht kostenlos als Download und in gedruckter Form zur Verfügung: www.dguv.de > Webcode: d115417



Studie zur Arbeitssituation in JobCentern veröffentlicht

Mit gezielter Prävention können die Belastungen der Beschäftigten in JobCentern reduziert werden. Das zeigt der Abschlussbericht des Projekts „abba – Arbeitsbelastungen und Bedrohungen in Arbeitsgemeinschaften nach Hartz IV“ der gesetzlichen Unfallversicherung.

Im Rahmen der Untersuchung befragte die DGUV im Jahr 2008 rund 2.200 Beschäftigte aus zwölf JobCentern nach ihren Arbeitsbedingungen. Ein Ergebnis: Etwa 70 Prozent fühlten sich am Arbeitsplatz gelegentlich oder oft unsicher oder bedroht. Die daraus abgeleiteten Präventionsmaßnahmen wurden 2010 hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft.

Es zeigte sich: Durch zusätzliches Personal und die Neuorganisation von Teams konnte die überdurchschnittlich hohe Arbeitsbelastung der Mitarbeiter gesenkt werden. Seminare zum Stressabbau und zum Umgang mit aggressiven Besuchern der JobCenter erhöhten das Wohlbefinden der Angestellten und ihr Sicherheitsgefühl. Trotz der Verbesserungen betonen die Autoren der Studie jedoch, dass weitere nachhaltige Anstrengungen notwendig sind. Nur so könnten die Beschäftigten langfristig entlastet und körperlichen, psychischen und psychosomatischen Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz vorgebeugt werden.

Ein ausführlicher Bericht zur Untersuchung und zu den Folgen wird in einer der kommenden Ausgaben von DGUV Forum erscheinen.



Weitere Informationen unter: www.dguv.de > Webcode: d32282

DVR-Förderpreis „Sicherheit im Straßenverkehr“ vergeben

Für ihre Forschungen zur Verkehrssicherheit hat der Deutsche Verkehrssicherheitsrat (DVR) erneut Nachwuchswissenschaftler mit dem DVR-Förderpreis „Sicherheit im Straßenverkehr“ ausgezeichnet.

Der erste Preis ging an Juliane Schupa von der Friedrich-Schiller-Universität in Jena für ihre Diplomarbeit im Fach Psychologie. Darin hatte sie untersucht, welche Auswirkungen ein Seminar mit integriertem Fahrtraining auf das Verkehrsverhalten hat. „Die Arbeit ist eine Fundgrube für die betriebliche Verkehrssicherheitsarbeit. Sie zeigt deutlich auf, wie passgenau ein Seminarangebot für verschiedene Zielgruppen angelegt sein muss“, sagte Jury-Mitglied Jochen Lau, Referatsleiter Unfallprävention – Wege und Dienstwege beim DVR.

Den zweiten Platz belegten Sarah Groppe und Jonas Schmalig von der Bergischen Universität Wuppertal. Sie beschäftigten sich mit Müdigkeitszuständen, die über motorische Verhaltensmuster wie Lenkradbewegungen erfasst werden können. Die dritte Preisträgerin, Katharina Pöschel von der Technischen Universität Chemnitz, stellte ihre Arbeit unter die Frage: „Wie schnell können Fahrer reagieren?“ Sie untersuchte, wie Zweitaufgaben und komplexe Verkehrssituationen das Reaktionsverhalten von Autofahrern beeinflussen. Der Förderpreis ist mit insgesamt 7.500 Euro dotiert und wird seit zwei Jahren vom DVR verliehen. Ins Leben gerufen hatte ihn 1993 die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.



Weitere Informationen unter: www.dvr.de

GDA-Programm „Sensibilisierung an Schulen“

Gemeinsam für eine sichere Zukunft



Foto: Fotolia/Schwier

Arbeitsschutz fängt in der Schule an. Dies ist die Kernaussage des Arbeitsprogramms „Sensibilisierung an Schulen“ der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA).

Die von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern getragene GDA hat das Ziel, Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten durch einen abgestimmten und systematisch wahrgenommenen Arbeitsschutz zu erhalten, zu verbessern und nachhaltig zu fördern. Grundlage sind gemeinsam abgestimmte Arbeitsschutzziele, Handlungsfelder und Arbeitsprogramme, wobei insbesondere die drei Arbeitsschutzziele Reduzierung von Arbeitsunfällen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und Hauterkrankungen verfolgt werden. Zentrale Bedeutung haben dabei die Schulen. Wenn hier ein Verständnis für Sicherheit und Gesundheit geschaffen wird, ist die Grundlage für ein sicheres und gesundheitsgerechtes Ver-

halten im Arbeitsleben gelegt. Die positiven Folgen liegen auf der Hand: weniger Arbeitsunfälle und Rückgang der Gesundheitsschäden.

Je früher, desto besser

Der strategische Ansatz des GDA-Arbeitsprogramms „Sensibilisierung an Schulen“ liegt in der frühzeitigen Förderung des Bewusstseins für Sicherheit und Gesundheit. Sicherheits- und gesundheitsgerechtes Verhalten setzt vielerlei Fähigkeiten und Fertigkeiten voraus. Hierzu zählt nicht nur das „Wissen“ über die Gefährlichkeit von Stoffen und Geräten oder über die Gesundheitsschädlichkeit des eigenen Verhaltens. Wissen allein verhindert keinen Unfall. Vielmehr sind vielfältige motorische und

sensomotorische Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Alltagskompetenzen (zum Beispiel Lösung von Problemen, Umgang mit Stress) erforderlich, um das Wissen über Sicherheit und Gesundheit bei der eigenen Lebensgestaltung auch tatsächlich anwenden zu können.

Je früher solche Kompetenzen trainiert und gefördert werden, desto wirksamer kann sich ein sicheres und gesundheitsgerechtes Handeln entwickeln. Denn Kinder und Jugendliche werden in einer Entwicklungsphase erreicht, in der Verhaltensweisen ausgeprägt und gebildet werden. Die Erfolgchancen für die Entwicklung eines sicheren und gesundheitsbewussten Handelns sind hier besonders groß.



organisatorischen Ablauf in den Schulen und die Lehrinhalte verantwortlich. Die Abstimmung zwischen den staatlichen Arbeitsschutzbehörden der Länder, den Unfallversicherungsträgern und den Kultusministerien ist deshalb Voraussetzung für den Erfolg in den Schulen.

Länderbezogene Aktivitäten

Die Umsetzung des GDA-Arbeitsprogramms „Sensibilisierung an Schulen“ ist so angelegt, dass es einen allgemeinen Rahmen bildet, der auf Länderebene spezifisch und auf freiwilliger Basis umgesetzt werden kann. Zentraler Baustein ist die Einrichtung eines „Runden Tisches“ auf Länderebene, um das gemeinsame Vorgehen – insbesondere die maßgeblichen Themen, konkreten Maßnahmen und Zielgruppen (zum Beispiel Schularbeiten) – landesspezifisch abstimmen zu können. Die Themen Lärm, Gefahrstoffe, Biostoffe und psychische Belastungen sollen im Mittelpunkt stehen. In vielen Bundesländern gibt es auf diesen Gebieten bereits Aktivitäten, die auch für den Schulbereich nutzbar gemacht werden können. Zusätzlich stehen für die einzelnen Handlungsfelder unterschiedliche Hilfestellungen (zum Beispiel Informationsmaterialien) zur Verfügung.

„Je früher Kompetenzen trainiert und gefördert werden, desto wirksamer kann sich ein sicheres und gesundheitsgerechtes Handeln entwickeln.“

Entwicklung einer Schulkultur, die (auch) Sicherheits- und Gesundheitskompetenzen fördert, findet nicht von heute auf morgen und auch nicht

Beginn eines langfristigen Prozesses

Den Auftakt zur Umsetzung des Arbeitsprogramms bildete eine Informationsveranstaltung im Januar 2011 in Erfurt, auf der Vertreter der Länderkultusministerien, der staatlichen Arbeitsschutzbehörden und der Unfallversicherungsträger über das GDA-Arbeitsprogramm „Sensibilisierung an Schulen“ informiert wurden und erste Gespräche führen konnten. Auf Länderebene laufen nunmehr Abstimmungsgespräche im Rahmen der „Runden Tische“. Die ersten Handlungshilfen und unterstützenden Materialien liegen vor. Über das Portal www.gda-schulen.de können die notwendigen Informationen abgerufen werden. Allerdings ist dies erst der Beginn eines langfristigen Prozesses. Denn die

durch einmalige Maßnahmen und Aktionen statt. Erforderlich ist vielmehr ein kontinuierlich wirkender Prozess, der von allen Beteiligten in der Schule auch getragen wird. ●

Gemeinsam geht es besser

Hier setzt das GDA-Arbeitsprogramm „Sensibilisierung an Schulen“ an. Durch Vermittlung der Themen Sicherheit und Gesundheit sowie Stärkung der Selbstkompetenz sollen das sicherheits- und gesundheitsgerechte Verhalten entwickelt, die Gesundheit gefördert und die Lernbedingungen verbessert werden. Hierzu werden die vielfältigen Erfahrungen und Kompetenzen im Arbeits- und Gesundheitsschutz der Unfallversicherungsträger und der staatlichen Arbeitsschutzbehörden der Länder in das Arbeitsprogramm eingebracht. Von entscheidender Bedeutung ist jedoch die enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Kultusministerien der Länder. Diese sind für den or-

Eine Schlüsselstellung haben die Schulleitungen. Sie sind für die Organisation der Schule verantwortlich; sie sollen die Voraussetzungen für ein gutes Schulklima schaffen und sind der zentrale Ansprechpartner für das Lehrerkollegium. Deshalb bietet das GDA-Arbeitsprogramm ein modular aufgebautes Musterseminar für Schulleitungen zum Thema Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung an, das für Qualifizierungsmaßnahmen genutzt werden kann. Es beinhaltet neben einer umfassenden Qualifizierung in Sicherheits- und Gesundheitsthemen auch die Integration von Sicherheit und Gesundheit in die Schulkultur sowie ihre nachhaltige Verankerung in den Schulentwicklungsprozess.

Autor



Foto: Privat

Dr. Ingo Zakrzewski

Leiter der Unterabteilung Bildung und Qualifizierung, DGUV
E-Mail: ingo.zakrzewski@dguv.de

Qualifizierungsoffensive für Schulleitungen

„Vom Pädagogen zum Manager“

Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule sind Kernaufgaben der Schulleitung. Zur Qualifizierung der pädagogischen Führungskräfte haben die Unfallkasse Baden-Württemberg und das Landeskultusministerium ein modulares Schulungskonzept zum Arbeits- und Gesundheitsmanagement entwickelt.

Untersuchungen zur Präventionsarbeit an deutschen Schulen belegen, dass der Sensibilisierungsgrad für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Setting Schule sehr unterschiedlich ausfällt. In vielen Schulen stellen Arbeitssicherheit und schulische Gesundheitsförderung im Rahmen der bundesweit geführten Diskussion über Schulentwicklung und Qualitätsverbesserung noch immer ein Randthema dar. Oft werden diese Themenfelder von den Verantwortlichen als mehr oder weniger notwendige Zusatzaufgabe verstanden.

Akzeptanz als Grundvoraussetzung

Von zentraler Bedeutung für die Sensibilisierung von Schulen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz ist die Akzeptanz des Themas vonseiten aller am schulischen Leben und Entwicklungsprozess beteiligten Institutionen und Personen. In diesem Zusammenhang kommen den schulischen Führungskräften eine Schlüsselrolle und zugleich eine große Verantwortung zu. Um Schulleitungen bei der Sensibilisierung ihrer Schulen zu unterstützen, hat die Unfallkasse Baden-Württemberg gemeinsam mit dem Kultusministerium Baden-Württemberg ein modulares Schulungskonzept für schulische Führungskräfte entwickelt.

Ziel des Schulungskonzepts

Bei der Erarbeitung des Schulungskonzepts wurde konzeptionell unter anderem auf das Arbeitspapier der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) „Mit Gesundheit gute Schule entwickeln“ und auf das allgemein anerkannte pädagogische Konzept der „guten gesunden Schule“ zurückgegriffen. Primäres Ziel des Konzepts ist die Qualifizierung von Schulleitungen im Bereich „Sicherheit

und Gesundheitsschutz“ nach einem qualitätsorientierten Muster. Sicherheit und Gesundheit werden dabei als integraler Bestandteil einer guten und gesunden Schulkultur verstanden. Das modulare Schulungskonzept orientiert sich inhaltlich an der Leitungsfunktion von Schulleitern und ihrer Verantwortung für die Sicherheit und Gesundheit der Schüler, des Lehrpersonals und weiterer relevanter Akteure des Settings Schule. Mittel- bis langfristig soll ein funktionierendes Arbeits- und Gesundheitsschutzmanagement an Schulen entwickelt und somit eine nachhaltige Verankerung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Schulentwicklungsprozess erreicht werden.

Spezielle Rahmenbedingungen

Die Verantwortung für den Arbeits- und Gesundheitsschutz in Schulen trägt grundsätzlich der zuständige Unternehmer. Eine Besonderheit im Setting Schule stellt die Zweiteilung der Unternehmerverantwortung dar. Diese Zweiteilung in

den äußeren und inneren Schulbereich hat direkten Einfluss auf die präventiven unternehmerischen Aufgaben.

Im äußeren Schulbereich liegt die Verantwortung beim zuständigen Sachkostenträger, in der Regel der Kommune. Er hat dafür Sorge zu tragen, dass durch sichere Gestaltung, Unterhaltung und Wartung der Baulichkeiten, Einrichtungen und Geräte Unfälle und Gefährdungen vermieden werden. Im inneren Schulbereich, der insbesondere Inhalt und Ablauf des Unterrichts betrifft, obliegt die Verantwortung dem jeweiligen Schulhoheitsträger, in der Regel der zuständigen Kultusverwaltung und den nachgeordneten Schulaufsichtsbehörden. Der Schulhoheitsträger regelt im inneren Schulbereich die Quantität und Qualität der Prävention und Gesundheitsförderung. Aufgrund der Bildungshoheit der Bundesländer müssen bei der Entwicklung von Qualifizierungsoffensiven im Schulbereich länderspezifische Vorgaben beachtet werden.

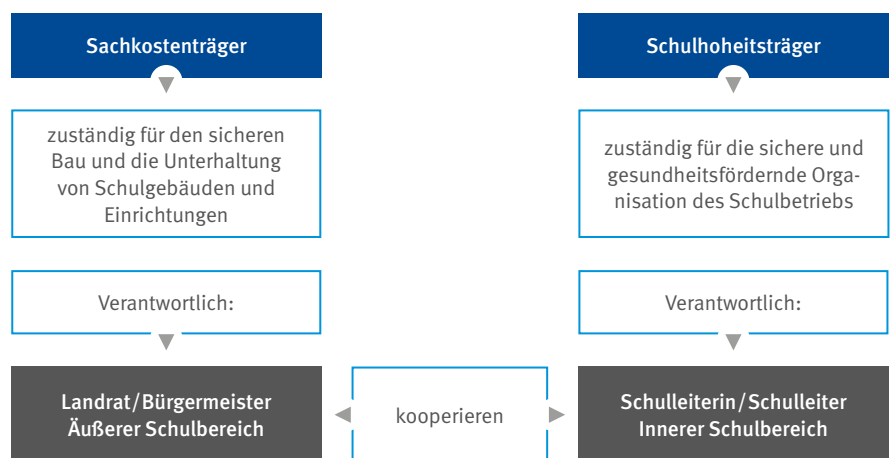


Abbildung 1: Zweiteilung der Unternehmerverantwortung in Schulen

Quelle: Unfallkasse Baden-Württemberg, 2011

Quelle: Brägger, G.; Posse, N.: Instrumente für die Qualitätsentwicklung und Evaluation in Schulen – IQES, 2007

Anforderungsprofil für pädagogische Führungskräfte
Pädagogische Leadership

Schulleitung initiiert und moderiert Entscheidungsprozesse und sorgt für Umsetzung von verbindlichen pädagogischen Zielen.

Funktionale Aufgaben- und Kompetenzverteilung

Schulleitung regelt Zuständigkeiten und formuliert ressourcenorientiert Aufgaben- sowie Entscheidungsbefugnisse in transparenten Aufträgen.

Schulorganisation und Verwaltung

Schulleitung sorgt für den reibungslosen Schulbetrieb, eine gute Koordination der Aktivitäten und eine effiziente Leistungserbringung.

Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe

Schulleitung macht Gesundheitsförderung zu ihrer Aufgabe und räumt Gesundheit einen hohen Stellenwert ein.

Schule wiederum definiert sich letztlich auch über das Anforderungsprofil für die Schulleiterin beziehungsweise den Schulleiter (siehe [Info-Kasten](#)).

Anforderungsprofil für pädagogische Führungskräfte

Inwieweit sich Schulleiterinnen und Schulleiter letztendlich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes annehmen, hängt im Wesentlichen von der Akzeptanz dieser Themen innerhalb der Schule ab. Das Interesse ist umso größer, je reibungsloser Inhalte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den schulischen Alltag integriert werden können und je größer der hieraus resultierende Nutzen für die Schulgemeinschaft eingeschätzt wird.

Grundlage für die Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ist in Baden-Württemberg die „Rahmenkonzeption zum Arbeits- und Gesundheitsschutz für Lehrerinnen und Lehrer an öffentlichen Schulen und Schulkindergärten in Baden-Württemberg“. Diese Rahmenkonzeption der Kultusbehörde legt die Eckpunkte fest, innerhalb deren Schulen präventiv und gesundheitsförderlich aktiv werden können und sollen. Sie definiert verbindliche Ziele und Inhalte, aber auch Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche. Danach liegt die Verantwortung für die Organisation und Gewährleistung eines sicheren Schulbetriebs bei den Schulleitungen. Gleichzeitig beschreibt die Rahmenkonzeption den Spielraum, innerhalb dessen sich der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Behörden des staatlichen Arbeitsschutzes bei Unterstützungsmaßnahmen bewegen können.

Die Qualifizierungsoffensive „Vom Pädagogen zum Manager“ basiert auf der Grundannahme, dass die Förderung des Arbeitsschutzes und der Gesundheit in Schulen primär Führungs- und Managementaufgabe ist. Wollen Schulleitungen diesem modernen Verständnis einer schulischen Führungskraft gerecht werden, impliziert dies ein verändertes Rollen- und Selbstverständnis. Schulleitungen sind demnach nicht länger Pädagoginnen oder Pädagogen mit mehr oder weniger überschaubaren Zusatzaufgaben, sondern in erster Linie „Manager und Treiber einer guten gesunden Schule“.

Eine Schule zu führen bedeutet demnach, einen „neuen Beruf“ auszuüben – in zwar bekanntem, aber grundlegend verändertem Kontext. Eine gute gesunde

Die Akzeptanz einer Qualifizierungsoffensive des Unfallversicherungsträgers für schulische Führungskräfte hängt entscheidend davon ab, ob die dargebotenen Inhalte dem veränderten Anforderungsprofil im Bezug auf Schulleitungen gerecht werden und ein spürbarer Nutzen für die zukünftige Arbeit zu erwarten ist.

Wichtige Bausteine eines schulischen Gesundheitsmanagementsystems und damit notwendige Inhalte einer Qualifizierungsoffensive sind folgende Punkte:

- Gewährleistung des Arbeitsschutzes und der Arbeitssicherheit im Setting Schule
- Aufrechterhaltung und Förderung der Gesundheit aller Beteiligten
- Verankerung eines funktionierenden Krisenmanagements im Schulalltag. ▶

Qualifizierungsoffensive für Schulleitungen

Die Qualität einer Schule ist untrennbar mit der Qualität der Schulleitung verbunden. Hinter einem hohen Sicherheitsstandard und einer hohen Gesundheitsqualität in der Schule steht immer eine Schulleitung mit einem entsprechenden Führungsverhalten. Vor diesem Hintergrund gewinnt das schulische Gesundheitsmanagement als Teil des Schulleitungshandelns eine zentrale Bedeutung für die Realisierung einer guten und gesunden Schule.

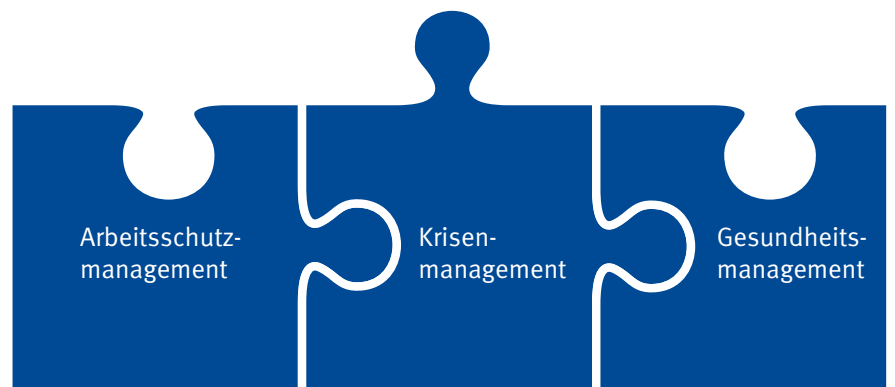


Abbildung 2: Bausteine eines schulischen Gesundheitsmanagementsystems

Quelle: Unfallkasse Baden-Württemberg, 2011

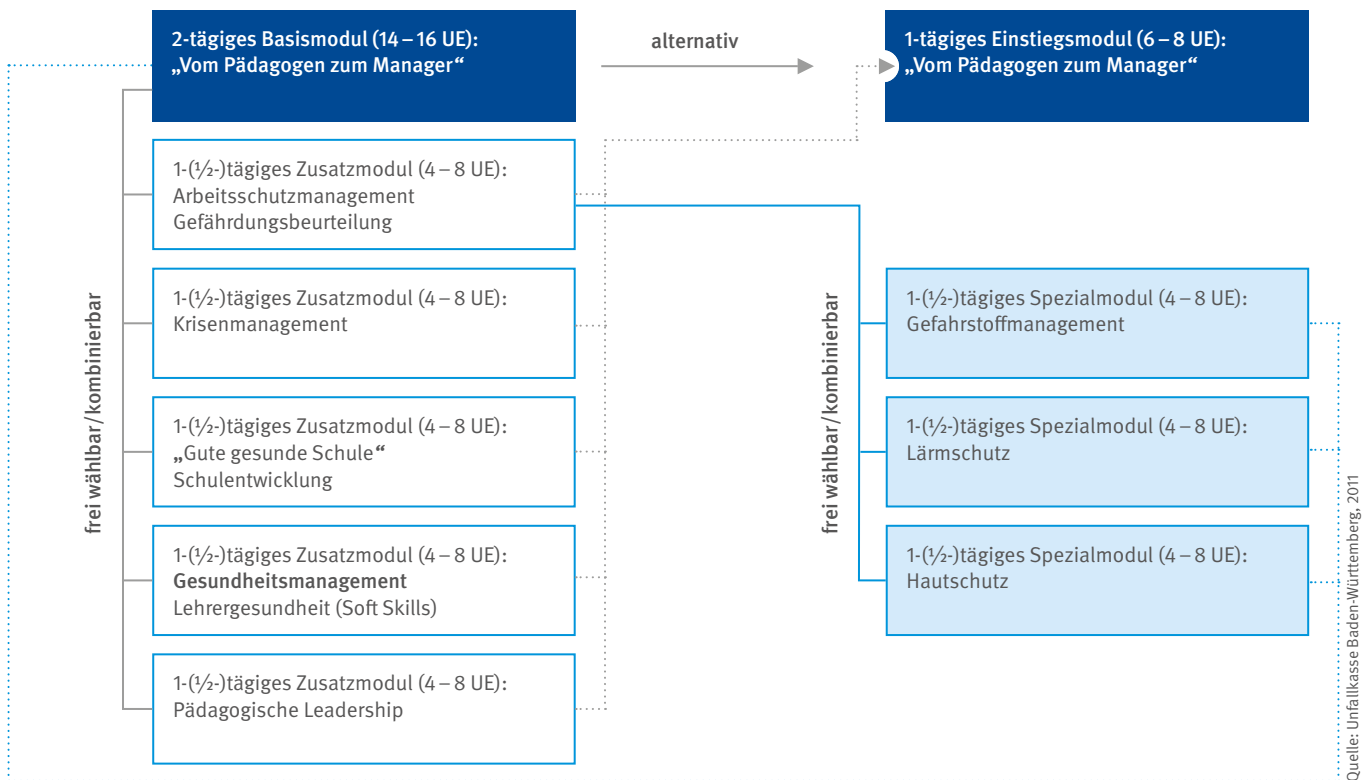


Abbildung 3: Aufbau des modularen Qualifizierungskonzepts für Schulleitungen

Als thematische Schwerpunkte der Qualifizierungsoffensive werden aus diesem Grund Inhalte wie salutogenes Führungsverhalten, Unternehmerverantwortung in Schulen, Gefährdungsbeurteilung, Krisenintervention und betriebliche Gesundheitsförderung aufgegriffen. Langfristig sollen Schulentwicklungsprozesse initiiert und aktiv unterstützt werden, um eine Präventionskultur zu entwickeln, die dazu führt, dass

- sich das Sicherheits- und Gesundheitsbewusstsein bei Lehrkräften, Schülerinnen und Schülern verbessert,
- ein gesundheitsförderliches Schulklima entsteht,
- die Unfallzahlen sinken,
- sich die Gesundheit aller schulischen Akteure verbessert,
- länderspezifische Besonderheiten im Schulentwicklungsprozess abgebildet werden.

Module des Schulungskonzepts

Das Qualifizierungskonzept für Schulleitungen orientiert sich neben den Re-

gelungen der Kultusbehörden an den Vorgaben des Sozialgesetzbuches VII „Gesetzliche Unfallversicherung“ sowie den einschlägigen Vorschriften und Regeln zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Es gliedert sich in ein Basismodul, mehrere Zusatzmodule und beispielhaft ausgewählte Spezialmodule. Die einzelnen Module können individuell zusammengesetzt und variiert werden. Die Zeitkontingente wurden auf der Grundlage bereits vorhandener und evaluierter Führungskräfte-seminare festgelegt. Bei der inhaltlichen Ausgestaltung sämtlicher Module kann auf individuelle Rahmenbedingungen, bereits bestehende Konzeptionen sowie Fortbildungs- und Qualifizierungsangebote zurückgegriffen werden.

Basismodul

Das Basismodul „Vom Pädagogen zum Manager“ bildet die Grundlage der Qualifizierungsoffensive. Es kann als ein- oder zweitägige Veranstaltung angeboten werden. Aufgrund der Inhalte und des erforderlichen Zeitkontingents wird

grundsätzlich ein zweitägiges Basismodul empfohlen. Hierfür werden 14 bis 16 Unterrichtseinheiten mit jeweils 45 Minuten eingeplant. Das alternative eintägige Basismodul umfasst sechs bis acht Unterrichtseinheiten à 45 Minuten.

Entscheidend für die breite Akzeptanz des Fortbildungsangebotes war und ist die frühzeitige Kontaktaufnahme, Absprache und Koordinierung mit der zuständigen Kultusbehörde, dem Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg. Mit den Experten der Behörde wurde die Gesamtkonzeption, Planung und Terminierung der Qualifizierungsoffensive vorgenommen. Das Ministerium ist darüber hinaus direkt an der Umsetzung vor Ort beteiligt. Weitere Kooperationspartner, wie Berufsgenossenschaften oder staatliche Arbeitsschutzbehörden werden bei Bedarf, in der Regel bei Zusatz- oder Spezialmodulen, hinzugezogen.

Zur inhaltlichen Absprache, Ausschreibung und Durchführung wurde ein Steu-

„Hinter einem hohen Sicherheitsstandard und einer hohen Gesundheitsqualität in der Schule steht immer eine Schulleitung mit einem entsprechenden Führungsverhalten.“

erkreis, bestehend aus Vertretern des Kultusministeriums, der Regierungspräsidien und der Unfallkasse Baden-Württemberg, gebildet. Die Koordinierung und Organisation der Basismodule liegt in der Regel in der Hand der Unfallkasse Baden-Württemberg.

Die Inhalte des Basismoduls „Vom Pädagogen zum Manager“ orientieren sich an den bereits erwähnten Leitmotiven und Zielsetzungen. Behandelte Themenfelder sind beispielsweise:

- Aufgabe und Rollenbild der gesetzlichen Schülerunfallversicherung
- Rechtsgrundlagen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz an Schulen
- Schulleiter/-innen im Spannungsfeld zwischen Pädagoge und Manager
- Aufbau eines schulischen Gesundheitsmanagements (Arbeitsschutz-, Gesundheits- und Krisenmanagement)
- Gefährdungsbeurteilung an Schulen
- Krisenintervention und Erste-Hilfe-Organisation an Schulen
- Lehrer- und Schülersgesundheit (psychische Fehlbelastungen, Stress etc.).

Bei der inhaltlichen Ausgestaltung der ausgewählten Themen wird primär auf den Medienpool der Unfallkasse Baden-Württemberg, des Kultusministeriums Baden-Württemberg sowie der DGUV zurückgegriffen.

Zusatzmodule

Aufbauend auf dem Basismodul werden bedarfsorientiert weitere Zusatzmodule angeboten. Sie dienen zum einen dazu, die im Basismodul angesprochenen Schwerpunkte zu vertiefen, zum anderen können aber auch neue inhaltliche Akzente gesetzt werden. Vorzugsweise werden zu den Zusatzmodulen diejenigen

Schulleitungen eingeladen, die bereits ein Basismodul absolviert haben.

Bei den Zusatzmodulen handelt sich um eintägige oder halbtägige Fortbildungsangebote. Für ganztägige Veranstaltungen werden acht Unterrichtseinheiten, für Halbtagesveranstaltungen vier Unterrichtseinheiten mit jeweils 45 Minuten angeboten. Zurzeit sind folgende Zusatzmodule möglich:

- Zusatzmodul „Arbeitsschutzmanagement – Gefährdungsbeurteilung an Schulen“
- Zusatzmodul „Krisenmanagement“
- Zusatzmodul „Gute gesunde Schule – Schulentwicklung“
- Zusatzmodul „Gesundheitsmanagement – Lehrgesundheit“.

Spezialmodule

Auch zu den Spezialmodulen werden vorzugsweise diejenigen Schulleitungen eingeladen, die bereits ein Basismodul und/oder ein Zusatzmodul absolviert haben. Spezialmodule thematisieren ausgewählte Bereiche des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Es handelt sich um halbtägige oder ganztägige Fortbildungsangebote mit vier beziehungsweise acht Unterrichtseinheiten à jeweils 45 Minuten, zum Beispiel zu den Schwerpunkten Gefahrstoffmanagement, Lärm und Lärminderungsmaßnahmen sowie Hautschutz.

Zur konsequenten Umsetzung der behandelten Inhalte in den Schulen können zu diesen Spezialmodulen neben der Schulleitung zusätzlich ausgewählte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schule eingeladen werden (zum Beispiel Sicherheitsbeauftragte, Sammlungsleiter, Gefahrstoffbeauftragte, Fachlehrkräfte).

Große Nachfrage

Das modulare Qualifizierungskonzept „Vom Pädagogen zum Manager“ wird in Baden-Württemberg seit 2008 als gemeinsames Fortbildungsangebot der Unfallkasse Baden-Württemberg und des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg durchgeführt. Mittlerweile wurden landesweit 27 zweitägige Basismodule angeboten, an denen 648 Schulleiterinnen und Schulleiter aller Schularten teilgenommen haben. Dies entspricht einer schulartübergreifenden Beteiligungsquote von durchschnittlich 16 Prozent. Bei einzelnen Schularten (zum Beispiel Gymnasien und Berufsschulen) liegt die Beteiligung sogar zwischen 30 und 40 Prozent. Aufgrund der überaus positiven Resonanz und der großen Nachfrage wird die Qualifizierungsoffensive mindestens bis Ende 2012 fortgesetzt. ●

Autor



Foto: Privat

Hans-Joachim Wachter

Bereich Bildungswesen,
Unfallkasse Baden-Württemberg
E-Mail: hans-joachim.wachter@
uk-bw.de

Erzieherinnengesundheit

Das Netzwerk für gesunde Beschäftigte in Kindertagesstätten

Mittlerweile existieren in allen Bundesländern explizite Bildungsaufträge für die frühpädagogische Arbeit mit Kindern. Diese bringen auch neue Herausforderungen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Einrichtungen mit sich.

Gesundheitliche Situation von Erzieherinnen und Erziehern

Der Bildungserfolg in Kindertageseinrichtungen hängt wesentlich vom pädagogischen Wirken der Erzieherinnen und Erzieher ab. Diese können aber nur gute Arbeit leisten, wenn sie gesund, leistungsfähig und motiviert sind und bleiben. Studien – etwa des IPAS (Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin) der Technischen Universität Dres-

den – zeigen, dass die physischen und psychischen Belastungen der Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen zugenommen haben. So werden verstärkt Rücken- und Lärmbelastungen registriert. Zunehmende Probleme bereiten auch Infektionsgefährdungen, gerade infolge des Ausbaus der Betreuung von Kindern unter drei Jahren. Ähnlich wie in Lehrberufen wird zudem ein deutlicher Anstieg der psychischen Belastungen attestiert.

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat darüber hinaus festgestellt, dass die meldepflichtigen Arbeitsunfälle der Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen haben. Ihre Anzahl stieg in den Mitgliedsbetrieben der BGW von 3.033 im Jahr 2005 auf 4.663 im Jahr 2010 – deutlich stärker als die Anzahl der versicherten Personen. Zu den häufigsten





Foto: BGW

Expertenwissen hilft beim effektiven Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Unfallursachen gehören Stürzen, Ausrutschen und Stolpern. Hier macht sich vermutlich auch wachsender Zeitdruck in den Einrichtungen bemerkbar. So ist aus der Unfallforschung bekannt, dass Zeitmangel und erhöhtes Unfallaufkommen zusammenhängen. Wer in Eile ist, macht schneller Fehler. Zeitmangel kann zudem psychische Belastungen hervorrufen, die auf Dauer zu körperlichen wie seelischen Erkrankungen führen können. Die erwähnten Studien zur gesundheitlichen Situation von Erzieherinnen und Erziehern zeigen, dass die Arbeitsverdichtung durch den gestiegenen Aufwand infolge neuer Bildungsaufträge bei immer noch zu großen Gruppen belastend wirkt. Gleichzeitig lässt sich krankheitsbedingter Ausfall von Kolleginnen und Kollegen angesichts mangelnder personeller Ressourcen oft nur schwer kompensieren.

Ein weiteres unterschätztes Problem ist die starke Zunahme psychischer Auffälligkeiten bei Kindern. Nach einer aktuellen Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) ist mittlerweile jedes vierte Kind psychisch belastet. Eine Studie des Robert-Koch-Instituts stuft 11,5 Prozent der Mädchen und 17,8 Prozent der Jungen im Alter von 0 bis 16 Jahren als verhaltensauffällig ein. Meist zeigt sich dies bereits im Kindergartenalter und stellt die Beschäftigten in den Tageseinrichtungen vor große Herausforderungen. Der mit der Dokumentationspflicht und Erziehungspartnerschaft verbundene Aufwand verstärkt wiederum den Zeitdruck in den Einrichtungen.

Vernetzung schafft Synergien

Im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) hat das IPAS in Kooperation mit der BGW im Jahr 2003 das Projekt „Netzwerk für gesunde Beschäftigte in Kindertagesstätten“ gestartet. Ziel war unter anderem die Vernetzung von Akteuren zur gemeinsamen Gestaltung von Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Kindertageseinrichtungen. Neben der Forschung zur gesundheitlichen Situation der Beschäftigten wurde im Netzwerk erstmalig eine Ausbildung von Moderatoren für Gesundheitszirkel in Kindertageseinrichtungen initiiert. Weitere Kooperationen fanden auf Ebene der Träger von Kindertageseinrichtungen statt, so wurden zum Beispiel

Leiterinnen und Leiter von Kindertagesstätten der Arbeiterwohlfahrt (AWO) in Sachsen geschult.

Seit 2006 ist das „Netzwerk für gesunde Beschäftigte in Kindertagesstätten“ in das Sächsische Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ integriert, das durch die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. (SLfG) koordiniert wird. Im Handlungsfeld Erzieherinnen- und Erziehergesundheit finden seitdem zahlreiche Veranstaltungen und Projekte statt, etwa der jährliche Fachtag „Gesund aufwachsen“.

Ein weiteres Ergebnis der Vernetzung ist das mittlerweile bundesweit beachtete Handbuch „Erzieherinnengesundheit“, das sich an Träger und Leitungskräfte von Kindertageseinrichtungen richtet. Dieses vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales herausgegebene Werk mit Fachbeiträgen der BGW, des IPAS und der IKK Sachsen stellt erstmalig alle für die Sicherheit und Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern wesentlichen Aspekte gesammelt dar.

Hoher Informationsbedarf zum Arbeits- und Gesundheitsschutz

Die Initiative zu diesem Handbuch basiert auf häufigen Bitten der Kindertageseinrichtungen um mehr Informationen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. ▶

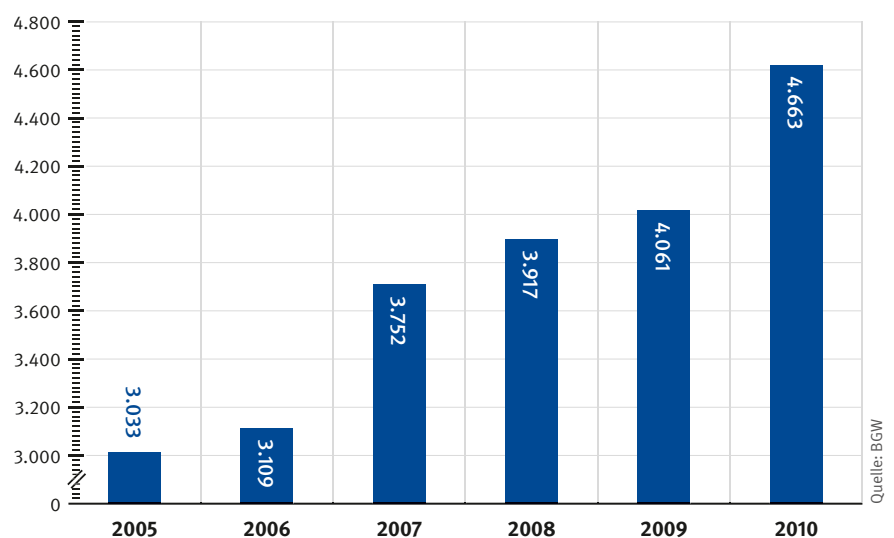


Abbildung 1: Meldepflichtige Arbeitsunfälle in Kindertageseinrichtungen (Mitgliedsbetriebe der BGW)



Khan, A.: *Gesundheitszirkel in Kindertagesstätten. Manual für die Moderation*, Saarbrücken 2008.

Sächsisches Staatsministerium für Soziales (Hrsg.): *Erzieherinnengesundheit. Handbuch für Kita-Träger und Kita-Leitungen*, Dresden 2009.

Schneewind, J. (Hrsg.): *Persönlichkeit stärken – gesund bleiben. Kraft tanken im Erzieherinnen-Alltag*, Köln 2011.

Seibt, R.; Khan, A.; Thinschmidt, M.; Dutschke, D.; Weidhaas, J.: *Gesundheitsförderung und Arbeitsfähigkeit in Kindertagesstätten. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund 2005.*

Thinschmidt, M.; Gruhne, B.; Hoesl, S.: *Forschungsbericht zur beruflichen und gesundheitlichen Situation von Kita-Personal in Sachsen. Ein Vergleich des Landkreises Torgau-Oschatz mit der Stadt Zwickau*, Dresden 2008.

Thinschmidt, M.; Stojke, J.: *Handbuch „Erzieherinnengesundheit“. Förderung des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes für Beschäftigte in Kindertageseinrichtungen. In: Trimpop, R.; Gericke, G.; Lau, J. (Hrsg.): 16. Workshop Psychologie der Arbeitssicherheit, Kröning 2010.*

Bei projektbezogenen Betriebsbesuchen stellten die Unfallversicherungsträger zudem Defizite bei der Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes fest, die meist auf mangelnden Kenntnissen der gesetzlichen Regelungen beruhten. Deshalb widmet sich ein Kapitel des Handbuchs einer umfassenden Darstellung der rechtlichen Grundlagen und der speziell für Kindertageseinrichtungen geltenden Anforderungen.

Aus den vorliegenden Studien zur gesundheitlichen Situation von Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen lassen sich vier zentrale Handlungsfelder des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ableiten: das Mindern von Lärm, rückengerechtes Arbeiten, Infektionsschutz und das Reduzieren psychischer Belastungen. Welche Themen und Maßnahmen jeweils vor Ort konkret relevant sind, zeigt die individuelle Gefährdungsbeurteilung. Diese beschreibt nicht nur Risiken und mögliche Schutzmaßnahmen, sondern hilft auch,

die Mitarbeiter zu motivieren, Arbeitsabläufe zu optimieren und die Arbeitsqualität zu steigern. Wer dabei den im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) klar definierten sieben Schritten folgt, stellt sicher, dass Gefährdungen und Belastungen frühzeitig erkannt werden. Das hilft nicht nur, die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten. Eine gut dokumentierte und laufend fortgeschriebene Gefährdungsbeurteilung schafft auch Rechtssicherheit. Im Handbuch „Erzieherinnengesundheit“ werden sowohl die wesentlichen Handlungsfelder des Arbeits- und Gesundheitsschutzes als auch die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung konkret beschrieben. Ergänzend finden sich Gute-Praxis-Beispiele sowie Arbeitshilfen – von Checklisten zur Gefährdungsbeurteilung bis zum Hygieneplan.

Wissenstransfer sicherstellen

Im Umfeld des „Netzwerk für gesunde Beschäftigte in Kindertagesstätten“ fand im Jahr 2004 das erste Kita-Symposium mit dem Titel „Qualität in stürmischen Zeiten“ als bundesweite Veranstaltung statt. Mittlerweile bietet das Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) in Dresden diese Weiterbildung alle zwei Jahre mit großem Erfolg an. Um den Informationstransfer der Inhalte des Handbuchs „Erzieherinnengesundheit“ zu gewährleisten, wurde ebenfalls eine Veranstaltung entwickelt und durchgeführt. Zur Sicherung der Nachhaltigkeit werden die Inhalte des Handbuchs seit diesem Jahr in dem neuen Seminar „Arbeits- und Gesundheitsschutz in Kindertageseinrichtungen“ für alle bei der BGW versicherten Träger und Leitungen von Kindertageseinrichtungen vermittelt.

Wie hoch der Stellenwert des Wissenstransfers zum Arbeits- und Gesundheitsschutz in Kindertageseinrichtungen ist, zeigen teilweise extrem hohe Anmeldezahlen zu angebotenen Weiterbildungen. Sicherlich haben auch die zurückliegenden Tarifeinigungen zur Sicherheit und Gesundheit von Beschäftigten in öffentlichen Kindertageseinrichtungen den Informationsbedarf zum Thema verstärkt. Für

viele Träger und Führungskräfte von Kindertageseinrichtungen ist neben den hohen Sicherheitsstandards für die betreuten Kinder inzwischen auch die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten stärker ins Bewusstsein gerückt. Es ist nun Aufgabe der für den Arbeits- und Gesundheitsschutz zuständigen Institutionen, den Wissensbedarf der Verantwortlichen in den Kindertageseinrichtungen zu decken.

Gemeinsames Handeln und die Nutzung von Synergieeffekten durch Kooperationen der zahlreichen Institutionen, die mit Kindertageseinrichtungen betraut sind, können die Sicherheit und Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern fördern. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung, die Aufsichtsbehörden der Länder und zuständigen Ministerien, Forschungseinrichtungen und, nicht zu vergessen, die Kindertageseinrichtungen selbst können die Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes fördern – wie am Beispiel „Netzwerk für gesunde Beschäftigte in Kindertagesstätten“ beschrieben. Vernetzung und Informationsaustausch stellen zukunftsweisende Aufgaben für alle Beteiligten dar. ●

Autor



Foto: Privat

Jörg Stojke

Leiter der Akademie für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
E-Mail: joerg.stojke@bgw-online.de

Beispiel Hessen

Unterstützung für die „gute gesunde Schule“



Foto: Fotolia/iko

Seit Einführung der Schülerunfallversicherung hat die Prävention in Schulen mehrere Phasen durchlaufen. Stand am Anfang die Beseitigung baulich-technischer Mängel im Vordergrund, wurde dieser Ansatz schrittweise um pädagogische Themen zur „guten gesunden Schule“ erweitert.

Bei der „guten gesunden Schule“ handelt es sich um einen „ganzheitlichen“ Ansatz, in dem die Themen Sicherheit und Gesundheit mit dem pädagogischen Auftrag der Schule verbunden und dort dauerhaft verankert werden. Die „gute gesunde Schule“ knüpft somit an die Qualitätsentwicklung der Schulen an.

Viele Akteure

An der Entwicklung hin zur „guten gesunden Schule“ wirken viele Partner mit: Neben den Schulen mit all ihren Beteiligten als Hauptakteure sind dies vor allem die Unfallversicherungsträger, aber auch Stiftungen, Initiativen, Fördervereine, Elternverbände und Partner auf lokaler Ebene. Darüber hinaus kommt den Einrichtungen der Bildungsverwaltung (Kultusministeri-

en, staatliche Schulaufsicht, pädagogische Institute) eine wesentliche Bedeutung zu. Grundidee ist, die Bildungsqualität sowie die Gesundheit und das Wohlbefinden von Schülern und Lehrkräften gleichermaßen zu verbessern, da diese Bereiche eng zusammenhängen. Eine „gute gesunde Schule“ stimmt sich intern und extern über ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag ab, setzt diesen gemeinsam mit den Kooperationspartnern um und prüft, ob die selbst gesetzten Ziele erreicht wurden. Die „gute gesunde Schule“ fördert bei den Schülerinnen und Schülern die Kompetenzen und Einstellungen, die sie für ein lebenslanges Lernen in einer sich schnell verändernden Welt benötigen.

Das Thema Gesundheit hat dabei eine dreifache Bedeutung: Die Schaffung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen kann helfen, Bildung zu unterstützen,

„Die ‚gute gesunde Schule‘ knüpft an die Qualitätsentwicklung der Schulen an.“

indem (störende) Belastungen von Schülern und Lehrkräften ferngehalten und damit Bildungsprozesse erleichtert werden. Gleichzeitig tragen viele gesundheitsfördernde Aktivitäten zur Verbesserung des Schulklimas bei und fördern so die Zufriedenheit und das Wohlbefinden der Beteiligten. Weiterhin ist eine Integration gesundheits- und sicherheitsfördernder Inhalte in den Unterricht gut möglich und dient dabei als Grundlage einer gesunden und sicheren Lebensführung auch über die Schule hinaus. ▶

Umfassendes Konzept

Die Entwicklung hin zu einer „guten gesunden Schule“ kann nur gelingen, wenn sich die Schulleitung, das Kollegium, Schüler und Eltern und auch der Sachkosten- und der Schulträger auf ein umfassendes Konzept verständigen und es gemeinsam umsetzen. Am Anfang gilt es – obgleich oft zeit- und nervenraubend –, ein gemeinsames Grundverständnis von Bildung und Gesundheit sowie vom Auftrag der Schule zu entwickeln. Weiterhin muss reflektiert werden, welche pädagogischen Aktivitäten in der Vergangenheit positiv und welche weniger gelungen waren, wie die Erwartungen von Eltern, Kindern und Trägern lauten, welche Besonderheiten und welchen Förderungsbedarf die Kinder aus dem Einzugsgebiet der Schule mitbringen („Settingansatz“), wie die Resonanz der bisherigen Arbeit bei Eltern, Kindern und Trägern war und welcher inhaltliche Schwerpunkt für die Beschäftigten der wichtigste ist. Eine solche Reflexion der bisherigen Arbeit ist ohne externe Moderation kaum möglich. Nur ein Moderator von außen bringt die notwendige Neutralität und Objektivität mit.

Mit Hilfe der beratenden Person ist es möglich, ein Konzept für die zukünftige Arbeit zu erstellen und abzustimmen. Daraus können dann Ziele abgeleitet werden, zum Beispiel:

- Verbesserung des gesundheitsfördernden Verhaltens und Abbau von Aggressionen
- Schaffung lern- und gesundheitsförderlicher Umgebungsbedingungen
- Verbesserung der internen Organisation
- Abbau von Stress und gesundheitlichen Belastungen
- mehr Bewegung
- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Schule und Eltern, Leitung und Kollegium sowie zwischen den Lehrkräften.

Die Schule versucht dann, gemeinsam mit ihren Partnern, die gesteckten Ziele zu erreichen. Sie wird bei einzelnen Maßnahmen von ihren fachlich zuständigen Partnern unterstützt. Für die langfristige Wirkung ist wichtig, dass die Initiative für



Die zentrale Informationsquelle für die hessischen Schulen im Internet: das „Schulportal Sicherheit und Gesundheit“

die Veränderungen und Maßnahmen bei der Schule liegt und alle Aktivitäten von der gesamten Schulgemeinschaft mitgetragen werden. Die eigentliche Steuerung sollte eine Steuerungsgruppe übernehmen, in der Vertreter der verschiedenen innerschulischen Institutionen und der Projektpartner vertreten sind.

Zum Konzept der „guten gesunden Schule“ gehört auch eine kontinuierliche Evaluation der Erreichung der Ziele. Je nach Ziel können dabei Befragungen (zum Beispiel zu Schulklima, Zufriedenheit), Auswertungen von Daten (Unfälle, Arbeitsunfähigkeitstage), Interviews oder Beobachtungen als Instrumente eingesetzt werden. Die Ergebnisse der Evaluation dienen dazu, das Konzept der „guten gesunden Schule“ fortzuentwickeln und auszubauen. Durch die Reflexion des Erfolgs der Maßnahmen schließt sich der Regelkreis – es können neue Maßnahmen geplant und durchgeführt werden.

Hilfen beim schulischen Entwicklungsprozess

Kultusministerien, Unfallversicherungsträger und externe Partner können und sollen den Prozess hin zu einer „guten gesunden Schule“ begleiten und unterstützen. In Hessen erfolgt die Unterstützung durch das Landesprogramm „Schule & Gesundheit“ und die Unfallkasse Hessen, die in diesem Bereich eng kooperieren.

Zertifizierungsverfahren

Wichtig ist – neben einer fachlichen Beratung – vor allem ein Feedback, ob die in der Schule geplanten Maßnahmen und Projekte tauglich und nachhaltig sind. Zu diesem Zweck haben alle Schulen das Recht, ihre Aktivitäten zertifizieren zu lassen. Durch den „Blick von außen“ wird sichergestellt, dass kein wesentlicher Aspekt übersehen wurde. Im Gesundheits-Qualitäts-Zertifizierungsverfahren (GQ) führt die Schule (vertreten zum Beispiel durch die Schulprogrammgruppe oder durch ein Gesundheitsteam) mit Hilfe einer Checkliste zunächst eine Selbstbewertung durch, um ihren aktuellen Entwicklungsstand mit dem Schwerpunkt „Gesundheit“ belegbar zu reflektieren. Sie bespricht das Ergebnis dann mit den „Generalisten“, die am staatlichen Schulamt für das Landesprogramm „Schule & Gesundheit“ zuständig sind. Das Schulamt führt anschließend – gegebenenfalls mit externen Partnern – mit dem gleichen Instrument eine Fremdbewertung durch. In einem gemeinsamen Auswertungsgespräch werden der Grad der Übereinstimmung von Selbst- und Fremdbewertung sowie die Stärken und Entwicklungsperspektiven für die Schule diskutiert und schriftlich konkrete Absprachen über die Entwicklungsziele der nächsten zwei Schuljahre vereinbart. Erfüllt die Schule das Anforderungsprofil, erhält sie das (Teil-)Zertifikat für vier Jahre. Über den

„Grundidee ist, die Bildungsqualität sowie die Gesundheit und das Wohlbefinden von Schülern und Lehrkräften gleichermaßen zu verbessern, da diese Bereiche eng zusammenhängen.“



Paulus, P. (Hrsg.): *Bildungsförderung durch Gesundheit – Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule*, Weinheim und München, Juventa Verlag 2010.

www.schuleundgesundheit.hessen.de

www.schulportal-hessen.de

www.anschub.de

Erwerb des Zertifikates werden alle relevanten Gremien sowie die Presse informiert.

Ende 2010 gab es in Hessen 461 zertifizierte Schulen (von insgesamt 2.027) mit 825 Teilzertifikaten. Die meisten Teilzertifikate entfielen auf die Themen Bewegung und Wahrnehmung (351), Sucht- und Gewaltprävention (164), Ernährung und Verbraucherbildung (162), Umwelterziehung und Bildung für eine nachhaltige Entwicklung (55) sowie Verkehrserziehung und Mobilitätsbildung (52). Das Gesamtzertifikat „Gesundheitsfördernde Schule“ (25) sowie das Zertifikat Lehrerinnen- und Lehrgesundheit sind hingegen noch selten. Die bislang relativ geringe Anzahl der Gesamtzertifikate begründet sich in den zu erfüllenden Voraussetzungen: Schulen müssen vier Teilzertifikate nachweisen, eine Struktur des Gesundheitsmanagements aufgebaut sowie die Themen Arbeitsschutz und Gesundheitsschutz implementiert haben. Die Zahl der Gesamtzertifikate steigt aber kontinuierlich an. Ein Zertifikat „Schulsanitätsdienste“ ist für den fakultativen Bereich in Abstimmung.

Servicestelle

Zur Unterstützung des Gesamtprozesses hin zur „guten gesunden Schule“ und als Anlaufstelle für alle Beteiligten wurde in Hessen eine „Servicestelle Schule & Ge-

sundheit“ eingerichtet. Die Servicestelle ist an der Qualifizierung von Lehrkräften, Referendaren und Schulleitungen beteiligt. Sie berät auch Schulen, bei denen eine Differenz zwischen Selbst- und Fremdbewertung besteht, und entwickelt mit ihnen einen Plan, um das Schulprofil durch Gesundheitsförderung gezielt zu verbessern.

Schulportal mit Selbstcheck

Der Bereich der Sicherheit ist zunächst nur für den Erwerb des Gesamtzertifikats wichtig: Gesamtzertifizierte Schulen dürfen nicht durch überdurchschnittliche Unfallzahlen auffallen. Um Schulen auch in diesem Bereich zu unterstützen, wurde im Rahmen des „Schulportals Sicherheit und Gesundheit“, das gemeinsam von der Unfallkasse Hessen und dem Hessischen Kultusministerium getragen wird, ein Selbstcheck zur schulischen Organisation von Sicherheit und Gesundheit eingestellt. Zu jeder Frage werden elektronisch zahlreiche Informationen über den fachlichen und juristischen Hintergrund angeboten. Die Auswertung erfolgt direkt: Die Schule erhält sowohl eine Gesamtbewertung als auch eine „To-do-Liste“ zur Verbesserung ihrer Organisation. Bisher wurde der Selbstcheck von 680 Schulen (25 Prozent) genutzt. Das Schulportal versteht sich als zentrale Informationsquelle für alle hessischen Schulen zu den Themen Sicherheit und Gesundheit. Teilweise öffentlich, teilweise in einem geschützten Bereich mit individuellem Passwort erreichbar finden Schulen dort zahlreiche Informationen, eine elektronische Unfallanzeige, E-Learning-Module und viele andere Unterstützungsangebote. Das Schulportal ist mit den Internetseiten der Kooperationspartner verbunden und wird kontinuierlich ausgebaut.

Angebote nutzen

Allen Schulen stehen selbstverständlich die zahlreichen Unterstützungsangebote der Unfallkasse Hessen zur Verfügung, etwa zu den Themen Ballsport, Lärmreduktion, Innenraumbelastung, Bildung von Schulsanitätsdiensten und vielen mehr. Diese Angebote ergänzen die oben beschriebenen Unterstützungsmaßnahmen von „Schule & Gesundheit“. In Planung ist die Einführung eines obligatorischen Seminars zu Sicherheit und Gesundheit in die Lehrkräfteausbildung, um zumindest die nachfolgenden Lehrergenerationen von Beginn ihrer Tätigkeit an für diese Themen zu sensibilisieren.

In der bisherigen Praxis wurde deutlich, dass Schulen auf ihrem Weg zur „guten gesunden Schule“ Unterstützung von vielen Seiten benötigen und eine solche Schwerpunktsetzung einen langfristigen Prozess darstellt. Die Grundlagen dafür sind in vielen Bundesländern bereits vorhanden – sie müssen nur genutzt werden. ●

Autor



Foto: DGUV / Funck

Dr. Torsten Kunz

Präventionsleiter,
Unfallkasse Hessen
E-Mail: t.kunz@ukh.de

Gute und gesunde Schule

Das ergonomische Klassenzimmer

Zu einer guten und gesunden Schule gehören gut gestaltete Räume. Zwei Klassenräume in Nordrhein-Westfalen und in Sachsen wurden kürzlich modellhaft umgestaltet.

Die DGUV und ihre Mitglieder verfolgen das Ziel, für mehr Sicherheit und Gesundheit in Kindertageseinrichtungen und Schulen zu sorgen. Im Schulbereich wird dazu das von der Selbstverwaltung der DGUV befürwortete Modell der „Guten und gesunden Schule“ weiterentwickelt. Dieser Ansatz bietet viele Anknüpfungspunkte, um Sicherheits- und Gesundheitsthemen in Schulen zu integrieren und damit gleichzeitig einen Beitrag zu einer besseren Schulqualität zu leisten.

Im Rahmen des DGUV-Projekts „Das ergonomische Klassenzimmer – ein Beitrag zur guten und gesunden Schule“ wurden zur Optimierung der Lern- und Arbeitsbedingungen zwei Klassenzimmer beispielhaft umgestaltet. Diese Musterklassenzimmer stellen eine anschauliche

Hilfe für Schulen, Architekten und Sachkostenträger dar.

Rahmenbedingungen für das Projekt

Unter Einbindung der zuständigen Unfallversicherungsträger erfolgte die Umgestaltung jeweils in einem Klassenzimmer einer Hauptschule in Hennef (Nordrhein-Westfalen) und einer Grundschule in Dresden (Sachsen). Bei der Auswahl der Schulen wurde auf eine für die jeweilige Region typische Bausubstanz des Gebäudes geachtet. Der Umbau fand unter folgenden gesundheits- und lernförderlichen Aspekten statt:

- Akustik
- Belüftung
- Ergonomie
- Beleuchtung.

Akustik

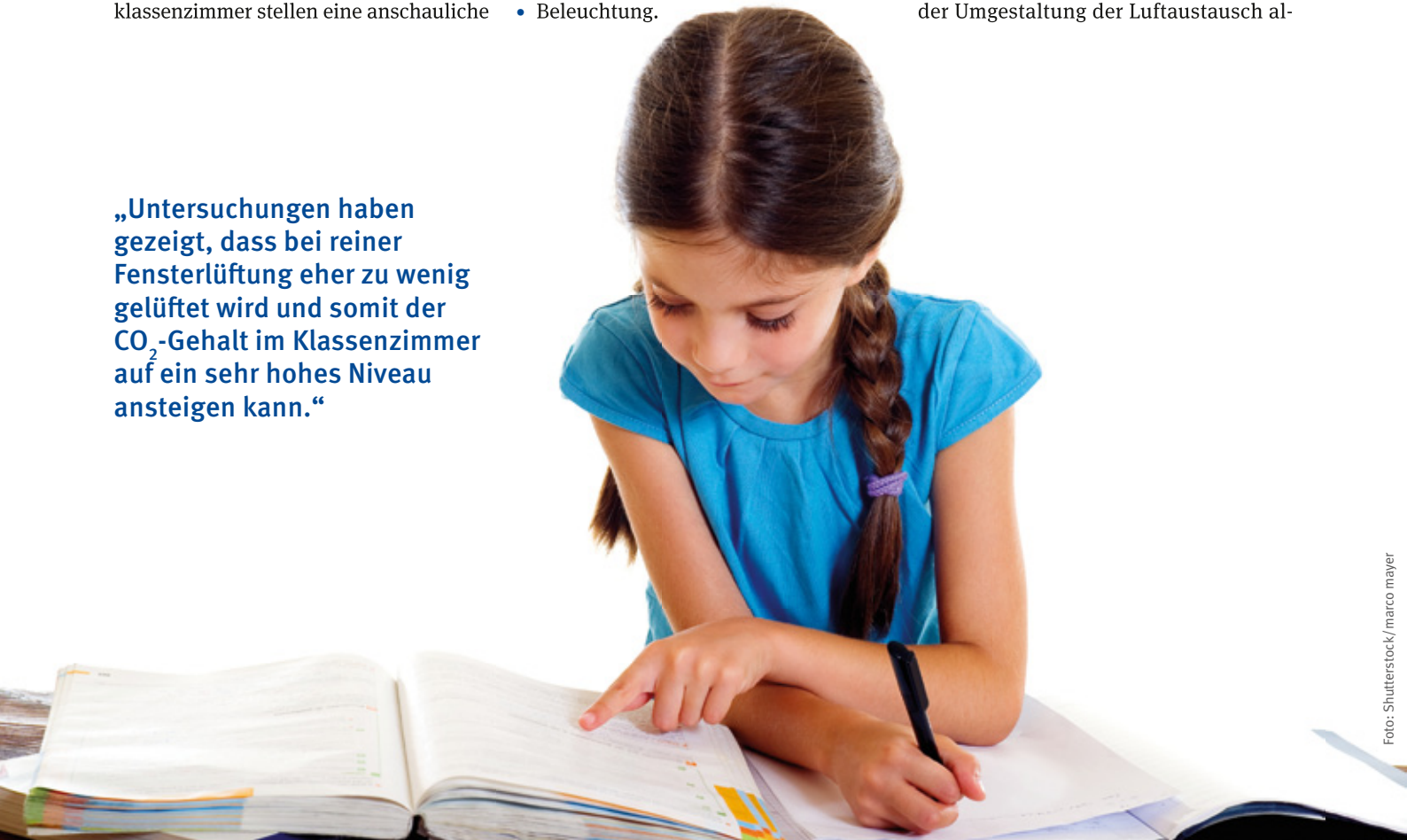
Im Klassenzimmer in der Grundschule in Dresden lagen vor der Umgestaltung aufgrund der schallharten Betondecke unzureichende akustische Verhältnisse vor. Der Einbau einer Akustikdecke reduzierte die Nachhallzeiten und verbesserte die Sprachverständlichkeit deutlich.

Im Klassenzimmer in der Hauptschule in Hennef lag durch eine gedämmte Holzdecke bereits eine hinreichend gute Akustik vor. Diese konnte durch den Einbau einer Akustikwand im oberen Bereich der Rückwand weiter verbessert werden (siehe [Abbildung 1](#)).

Belüftung

In beiden Klassenzimmern erfolgte vor der Umgestaltung der Luftaustausch al-

„Untersuchungen haben gezeigt, dass bei reiner Fensterlüftung eher zu wenig gelüftet wird und somit der CO₂-Gehalt im Klassenzimmer auf ein sehr hohes Niveau ansteigen kann.“





Fotos: Floß

Abbildung 1: Klassenzimmer in Dresden vor der Umgestaltung mit einer schallharten Betondecke (links) und in Hennef nach der Umgestaltung mit einer Akustikwand an der Rückseite (rechts)



Abbildung 2: Klassenzimmer in Hennef vor der Umgestaltung mit reiner Fensterlüftung und Doppeltischen für die Schüler (links) und in Dresden nach der Umgestaltung mit zwei dezentralen Lüftungsgeräten unter den Fenstern sowie Einzeltischen, die höhenverstellbar sind (rechts)

lein über die Fenster. Untersuchungen haben gezeigt, dass bei reiner Fensterlüftung eher zu wenig gelüftet wird und somit der CO₂-Gehalt im Klassenzimmer auf ein sehr hohes Niveau ansteigen kann. Ein hoher CO₂-Gehalt kann zu Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten führen. Daher wurden in beiden Klassenzimmern unterhalb der Fenster jeweils zwei Lüftungsgeräte mit Außenluftansaugung installiert, die eine gute Luftqualität gewährleisten (siehe [Abbildung 2](#)).

Ergonomie

Vor der Umgestaltung waren die Klassenräume an beiden Schulen mit Doppeltischen ausgestattet (siehe [Abbildung 2](#), links). Weder Stühle noch Tische waren höhenverstellbar. Flexible Aufstellungen im Raum für verschiedene Unterrichtsformen waren kaum möglich. Schulranzen wurden am Tisch aufbewahrt und bildeten somit erhebliche Stolpergefahren. Die Tafel war zwar höhenverschiebbar, aber fest an der vorderen Wand des Klassenraums befestigt.

Das Mobiliar wurde durch höhenverstellbare Einzeltische und Stühle ersetzt ([Abbildung 2](#), rechts und [Abbildung 3](#)). Die neuen Stühle ermöglichen ein dynamisches Sitzen. Der Lehrertisch in Dresden ist so weit höhenverstellbar, dass auch im Stehen an ihm gearbeitet werden kann. In Hennef ist zusätzlich zum Lehrertisch ein Stehpult vorhanden. Rollen an den Tischen ermöglichen einen schnellen Wechsel der Aufstellung im Raum. ▶

„Nach der Umgestaltung stehen nun je nach Unterrichtssituation drei verschiedene Beleuchtungsszenarien zur Verfügung. Die Grundbeleuchtung beträgt 500 Lux bei neutralweißer Lichtfarbe.“

Arbeitsmaterialien und Schulranzen sind in Regalen untergebracht, die auf Rollen fahrbar und somit als Raumteiler einsetzbar sind. Tafel und Pinnwände sind auf einem flexiblen Schienensystem an mehreren Wänden der Klasse angebracht (siehe [Abbildung 3](#)).

Beleuchtung

Die Mindestwerte für die Beleuchtungsstärke wurden nur zum Teil eingehalten und erfüllten nicht die in der Norm DIN EN 12464 (Licht und Beleuchtung – Be-

leuchtung von Arbeitsstätten) angegebenen Werte. Durch die Farbgestaltung entsprach auch die Leuchtdichteverteilung im Raum nur zum Teil den empfohlenen Werten.

Bezüglich der natürlichen Beleuchtung wurde zwar das gewünschte Verhältnis Fenster-/Raumgrundfläche eingehalten, der Tageslichtanteil im Raum war jedoch zu gering. Der Sonnenschutz bestand in Dresden aus einer mechanisch verfahrenbaren und damit in der Regel in einer

festen Stellung belassenen Jalousie. In Hennef diente als Sonnenschutz eine elektrisch bedienbare Außenjalousie mit halbdurchsichtigem gelbem Stoff.

Nach der Umgestaltung stehen nun je nach Unterrichtssituation drei verschiedene Beleuchtungsszenarien zur Verfügung. Die Grundbeleuchtung beträgt 500 Lux bei neutralweißer Lichtfarbe. Ein Szenario zur Aktivierung der Schüler besteht aus tageslichtweißem Licht mit einer Beleuchtungsstärke von 1.000 Lux.

Fotos: Floß



Abbildung 3: Klassenzimmer in Dresden nach dem Umbau, höhenverstellbare Einzeltische für die Schüler (links) und höhenverstellbarer Lehrertisch, auch für Gruppenarbeit geeignet (rechts)



Abbildung 4: Beleuchtung im Klassenzimmer in Dresden (links) und in Hennef (rechts), jeweils nach der Umgestaltung

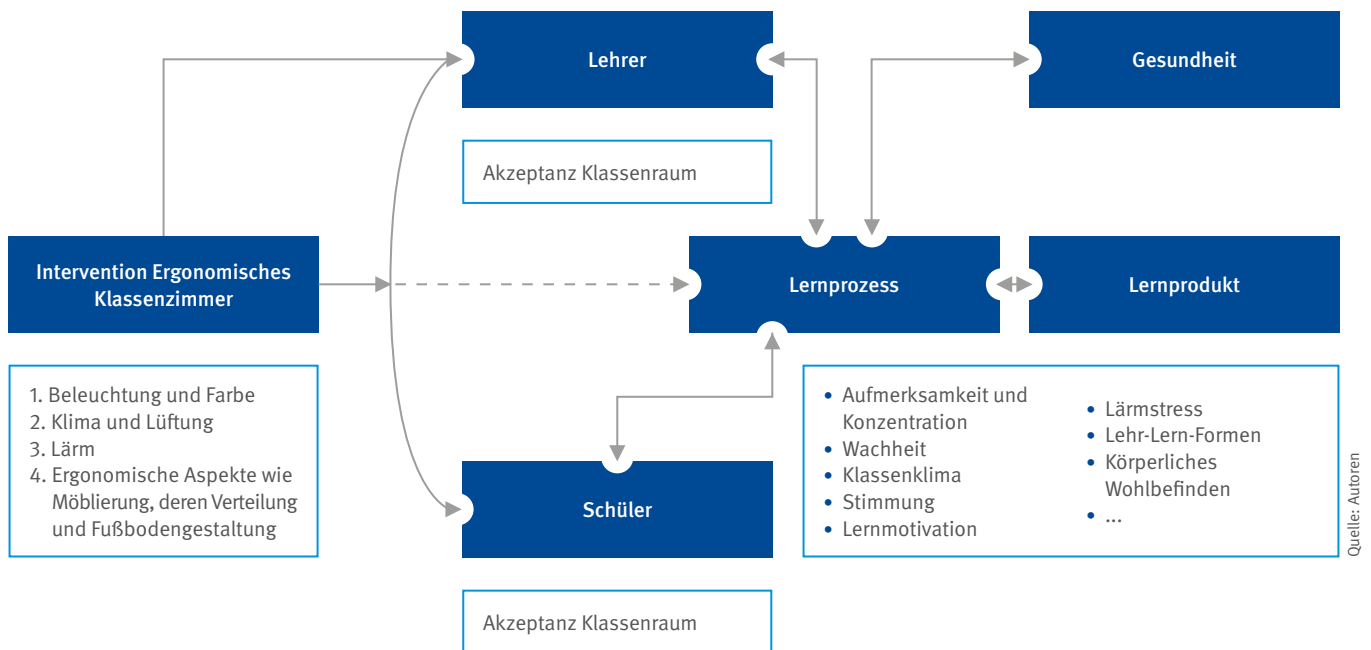


Abbildung 5: Das der Evaluation zugrundeliegende Wirkmodell

Zur Beruhigung kann warmweißes Licht bei 300 Lux eingestellt werden (siehe [Abbildung 4](#)).

Zur Optimierung der natürlichen Beleuchtung wurden in Dresden Jalousien eingesetzt, die das Tageslicht weit in den Raum hinein lenken. Sie sind elektrisch verfahrbar und somit leichter nutzbar als bisher. In Hennef wurde zum besseren Blendschutz und zur besseren Farbwiedergabe im Klassenraum der gelbe Stoff der Außenjalousie gegen einen farbneutralen Stoff ausgetauscht. Die Farbgestaltung der Räume und der Möblierung erfolgte nach einem psychologisch abgestimmten Konzept.

Evaluation

Die Evaluation soll feststellen, ob das nach ergonomischen Gestaltungsprinzipien eingerichtete Klassenzimmer gesundheits- und lernförderlicher ist als ein an dieser Schule typisches Vergleichszimmer. [Abbildung 5](#) gibt das zugrunde liegende Wirkmodell wieder.

Die Untersuchung erfolgt nach einem Versuchs-Kontrollgruppen-Design und umfasst mehrere Messungen über ein gesamtes Schuljahr. Die Daten werden mithilfe verschiedener standardisierter Fragebögen (Selbst- und Fremdeinschätzung) sowie einer Beobachtung des Unterrichts erhoben. Weiterhin wird ein Test zur objektiven Erfassung der Aufmerksamkeitsleistung eingesetzt.

Die ersten Evaluationsergebnisse zeigen, dass die Lehrer und Schüler beider Schulen das neue Klassenzimmer sehr positiv bewerten. Beleuchtung, Mobiliar, Farbgestaltung und auch die Akustik werden von den Schülern und Lehrern übereinstimmend als sehr arbeitsförderlich eingeschätzt. Die Lehrer betonen, dass durch die Einführung des ergonomischen Klassenzimmers eine deutliche Reduzierung des Lärmstress erreicht wurde. Außerdem berichten sie, dass sich die Schüler nach der Umgestaltung der Klassenzimmer im Unterricht besser konzentrieren können. ●

Autoren

Thomas von der Heyden, Simone Peters, Jürgen Maue, Sandra Dantscher, Frank Breuer, Susan Freiberg, Renate Hanßen-Pannhausen, Anna-Maria Hessenmöller, Hanna Zieschang

Kontakt



Andrew Orrie

Leiter des Referats Schulen, DGUV
E-Mail: andrew.orrie@dguv.de

Präventionsprojekt TAQP

Ganzheitliche präventive Arbeitsgestaltung im Flughafenbetrieb

Der demografische Wandel erfordert besondere Anstrengungen, um die Gesundheit aller Mitarbeiter zu erhalten. Ein erfolgversprechender Weg ist die ganzheitliche präventive Arbeitsgestaltung. Das Projekt TAQP, ein Gemeinschaftsprojekt der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Fraport AG, verfolgte diesen Ansatz.

Die häufig beschriebenen strukturellen Veränderungen in Wirtschaft und Gesellschaft prägen die Gestalt der modernen Arbeitswelt nicht erst in der Zukunft, sondern schon heute. Im Zeichen des demografischen Wandels sind Unternehmen auf Mitarbeiter angewiesen, die in jungen Jahren gesund und leistungsfähig sind und dies bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter auch bleiben. Die Unternehmen sind daher aus eigenem Interesse gezwungen, sich verstärkt Gedanken nicht nur um die sichere und gesunde, sondern insbesondere auch um die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit zu machen. Dies gilt vor allem für Arbeitsplätze, die durch hohe physische Belastungsfaktoren gekennzeichnet sind. Eine zentrale Bedeutung kommt hierbei einem präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutz zu.

Das Projekt TAQP

Das Projekt „TAQP – Technologieinnovation, Arbeitsorganisation, Qualifizierung und Prävention: Systematisches Handlungskonzept für Produktivität und Gesundheit“ setzte hier mit einer arbeitswissenschaftlich basierten, ganzheitlichen Vorgehensweise an. Es wurde gemeinsam von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und der Betreiberin des Frankfurter Flughafens, der Fraport AG, durchgeführt. Ziel des Projekts war die Entwicklung und Erprobung von Vorgehensweisen und Methoden zur Integration der Prävention bei der Einführung neuer technischer Arbeitssysteme beziehungsweise bei der Reorganisation von Arbeitsabläufen.

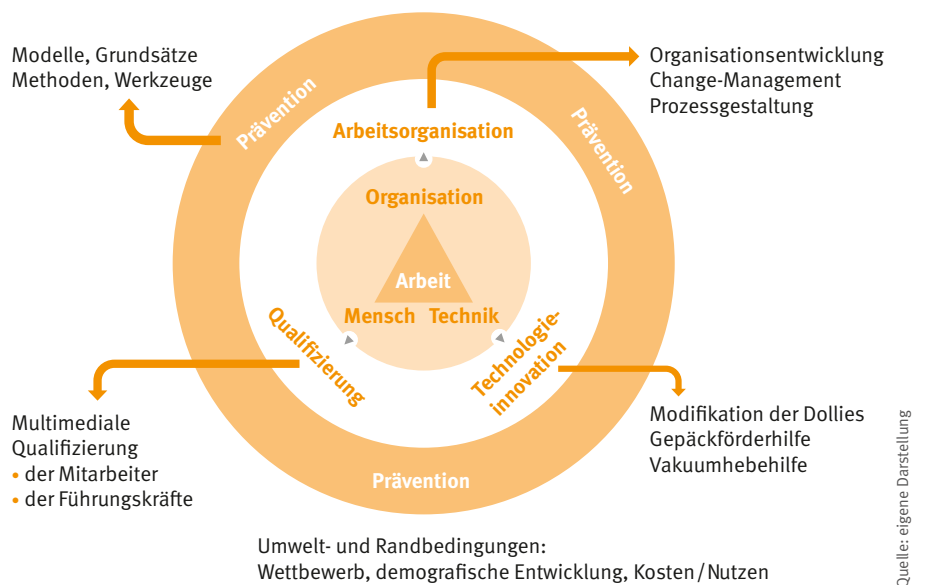


Abbildung 1: Arbeitswissenschaftlicher Ansatz des Projekts TAQP

TAQP wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Förderprogramms „Innovationsfähigkeit in einer modernen Arbeitswelt“, Förderschwerpunkt „Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz“, gefördert sowie seitens des Europäischen Sozialfonds unterstützt. Das Fördervolumen betrug insgesamt rund 1,7 Millionen Euro. Nach vierjähriger Laufzeit wurde das Projekt TAQP vor Kurzem erfolgreich abgeschlossen.

Gestaltungsfeld Flughafen Frankfurt am Main

Der Flughafen Frankfurt am Main als größter deutscher und europaweit drittgrößter Verkehrsflughafen steht hier stellvertre-

tend für die gesamte Branche. Als wirtschaftlich orientiertes Unternehmen unterliegt die Fraport AG einem stetigen Zwang zur Steigerung der Effizienz und Produktivität bei sich verschärfenden gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen.

Die Bereiche Bodenverkehrsdienste (Lade- und Gepäckservice) sowie Luftsicherheitskontrolle der Fraport AG, deren Beschäftigte besonderen Belastungssituationen ausgesetzt sind, bildeten die zwei betrieblichen Gestaltungsfelder für das Projekt. Es handelt sich um komplexe Bereiche, die nach einer differenzierten Logistik funktionieren, was die Arbeitsorganisation, den Technikeinsatz, das Ar-

beitszeitmanagement, den Personaleinsatz und die Sicherheitsstandards betrifft. Das dritte Gestaltungsfeld wurde durch ein umfassendes Handlungskonzept für die Integration von Prävention und Innovation, welches die Personal- und Organisationsentwicklung einschließt, gebildet.

Der arbeitswissenschaftliche Ansatz des Projekts

Arbeit findet stets im Spannungsfeld zwischen Mensch, Organisation und Technik statt. Soll die Arbeit in einem Unternehmen menschengerecht gestaltet werden, so sind konsequenterweise alle drei Dimensionen zu betrachten. Dieser Anspruch ist nicht nur arbeitswissenschaftlich begründet. Er wird auch vom Arbeitsschutzgesetz in aller Deutlichkeit so gestellt.

Das Projekt TAQP beschäftigte sich aus Gründen der Komplexitätsreduktion zunächst nur mit Teilaspekten der drei Dimensionen Mensch, Organisation und Technik. In der Dimension Technik wurden innovative Technologien (T) für die Gepäckverladung, in der Dimension Organisation Teilaspekte der Arbeitsorganisati-

on (A) für die Gepäckverladung und Luftsicherheitskontrolle und in der Dimension Mensch ausgewählte Qualifizierungsaspekte (Q) für den Bereich Gepäckverladung betrachtet. Die Prävention (P) aus Sicht des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bildete die integrative Klammer um diese drei Teilaspekte (Abbildung 1).

Im Folgenden werden die wichtigsten Erkenntnisse und durchgeführten Maßnahmen erläutert. Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse enthält der Projektabschlussband.¹

Ergebnisse im Bereich Bodenverkehrsdienste

Die beiden Handlungsfelder in diesem Interventionsbereich sind die manuelle Gepäckbe- und -entladung von Flugzeugen sowie die manuelle Umladung der ausgeladenen Gepäckstücke von Gepäckwagen und -containern auf die Förderbänder der automatischen Gepäckförderanlage.

Entlastung bei der Gepäckverladung

Die Tätigkeit in der manuellen Be- und Entladung von Fluggepäck ist gekenn-

zeichnet durch eine hohe körperliche Belastung. Sie umfasst das Handhaben von bis zu 40 Kilogramm schweren Gepäckstücken, die in gebeugter oder kniender Haltung im Flugzeugrumpf, nicht selten über Kopf oder körperfern, bewegt werden müssen (Abbildung 2). Das Gewicht eines Gepäckstücks ist dabei von außen oft nicht erkennbar, so dass sich der Mitarbeiter nur ungenügend auf die Last einstellen kann. Außerdem sind die Griffe an den Gepäckstücken häufig beschädigt oder ergonomisch ungünstig angebracht. Bei in der Spitze bis zu 1.000 Gepäckstücken pro Schicht, die zudem unter Zeitdruck bewegt werden müssen, sind körperliche Beschwerden im Rücken- beziehungsweise Lendenwirbelsäulenbereich fast schon vorprogrammiert.

Es wurde daher zur Unterstützung der Verladetätigkeit ein neues technisches System eingeführt: ein in den Flugzeugrumpf ausziehbarer Rollbettförderer, kombiniert mit einem speziell entwickelten manuell höhenverstellbaren Förder-tischaufsatz (Abbildung 3). ▶



Abbildung 2: Manuelle Gepäckverladung im Flugzeugrumpf ohne technische Unterstützung



Abbildung 3: Technisch unterstützte Gepäckverladung im Flugzeugrumpf

„Das Ziel war, den präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutz nicht als separate Unternehmensaktivität zu betreiben, sondern als integralen Bestandteil der Managementprozesse automatisch und vor allem zwingend zu berücksichtigen.“

Mit den herkömmlichen Förderbändern konnten Gepäckstücke bislang nur bis zum Laderaumeingang transportiert werden. Von hier aus musste das Gepäck in den zum Teil sehr langen und niedrigen Laderäumen manuell zum Stapelort transportiert und dort mit oftmals erheblichem Kraftaufwand gestapelt werden. Mit dem neuen ausziehbaren Gepäckverladesystem können die Gepäckstücke nun direkt an nahezu jede Stelle des Laderaums gebracht und mit Hilfe des höhenverstellbaren Fördertisches mit deutlich weniger Kraftaufwand auch in verschiedene Stapelhöhen verladen werden.

Die körperliche Belastung bei der Verladetätigkeit konnte deutlich verringert werden: Messungen mit dem vom Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA) entwickelten CUELA-Messsystem (Abbildung 4) ergaben, dass die mittlere Haltedauer eines Gepäckstücks durch das neue System halbiert wird. Über eine Verringerung des insgesamt gehobenen Gewichts pro Verladevorgang kann zwar keine auf

Messungen basierende Aussage gemacht werden, da eine entsprechende Sensorik in der derzeitigen Entwicklungsstufe des CUELA-Systems noch nicht verfügbar ist. Jedoch bestätigten die subjektiven Angaben der Mitarbeiter aus zwei Mitarbeiterbefragungen auch in dieser Beziehung eine deutliche Entlastung.

Diese mögliche Entlastung der Mitarbeiter durch das neue Verladesystem kann jedoch nur dann voll ausgeschöpft werden, wenn einerseits die Mitarbeiter entsprechend qualifiziert werden und andererseits die mit dem Be- und Entladen verbundenen Dispositions- und Arbeitsprozesse entsprechend organisiert sind. Im Rahmen des ganzheitlichen Ansatzes des Projekts TAQP wurden daher auch hierzu entsprechende Gestaltungsmaßnahmen durchgeführt.

Entlastung im Gepäckservice

Die Tätigkeit im zweiten Handlungsfeld der Bodenverkehrsdienste, im Gepäckservice, ist ebenfalls durch eine hohe körperliche Belastung durch das Heben und Tragen

vieler und teilweise sehr schwerer Gepäckstücke unter Zeitdruck gekennzeichnet. Die Tätigkeit besteht aus der manuellen Umladung von Gepäckstücken von einem Gepäckwagen auf ein Förderband. Die Gepäckstücke müssen hierbei in teilweise körperferner und gebeugter Haltung aus dem Gepäckwagen oder -container entnommen und über eine Distanz von rund zwei Metern getragen werden (Abbildung 5).

Auch hier wurde ein neues technisches System zur Unterstützung der manuellen Gepäckhandhabung eingeführt: eine Vakuumhebehilfe, mit der mittels eines Hebeschlauchs und eines Vakuumsaugkopfes Gepäckstücke bis zu einem Gewicht von 40 Kilogramm nahezu ohne eigenen Kraftaufwand gehoben und transportiert werden können (Abbildung 6).

Eine Analyse der Erprobungsphase ergab, dass mit der Vakuumhebehilfe zirka 90 Prozent des Transfergepäckes gehandhabt werden können. Die auch hier durchgeführte Belastungsmessung mittels des CUELA-Systems zeigte, dass durch den



Fotos: Fraport AG

Abbildung 4: Mit dem CUELA-Messsystem werden Belastungen des Muskel-Skelett-Systems personenbezogen erfasst.



Abbildung 5: Manuelle Gepäckhandhabung in der Transferzentrale ohne technische Unterstützung

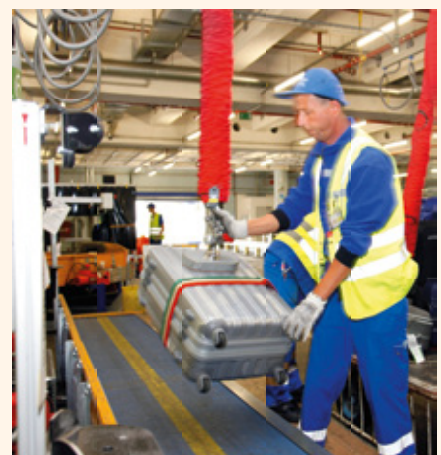


Abbildung 6: Technisch unterstützte Gepäckhandhabung

*

1 **Abschlusspublikation zum Projekt TAQP:** „Technologieinnovation, Arbeitsorganisation, Qualifizierung, Prävention – Systematisches Handlungskonzept für Produktivität und Gesundheit (TAQP), Teilvorhaben Prävention in altersgemischten Belegschaften – Umsetzung, Akzeptanz, Transfer“. Der Abschlussbericht kann als PDF-Datei von der Projektseite bei der DGUV (www.dguv.de, Webcode: d102338) heruntergeladen oder in gedruckter Form bei der DGUV bezogen werden.

Einsatz der Hebehilfe das pro Entladevorgang gehobene Gesamtgewicht um bis zu 85 Prozent reduziert wird. Dieser objektiv gemessene Befund wird durch die subjektive Aussage der Mitarbeiter, sich am Ende der Schicht weniger erschöpft zu fühlen, bestätigt.

Auch hier kann das volle Entlastungspotenzial erst ausgeschöpft werden, wenn durch Schulungsmaßnahmen die sichere und gesunde Anwendung des technischen Hilfsmittels gewährleistet ist und zugleich eine konsequente gesundheitsgerechte Optimierung der zugehörigen Prozesse erfolgt (zum Beispiel eine gleichmäßige Verteilung der Gepäckwagen auf die einzelnen Arbeitsstellen in Spitzenzeiten oder eine entsprechende Mitarbeiterrotation).

Ergebnisse im Bereich Luftsicherheitskontrolle

Im Bereich Luftsicherheitskontrolle zählen mentale Beanspruchungen im Umgang mit den Passagieren zu den hauptsächlich gesundheitlichen Gefährdungen für die Beschäftigten. Der Schwerpunkt der Projektaktivitäten in diesem Bereich lag auf der Gestaltung der Arbeitsorganisation sowie des Arbeitsumfeldes. Untersucht wurden Möglichkeiten der Schichtplangestaltung und der Rotation zwischen den einzelnen Arbeitsplätzen an der Kontrollstelle sowie Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsumgebung, zum Beispiel die Verringerung des Umgebungslärms und die gezielte Lenkung von Passagierströmen zwecks gleichmäßiger Auslastung der einzelnen Kontrollstellen.

Außerdem wurde die Kontrollstelle nach ergonomischen Gesichtspunkten neu

gestaltet. Des Weiteren wurden Mitarbeiterbefragungen zu Aspekten der Unternehmenskultur wie Führung, Kommunikation, Qualifizierung, Wertschätzung und Arbeitsklima durchgeführt. In Workshops mit Mitarbeitern des Arbeitsbereichs wurden die Ergebnisse der Befragung ausgewertet und entsprechende Gestaltungsmaßnahmen erarbeitet.

Ein systematisches Handlungskonzept

Die praktische Erprobung der Maßnahmen und Konzepte innerhalb der ersten beiden Interventionsbereiche wurde zu einem systematischen Handlungskonzept gebündelt, um Prävention in die Entscheidungs- und Organisationsstrukturen sowie in die entsprechenden Managementprozesse auf allen betrieblichen Ebenen einzubinden. Das Ziel war, den präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutz nicht als separate Unternehmensaktivität zu betreiben, sondern als integralen Bestandteil der Managementprozesse automatisch und vor allem zwingend zu berücksichtigen.

Hierzu ist insbesondere eine entsprechende Qualifizierung der Führungskräfte als Träger und Verantwortliche der Prävention erforderlich. Im Projekt wurde hierfür ein entsprechendes Konzept entwickelt, erste Schulungen wurden prototypisch durchgeführt.

In der Praxis werden Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes oft aus wenig fundierten Kostengründen abgewiesen. So stellt die Anschaffung von neuen Technologien zur körperlichen Entlastung der Mitarbeiter eine unmittelbare Kostenbelastung dar. Dagegen ist der Gewinn, den gesündere Mitarbeiter bedeuten, für das Unternehmen in der Regel erst mittelfristig erkennbar. Das Projekt hat jedoch gezeigt, dass sich präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz auch in finanzieller Hinsicht rechnet.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Themen demografischer Wandel und Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit sind aktueller denn je. Die Unternehmen müssen frühzeitig ganzheitliche Strategien des präventiven Arbeits- und Gesund-

heitsschutzes entwickeln, um diese Herausforderungen zu meistern. Die Einführung innovativer Technologien ist hierbei eine Möglichkeit, die jedoch nicht eine singuläre Maßnahme sein darf. Vielmehr muss die präventive Arbeitsgestaltung ganzheitlich und systematisch erfolgen. Hierzu hat das Projekt TAQP erfolgversprechende Wege aufgezeigt. Die erzielten Ergebnisse und gewonnenen Erkenntnisse sind auf andere Unternehmen der Branche transferierbar, zum Teil auch auf Unternehmen anderer Branchen. Der Ergebnistransfer soll über die Projektlaufzeit hinaus weiter andauern. ●

Autoren



Foto: Privat

Dr. Markus Kohn

Leiter des Referats Systematischer Arbeitsschutz, DGUV
E-Mail: markus.kohn@dguv.de



Foto: Privat

Steffi Krüger

Ehemalige wissenschaftliche Mitarbeiterin der DGUV im Projekt TAQP

Ein Ausblick

Vision Zero – Strategie für eine fehlertolerante Zukunft

Quelle: Fotolia/Leitner

Weltweit wächst das Interesse an der Vision Zero. In Deutschland hat die „Nullvision“ in der Prävention bereits Fuß gefasst. Als grundlegende Strategie liefert sie ein Konzept und eine Haltung, mit der sich die Sicherheit bei der Arbeit und im Verkehr auch auf hohem Niveau noch weiter verbessern lässt. Daraus ergeben sich konkrete Forderungen – für den Arbeitsschutz ebenso wie für die Verkehrssicherheit.

Jeder Unfall ist vermeidbar. Diese Aussage ist nicht nur eine Erkenntnis, sie vermittelt eine bestimmte Haltung: nämlich sich nicht mit dem sogenannten Unvermeidlichen abzufinden. Unfälle sind nichts Gottgegebenes. Diese Auffassung zieht sich wie ein roter Faden durch die Geschichte der Prävention. Ihre Ursprünge reichen bis ins frühe 19. Jahrhundert zurück. Angesichts bisher unbekannter Unfallrisiken durch neue Maschinen und chemische Verbindungen reifte bei Unternehmern und Ingenieuren die Erkenntnis, dass nur eine systematische Herangehensweise die Sicherheit für Arbeiter, Betrieb und Anwohner erhöhen könnte. Erste Regeln zur Unfallverhütung und Organisation des Arbeitsschutzes entstanden mit dem Ziel, Unfälle weitgehend zu vermeiden.

Einen konzeptionellen Schub erhielt die Prävention in den 1990er Jahren, als in Skandinavien neue Strategien zur Verkehrssicherheit entwickelt wurden. In Schweden, wo man die Risiken der chemischen Industrie nach den Katastrophen von Seveso und Bhopal sehr intensiv diskutiert und kurzzeitig sogar ein vollständiges Verbot der chemischen Industrie erwogen hatte, übertrug das Verkehrsministerium die Grundzüge der Null-Unfälle-Philosophie offiziell auf den Bereich der Verkehrssicherheit und bezeichnete diese erstmals als „Vision Zero“. „Die Nullvision“, heißt es in einer Veröffentlichung von „Vägverket“, der Zeitschrift des Schwedischen Zentralamts für Straßenwesen, „ist das Bild einer Zukunft, in der niemand im Straßenverkehr getötet oder so schwer verletzt wird, dass er lebenslange Schäden davonträgt.“ Das ist die bis heute gültige Definition der Strategie Vision Zero.

Die gemeinsame Verantwortung von Verkehrsraum, Fahrzeug und Verkehrsteil-

nehmern wird dabei erstmals klar beschrieben: „Verkehrssicherheitsarbeit im Sinne der Nullvision bedeutet, dass Straßen und Fahrzeuge in höherem Maße an die Voraussetzungen des Menschen angepasst werden müssen und dass diejenigen, die das Straßenverkehrssystem gestalten und nutzen, sich die Verantwortung für dessen Sicherheit teilen.“

VISION ZERO.

KEINER KOMMT UM. ALLE KOMMEN AN.

Nach der Jahrtausendwende wurde die neue Betrachtungsweise von Vision Zero in zahlreichen anderen Ländern aufgegriffen, so zum Beispiel in Dänemark, Norwegen, Finnland, der Schweiz, den Niederlanden, in Großbritannien und auch in Deutschland. Der Deutsche Verkehrssicherheitsrat (DVR) beschloss am 16. Oktober 2007, die Vision Zero zur Grundlage seiner Verkehrssicherheitsarbeit zu machen. Mehrere Bundesländer sind diesem Beschluss inzwischen gefolgt.

„Prävention lohnt sich“

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) hat ebenso eindeutig Stellung bezogen, indem sie die Vision Zero in ihre Präventionsgrundsätze aufgenommen hat. Schon am 28. November 2008 verständigten sich die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber in der Mitgliederversammlung der DGUV einstimmig auf ein Positionspapier, dessen Titel bereits die Antwort auf die Frage nach dem Warum beinhaltet: „Prävention lohnt sich!“ Das neue Positionspapier bezieht sich auf die Arbeitswelt und gleicherma-

ßen auf die Bildungseinrichtungen und verankert die Vision Zero explizit als Strategie und Ziel. In der Einleitung heißt es klar und unmissverständlich: „Arbeitswelt und Bildungseinrichtungen sind so zu gestalten, dass Arbeits-, Schul- und Wegeunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln verhindert wer-

den.“ Weiter sagt das Positionspapier wörtlich, dass „Arbeitswelt und Bildungseinrichtungen so zu gestalten sind, dass menschengerechte und gesundheitsförderliche Maßnahmen die Menschen in die Lage versetzen, unabhängig von ihren persönlichen Voraussetzungen zur wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Wertschöpfung beitragen zu können“. Besser und verständlicher kann man den gesetzlichen Präventionsauftrag „mit allen geeigneten Mitteln“ kaum beschreiben.

Die Vision Zero der DGUV ist zugleich enger und weiter als die des DVR. Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag der Mitglieder der DGUV geht es um die Verhütung von Arbeitsunfällen, Wegeunfällen und Berufskrankheiten, also ein breiteres Spektrum als nur den Straßenverkehr. Im Straßenverkehr selber betrachtet die DGUV mit ihren Mitgliedern aber nur die Wegeunfälle auf den Wegen zwischen Arbeitsplatz und Wohnung sowie die Straßenverkehrsunfälle von Personen, die dort ihren Arbeitsplatz haben, wie zum Beispiel Taxifahrer, Busfahrer, Lkw-Fahrer oder Dienstreisende. ▶

Eine Strategie mit vier Pfeilern

Die Vision Zero ruht auf vier Pfeilern, in deren Zusammenspiel die Strategie ihre volle Kraft entfaltet:

1. Das Leben ist nicht verhandelbar

„Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“, heißt es im Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Als unmittelbar geltendes Recht bindet dieses Grundrecht Legislative, Exekutive und Judikative, alles zum Schutz dieses Verfassungsgutes zu unternehmen. Daraus ergibt sich zwar keine konkrete Forderung. Jedoch ist klar, dass kein anderes Gut so wichtig sein kann, dass es gegen das menschliche Leben aufgerechnet werden darf.

Nichts anderes fordert auch die Vision Zero. Allerdings zeigt ein Blick in die Unfallstatistik, dass sich das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit nach wie vor in Konflikt mit den Mobilitätsbedürfnissen der modernen Gesellschaft befindet. Seit die amtliche Statistik 1953 eingeführt wurde, sind mehr als 700.000 Menschen

auf Deutschlands Straßen ums Leben gekommen – mehr als die Einwohnerzahl von Frankfurt am Main. Auch jetzt, da die Zahl der bei Straßenverkehrsunfällen

Getöteten im Jahr 2010 mit 3.648 Toten einen historischen Tiefstand erreicht hat, sterben in Deutschland an jedem Tag im Durchschnitt zehn Menschen im Straßenverkehr. Bei der Sicherheit am Arbeitsplatz sieht es zwar besser aus, aber auch hier ist jeden Tag mindestens ein Toter zu verzeichnen. Die Situation ist also besser geworden, aber sie ist noch nicht gut.

„Die Bürger allein können kein sicheres Verkehrssystem schaffen, die Arbeiter keine sicheren Arbeitsplätze. Es ist Aufgabe des Staates und der Unternehmen, sich an dieser Aufgabe zu beteiligen.“

2. Der Mensch ist fehlbar

Ein Großteil der heutigen Unfallforschung geht davon aus, dass der überwiegende Anteil aller Unfallursachen in menschlichem Fehlverhalten zu suchen ist. Diese Denkweise ist problematisch, denn sie übersieht einen wichtigen Punkt: die Frage, ob dem Einzelnen seine Fehler überhaupt zugeschrieben werden können.

Gerade bei der Bedienung moderner Technologie zeigen sich die Grenzen des Menschen – zum Beispiel beim Autofahren: Evolutionär ist der Mensch auf eine Fortbewegung mit maximalen Geschwindigkeiten zwischen 20 und 30 Stundenkilometern ausgelegt. Es ist offensichtlich, dass unsere Motorik und Koordination, aber auch Wahrnehmung und Informationsverarbeitung von den Geschwindigkeiten im modernen Straßenverkehr überfordert sind. Fehler sind unter diesen Bedingungen quasi vorprogrammiert.

Wenn der Mensch Fehler aber nicht vermeiden kann, müssen dann das Verkehrssystem und auch der Arbeitsplatz nicht

darauf ausgelegt sein, dass Fehler keine fatalen Konsequenzen haben? Genau das ist der Ansatz der Vision Zero. Sie geht davon aus, dass Menschen Fehler machen, und fordert

folgerichtig: „Fehler dürfen nie mit dem Tod bestraft werden.“

3. Die tolerierbaren Grenzen liegen in der physischen Belastbarkeit des Menschen

Vision Zero wird häufig als Zielsetzung missverstanden, jeden Unfall zu vermeiden. Das ist jedoch nicht der Fall. Das Ziel



ist: Unfälle dürfen Leib und Leben des Menschen nicht ernsthaft beschädigen. „Keiner kommt um, alle kommen an“ – auf diese Formel hat es der Deutsche Verkehrssicherheitsrat (DVR) gebracht, als er sich für die Vision Zero als Handlungsstrategie entschieden hat. Gradmesser und Kriterium für die Gestaltung des Verkehrssystems ist folglich die biologische Toleranz des Menschen.

Die Unfallforschung liefert hierfür anerkannte Grenzwerte. Danach sind die kritischen Werte bei einer Kollision eines Autos mit einem Fußgänger bereits bei



Quelle: Fotolia/Regine Schöttl

Auch in Zukunft werden sich nicht alle Unfälle vermeiden lassen. Das Ziel von Vision Zero ist vielmehr, die Folgen von Unfällen zu begrenzen und Menschen vor ernsthaften Schäden zu bewahren.

sicheres Verkehrssystem schaffen, die Arbeiter keine sicheren Arbeitsplätze. Es ist Aufgabe des Staates und der Unternehmen, sich an dieser Aufgabe zu beteiligen. In Schweden spricht man in diesem Zusammenhang von „geteilter Verantwortung“. Der einzelne Mensch ist für die Einhaltung der Gesetze und Bestimmungen verantwortlich, während die Systemgestalter dafür zu sorgen haben, dass das System als Ganzes sicher ist.

Zu den Systemgestaltern gehören im Verkehrsbereich die Behörden, die für Bau und Unterhaltung der Straßen zuständig sind, die Fahrzeughersteller, die Transportunternehmer, die gewerblich Güter transportieren und Personen befördern, aber auch die Politiker, die Gesetzgebung, die Rechtsprechung und die Polizei. Am Arbeitsplatz sind es die Arbeitgeber, betrieblichen Interessenvertretungen, Maschinenhersteller, Sozialpartner und nicht zuletzt die Arbeitsschutzbehörden und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Diese systemische Betrachtung in der Vision Zero birgt vielleicht das größte Potenzial für eine weitere Verbesserung der Prävention.

30 Stundenkilometern erreicht. Für Fahrzeuginsassen liegen sie bei 70 Stundenkilometern. Diese Werte sind allerdings auf Erwachsene im mittleren Alter ausgelegt und berücksichtigen die Besonderheiten von Kindern oder Senioren nicht. Auch wenn Fortschritte im Design die Folgen von Unfällen sicher weiter mildern können, so ergibt sich aus diesen Erkenntnissen doch: Das Verkehrssystem muss an den Menschen angepasst werden, nicht umgekehrt.

Das gilt auch für den Arbeitsplatz. Dort müssen zum Beispiel künftig kollaborie-

rende Roboter so ausgelegt sein, dass es bei Kollisionen mit einem Menschen nicht zu Verletzungen kommen kann. Und es muss ein wirksames Frühwarnsystem geben, mit dem potenzielle neue Gefährdungen erkannt werden, bevor es überhaupt zur Gefährdung kommt. Bei der Nanotechnologie ist dies zum Beispiel gelungen.

4. Die Menschen haben ein Recht auf Sicherheit

Aus den bereits angeführten Punkten ergibt sich, dass die Sicherheit nicht allein in der Verantwortung des Einzelnen liegt. Die Bürger können allein kein

Warum wir die Vision Zero brauchen

Die Erfolge der Prävention in Deutschland sind unstrittig. Seit den 1960er Jahren ist die Zahl der Toten am Arbeitsplatz von über 3.000 auf zwischen 400 und 500 pro Jahr zurückgegangen. ▶

Im gleichen Zeitraum ging die Zahl der Verkehrstoten von über 20.000 auf 3.648 im Jahr 2010 zurück. Darf man angesichts dieser enormen Rückgänge nicht die Frage stellen, ob es überhaupt eine Vision Zero braucht? Wir waren doch mit den bisherigen Ansätzen höchst erfolgreich. Und ist die Vision Zero nicht außerdem unrealistisch und Ausdruck einer ideologisch einseitigen Haltung?

Dem lässt sich Folgendes entgegenen:

1. Die Vision Zero gibt das Ziel und die Strategie vor. Sie ist weniger eine quantitative als vielmehr eine qualitative Vorgabe. Sie will nicht alle Unfälle vermeiden, sondern eine Welt schaffen, in der Fehler keine fatalen Folgen für den Betroffenen mehr haben. Das ist ein wichtiger Unterschied.
2. Die Zahl der Toten und der Verletzten auf der Straße und bei der Arbeit ist nach wie vor inakzeptabel hoch. Die volkswirtschaftlichen Schäden auf beiden Feldern belaufen sich auf zweistellige Milliardenbeträge, die im internationalen Wettbewerb eine beträchtliche Belastung darstellen.
3. In anderen Bereichen geht es doch auch: In der Luftfahrt und im Bahnverkehr ist die Vision Zero seit Langem Goldstandard wie auch beispielsweise in der chemischen Industrie. In diesen Bereichen setzen wir voraus, dass nichts passieren wird. Es würde sonst kaum jemand ein Flugzeug besteigen oder eine Betriebsgenehmigung für eine chemische Anlage erteilen. Warum also sollten wir akzeptieren, dass zum Beispiel im Straßenverkehr jedes Jahr über 3.000 Menschen ihr Leben verlieren und über 60.000 schwer verletzt werden? Oder



Zu schnelles Fahren ist eine der Hauptunfallursachen auf Deutschlands Straßen. Die Einhaltung der vorhandenen Tempolimits – durch mehr Kontrollen und Sanktionen bei Verstößen – könnte viele Todesfälle im Straßenverkehr verhindern.

dass mehr als 16.000 Menschen durch einen Arbeitsunfall bleibende Schäden davontragen?

Auf den ersten Blick nicht von der Hand zu weisen ist, dass die Vision Zero Investitionen in die Prävention erfordert – also Geld kostet. Allerdings machen sich diese Investitionen bezahlt. In Schweden hat sich gezeigt, dass der Neubau oder Umbau von Straßen nach dem Audit zur Vision Zero durch die sorgfältigere Planung preiswerter wird – und sicherer werden die Straßen zusätzlich. Und wir wissen, dass jeder in die Prävention investierte Euro ein wirtschaftliches Erfolgspotenzial von 1,40 Euro hat. Die Vision Zero ist damit nicht nur gesund für die Menschen, sondern auch für die Unternehmen und die Wirtschaft insgesamt.

Konfliktfelder in der Verkehrssicherheit

Die Strategie Vision Zero erfordert die Formulierung von klaren Etappenzielen. Es ist ein Handlungsprogramm zu

entwickeln, in dem die Beiträge der verschiedenen Systemgestalter vorgezeichnet werden. Sicherheit muss als zentrale Zielsetzung auf allen Handlungsebenen verstanden werden. Es ist klar, dass die Umsetzung der Vision Zero intensive gesellschaftliche Diskussionen erfordert. Denn sie berührt eine bekannte Fragestellung: Wo liegt das Gleichgewicht zwischen Freiheit und Reglementierung? Der Verkehrsbereich eignet sich besonders gut, um diesen Aspekt zu veranschaulichen – vor allem die Diskussion um die von Unfallforschern so bezeichneten „drei Killer“: fehlende Gurtnutzung, Alkoholmissbrauch und überhöhte Geschwindigkeit.

100 Prozent Gurtnutzung

Während im PKW-Bereich die Gurtanlagequote bereits nahe 100 Prozent ist, liegt sie im Nutzfahrzeugbereich noch deutlich darunter. Noch immer ist einer von fünf LKW-Fahrern beim Fahren nicht angeschnallt. Zwei Wege können helfen, um die Gurtanlagequote auf die nötigen

„Die Vision Zero will nicht alle Unfälle vermeiden, sondern eine Welt schaffen, in der Fehler keine fatalen Folgen für die Betroffenen mehr haben.“

100 Prozent zu bringen: Erstens der verstärkte Einsatz von Erinnerungssystemen mit optischen und akustischen Warnsignalen. Und zweitens eine erhöhte Kontrolldichte, möglicherweise verbunden mit einer Erhöhung der Sanktionen. Dazu ein Vergleich: Warum wird ein Verstoß gegen die Feinstaubverordnung (Einfahren in eine Umweltzone ohne die entsprechende Plakette) mit einem Punkt im Verkehrszentralregister sanktioniert, ein Verstoß gegen die Gurtpflicht hingegen nicht?

Alkoholmissbrauch

Beim Thema Alkohol im Straßenverkehr hat sich erfreulicherweise in den letzten Jahren ein deutlicher Stimmungswandel vollzogen. Es gibt eine große Zustimmung in der Bevölkerung, dass für das motorisierte Fahren im Straßenverkehr die klare Regelung „Kein Alkohol“ gelten muss. Die Gesetzgebung und auch die Überwachungsdichte bleiben dahinter deutlich zurück. Es existiert ein verwirrendes Nebeneinander von verschiedenen Grenzwerten, die kaum ein Verkehrsteilnehmer auseinanderhalten kann. Im Sinne von Vision Zero wäre angesichts der hohen Zahl von Getöteten und Schwerverletzten nur die Einführung eines klaren und eindeutigen Alkoholverbots ohne Wenn und Aber logisch und konsequent.

Dennoch tut sich die Politik mit der entsprechenden Reaktion schwer. Nach langen Diskussionen wurde vor wenigen Jahren das Alkoholverbot für Fahranfänger und Personen unter 21 Jahren Gesetz. Die Entwicklung der Unfallzahlen hat gezeigt, dass diese Maßnahme enorm wirksam war: Der Rückgang der Alkoholunfälle bei den jungen Fahrern fiel wesentlich stärker aus als bei den Verkehrsteilnehmern insgesamt.

Nach wie vor gibt der Rechtsrahmen auch den Einsatz sogenannter Alcolocks nicht her, die das Losfahren unter Alkoholeinfluss verhindern. In Schweden dürfen Arbeitgeber in Arbeitsverträgen ihre Mitarbeiter dazu verpflichten, bei der Nutzung der Fahrzeuge die sensorische Zündsperrung zu nutzen. In Finnland und Frankreich gibt es gesetzliche Regelungen, die diese Einrichtungen in Schulbussen vorschreiben. Warum sollte eine solche Regelung nicht auch in Deutschland möglich sein?

Zu schnelles Fahren

„Freie Fahrt für freie Bürger“ – nur wenige politische Slogans haben so viele Menschenleben auf dem Gewissen. Überhöhte oder präziser formuliert „nicht angepasste Geschwindigkeit“ ist seit Jahrzehnten eine Hauptunfallursache auf unseren Straßen. Tempolimits und ihre Einhaltung sind eine Seite der Medaille. Die andere Seite sind die Kontrolle der Einhaltung und Sanktion. Besonders geeignet hierfür sind verstärkte Kontrollen mit unmittelbarem Anhalten sowie die Section Control, bei der die Geschwindigkeit über eine längere Strecke hinweg gemessen wird. Hinsichtlich der nicht angepassten Geschwindigkeit als Unfallursache ist allerdings auch festzuhalten, dass die in Deutschland bei einer ohnehin nicht hohen Kontrolldichte verhängten Bußgelder bei Geschwindigkeitsübertretungen im europäischen Vergleich mit den niedrigsten Sätzen am unteren Ende der Skala stehen.

Die präzise Einhaltung der vorhandenen Tempolimits, das ständige Nutzen der Sicherheitsgurte und ein konsequent eingehaltenes und überwachtes Alkoholverbot auf deutschen Straßen würden zusammen mindestens die Hälfte der Todesfälle im Straßenverkehr verhindern.

Fazit

Die Vision Zero bietet ein strategisches Grundgerüst, um die Sicherheit am Arbeitsplatz und auf der Straße deutlich voranzubringen. Sie nimmt dabei den Einzelnen ebenso wie die Systemgestalter in die Verantwortung und erreicht dadurch ein hohes Potenzial an gesellschaftlicher Akzeptanz – denn ihre Zielsetzung einer fehlertoleranten Umwelt ist zutiefst menschenfreundlich. Dennoch zeigen gerade die Auseinandersetzungen in der Verkehrspolitik, dass auch die Vision Zero nicht per se mit einhelligem Zuspruch rechnen kann, sondern auf das aktive Engagement aller mit Fragen der Prävention befassten und betrauten Institutionen und Menschen hierzulande angewiesen ist.

Das vollständige Grundlagenpapier des Autors zur Strategie Vision Zero erscheint im Oktober 2011 im „Praxishandbuch Verkehrsmedizin“ des Universum Verlages. Infos finden sich unter: www.universum.de/verkehrsmedizin. ●

Autor



Foto: DGUV

Dr. Walter Eichendorf

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

8. iga-Kolloquium

Das „Haus der Arbeitsfähigkeit“

150 Teilnehmer kamen beim 8. iga-Kolloquium „Gesund und sicher länger arbeiten“ in der DGUV Akademie Dresden zusammen, um sich über eine alters- und altersgerechte Gestaltung von Arbeit zu informieren und auszutauschen.

Viergeschossig, solider Bau, Terrasse, Wendeltreppe, gute Verkehrsanbindung – so könnte die Immobilienanzeige für das „Haus der Arbeitsfähigkeit“ lauten.

Das „Haus der Arbeitsfähigkeit“ ist geprägt durch seine Etagen, die für verschiedene Themen stehen. Die unterste Etage – die physische und körperliche Gesundheit – bildet das Fundament. Denn ohne eine gute Gesundheit kann es keine gute Arbeitsfähigkeit geben. Kompetenzen in Form von Wissen und fachlicher Qualifikation sind im zweiten Stockwerk angesiedelt. Darauf aufbauend finden sich im dritten Stockwerk die Einstellungen und Motivationen. Diese prägen unser gesamtes Verhalten und beeinflussen auch unsere Leistungen, Vorhaben und Ziele. Für eine gute Arbeitsfähigkeit ist es wichtig, dass die Einstellungen und Motivationen im Einklang mit der eigenen Arbeit sind. Die vierte Etage ist schließlich der Arbeit selbst gewidmet – mit all den unterschiedlichen Faktoren, die sie ausmachen: zum

Beispiel Inhalte und Anforderungen, Arbeitsumgebung, das soziale Umfeld mit Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzten, die Struktur der Organisation, in der man arbeitet und die Arbeitsumgebung in Form von Räumen, Lichtverhältnissen und Mobilien. Häufig ist dieses Stockwerk in Grafiken doppelt so groß wie die anderen dargestellt, weil es so komplex ist. Da es das oberste Stockwerk ist, drückt es mit seinem Gewicht auf die unteren – alles, was hier passiert, hat deutliche Auswirkungen auf alle vorher genannten Etagen. Das Haus der Arbeitsfähigkeit steht aber nicht allein – auch die Umgebung des Hauses beeinflusst die Arbeitsfähigkeit. Der Arbeitsschutz wirkt hierbei als gesetzlich verankerte Grundlage. Da Arbeit und Leben keine Gegensätze sind, wirkt auch der Teil des Lebens, der außerhalb der Arbeit stattfindet, auf die eigene Arbeitsfähigkeit. Familie, Freunde und Bekannte spielen eine wichtige Rolle im eigenen Kräftehaushalt, aber auch die regionale Umgebung und gesellschaftliche Rahmenbedingungen dürfen nicht vergessen werden.

Das Modell wurde im Rahmen einer umfassenden Studie vom Finnischen Institut für Arbeitsgesundheit (Finnish Institute of Occupational Health (FIOH)) hauptverantwortlich durch Juhani Ilmarinen entwickelt. Es stellt einen umfassenden Ansatz für die Gestaltung von alters- und altersgerechter Arbeit dar. Hervorzuheben ist, dass alle Stockwerke im Auge behalten und ihre Wechselwirkungen beachtet werden müssen, um die Arbeitsfähigkeit langfristig zu erhalten.

Das Konzept betont, dass die Arbeitsfähigkeit auf der Beziehung zwischen den Arbeitsanforderungen und den menschlichen Ressourcen beruht. Eine gute Balance zwischen beiden ermöglicht eine gute Arbeitsfähigkeit.

Das Leitmotiv der Veranstaltung

Wie das in der Praxis aussehen kann, zeigte das diesjährige iga-Kolloquium „gesund und sicher länger arbeiten“ in Dresden. Die Veranstaltung thematisierte praktische Handlungshilfen für Betriebe, die helfen, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten bis ins Rentenalter zu erhalten. Das „Haus der Arbeitsfähigkeit“ diente dabei als Leitmotiv der Veranstaltung. In vier Foren, die thematisch den einzelnen Stockwerken des Hauses zugeordnet waren, wurden verschiedene Praxisbeispiele präsentiert.

Das Haus in der praktischen Umsetzung

So wurde unter anderem im Forum Gesundheit das Beratungsprojekt „intakt!“ für kleine und mittlere Unternehmen vorgestellt. Es integriert die Inhalte des Arbeitsfähigkeitsansatzes nach Ilmarinen in die Beratungsstrukturen für kleine und mittlere Unternehmen. Das Beratungskonzept zielt darauf, innerhalb eines kurzen Beratungszeitraums in einem Unternehmen längerfristig wirksame Veränderungen anzustoßen. Für den ganzheitlichen Beratungsansatz benötigen Berater und Beraterinnen Kenntnisse und Erfahrungen in allen vier für die Arbeitsfähigkeit relevanten Handlungs-

Professor Ilmarinen auf dem iga-Kolloquium zu seinem „Haus der Arbeitsfähigkeit“ und der Frage nach dem Besonderen an dem Haus

„Zuerst einmal ist es eine ganz tolle Überraschung für mich, dass das Haus so schnell populär geworden ist. Ich glaube, ein Faktor ist, dass es einfach ist. Es ist leicht zu verstehen und jeder kann sich selbst im Haus wiederfinden. All diese Stockwerke sind sichtbar und es bringt eine ganz komplexe Sache in einfache Formen. Deshalb hilft es dem Mitarbeiter, dem Unternehmen und der Gesellschaft. Es passt für alle drei Ebenen. Ich berate auch die Politik und ich benutze dort genau dasselbe Hausmodell wie in den Betrieben.“



Das „Haus der Arbeitsfähigkeit“: Verschiedene Etagen für verschiedene Themen

feldern. In dem Projekt wurde schnell offensichtlich, dass das Thema „Gesundheit“ mit den Stockwerken „Kompetenz“ und „Arbeit“ und „Werte“ verzahnt werden muss. Darüber hinaus wurde deutlich, dass das Haus ein eingängiges Dialoginstrument darstellt.

Im Forum Arbeit wurde das vierte Stockwerk mit den unterschiedlichsten Faktoren, die einen Arbeitsplatz ausmachen, thematisiert. Dieses Stockwerk ist in seinem Aufbau sehr komplex, weil es sich aus vielen unterschiedlichen Aspekten zusammensetzt, die eng miteinander verwoben sind. Als Praxisbeispiel wurde das Arbeitsplatzmanagementsystem (APMS) der Volkswagen AG vorgestellt. Dieses System vergleicht das Befähigungsprofil eines Mitarbeiters mit den Belastungen eines Arbeitsplatzes und ermöglicht so, dass Mitarbeiter möglichst entsprechend ihren Fähigkeiten eingesetzt werden. Darüber hinaus erfolgt eine standardisierte Gefährdungsbeurteilung sowohl der Arbeitsplätze als auch für den einzelnen Mitarbeiter. In diesem System werden alle gesundheitsrelevanten, arbeitsplatzbezo-

genen Daten (ergonomische, sicherheitstechnische und stoffliche) mit personenbezogenen Daten, wie Alter, Geschlecht, gesundheitliche Einschränkungen und arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, abgeglichen.

Eine große Verantwortung im Stockwerk Arbeit tragen die Vorgesetzten – sie sind in erster Linie für eine gute Arbeitsgestaltung verantwortlich und haben in ihrer Position auch die Möglichkeit, diese mit zu gestalten. Ihr Wissen und ihre Einstellungen in Bezug auf die Themen Alter, Älterwerden und individuelle Unterstützungsmaßnahmen sind mitentscheidend für das gesunde Altern der Beschäftigten. Um ihr Wissen in konkretes Handeln umzusetzen, entwickelte die Technische Universität Dresden das Führungskräfte-Training ADIGU – Altersheterogenität von Arbeitsgruppen als Determinante von Innovation, Gruppenleistung und Gesundheit. Das Training wurde im Forum Werte vorgestellt, da es neben den genannten Aspekten auch das Thema Wertschätzung von Altersunterschieden thematisiert.



Praktische Handlungshilfen und Beispiele aus der Veranstaltung finden Sie unter: www.iga-info.de

Fazit

Das „Haus der Arbeitsfähigkeit“ ist ein gut ausgearbeitetes Modell mit einer Vielzahl an dazugehörigen Gestaltungsansätzen. Es ist wissenschaftlich fundiert und eignet sich für alle Zielgruppen in einem Unternehmen. Es zeigt, dass eine Kombination von mehreren Maßnahmen, wie zum Beispiel Förderung der individuellen Gesundheit, Führungskräfte-schulungen und ergonomische Maßnahmen, die beste Arbeitsfähigkeit erreicht. Entscheidend ist, dass der Mitarbeiter sein Haus pflegt und Verantwortung übernimmt. Es kommt aber auch darauf an, wie Arbeitgeber und Arbeitnehmer zusammenarbeiten, um das Haus entsprechend auszubauen und zu verbessern – damit es, wie ein Haus auf dem Immobilienmarkt, nicht an Wert verliert. ●

Autorin



Foto: Privat

Itke Schreiter

Referentin der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga),
Zukunft der Arbeit GmbH
E-Mail: itke.schreiter@dguv.de

„ProBudget“-Abschlussbericht

Frühzeitige Beratung – ein Schlüsselfaktor für das Persönliche Budget



Das Persönliche Budget stärkt die Selbstbestimmung und Teilhabe schwerstverletzter Menschen. Mangelnde Kenntnisse und geringe Budgeterfahrungen sind aber nach wie vor große Hürden bei der Inanspruchnahme. Das sind zwei Ergebnisse des – inzwischen abgeschlossenen – Projekts „ProBudget“.

Mit dem Projekt „Komplexe Persönliche Budgets für schwerstverletzte Menschen (ProBudget)“ beteiligte sich die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) gemeinsam mit zehn Unfallversicherungsträgern am Förderprogramm des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Strukturverstärkung und Verbreitung von

Persönlichen Budgets. „ProBudget“ wurde durch die Hochschule Bonn-Rhein-Sieg wissenschaftlich begleitet. Zur Sicherstellung der Belange von Menschen mit Behinderung einschließlich ihrer aktiven Partizipation stand der Sozialverband VdK Deutschland e. V. dem Projekt beratend zur Seite. Der Abschlussbericht kann unter www.dguv.de eingesehen werden.

Projektaufbau und -ziele

In das Projekt „ProBudget“ wurden ausschließlich schwerstverletzte Versicherte mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 80 Prozent einbezogen. Diese Versicherten werden grundsätzlich im Rahmen der sogenannten „nachgehenden Betreuung“ durch ihren Unfallversicherungsträger aufgesucht. Viele erhalten Reha- und/oder Teilhabeleistungen. Die fünf Hauptziele des Projekts waren:

1. Bekanntmachung und Verbreitung von Persönlichen Budgets am Beispiel von schwerstverletzten Menschen
2. Identifikation von hemmenden und fördernden Faktoren bei der Beantragung und der Nutzung von Persönlichen Budgets
3. Feststellung, ob und in welchen Rehabilitationsphasen komplexe Persönliche Budgets von schwerstverletzten Menschen gewünscht werden
4. Feststellung, ob das Persönliche Budget für die Selbstbestimmung förderlich ist („Nichts ohne uns über uns“)
5. Entwicklung geeigneter Unterstützungsmöglichkeiten bei der Beantragung und dem Management Persönlicher Budgets für schwerstverletzte Menschen und Erarbeitung praktischer Umsetzungsvorschläge. Welche Hilfestellungen werden benötigt und wie kann dieser Hilfebedarf sinnvoll abgedeckt werden?



Foto: Fotolia/Helber

„Eine offensive und frühzeitige proaktive Beratung erhöht das Interesse an einem Persönlichen Budget.“

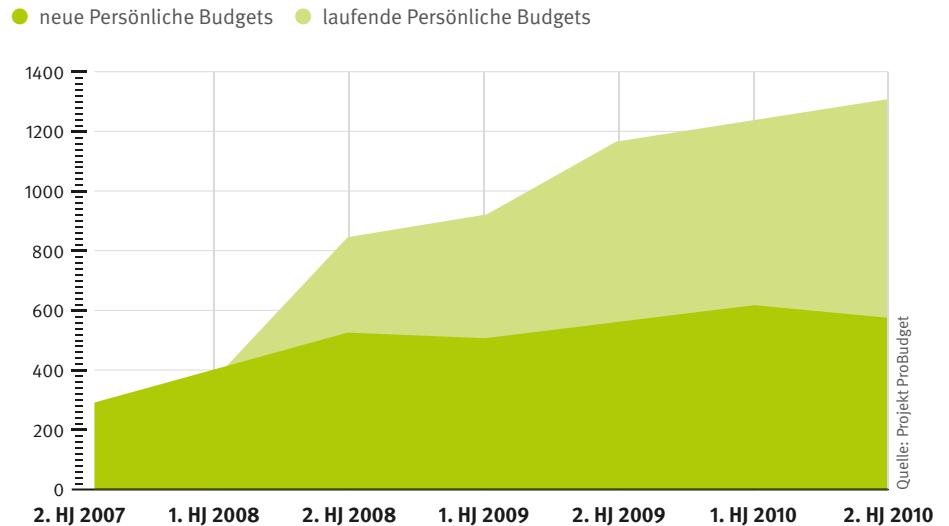


Abbildung 1: Gemeldete Persönliche Budgets 2007 – 2010

Phasen des Projekts

Das Projekt gliederte sich in zwei Phasen. In der ersten Phase stand die grundsätzliche Entscheidung Betroffener für oder gegen ein Persönliches Budget im Fokus. Die Versicherten wurden zum Persönlichen Budget proaktiv beraten und nach ihrer Entscheidung mit Hilfe eines eigens dafür entwickelten Fragebogens zu den hemmenden und fördernden Faktoren befragt.

In der zweiten Phase ging es um die Erfahrungen bei der Nutzung des Persönlichen Budgets. Dazu wurden diejenigen Versicherten befragt, die ein Persönliches Budget beantragt und über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten genutzt hatten. Für diese Befragung wurde wiederum eigens ein Fragenkatalog entwickelt. Das Ziel war auch hier, Hemmnisse und fördernde Faktoren, die im Verlauf der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets zutage getreten waren, festzustellen und zu analysieren.

Neben der Einschätzung der Versicherten sollten die Erfahrungen der Beraterinnen und Berater einbezogen werden. Im Rahmen eines zweitägigen Workshops konnten Sachbearbeiter/-innen, Reha-Manager/-innen und Berufshelfer/-innen, die proaktiv zum Budget beraten, gegebenenfalls mit den Versicherten das Budget festgesetzt und die Betroffenen

in weiteren Fragen begleitet hatten, über ihre Erfahrungen rund um das Persönliche Budget berichten. Ziel war es unter anderem festzustellen, welche Bedingungen Persönliche Budgets befördern, welche Barrieren oder Schwierigkeiten bestehen und welche Leistungen sich besonders für ein Persönliches Budget anbieten.

Ergebnisse von „ProBudget“

Für das Projekt „ProBudget“ wurden rund 700 schwerstverletzte Versicherte nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Auf 120 Versicherte traf ein für das Projekt definiertes Ausschlusskriterium zu – beispielsweise erhielt der Betroffene bei Projektstart bereits ein Persönliches Budget. Letztlich wurden 450 Versicherte informiert und befragt.

Zunahme von Anträgen

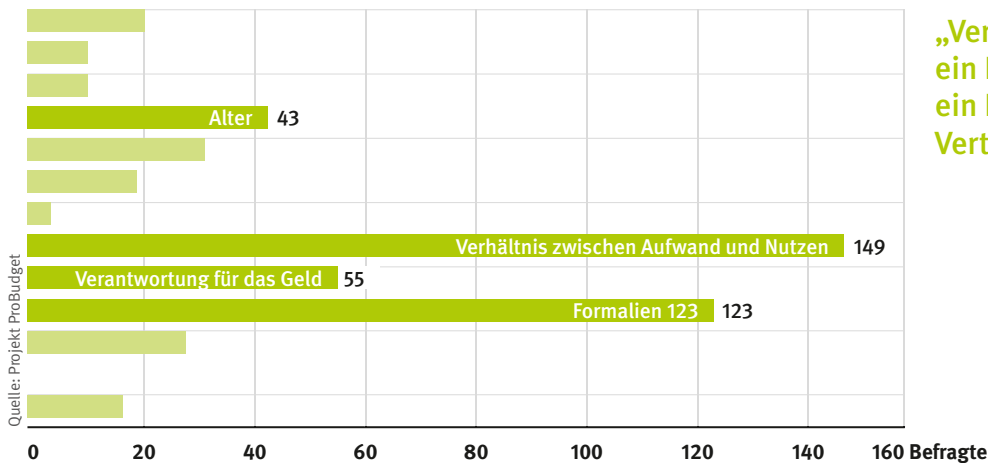
Etwa jeder zehnte der 700 einbezogenen Versicherten beantragte ein Persönliches Budget. Dies entspricht dem Durchschnitt europäischer Vergleichswerte. Bezogen auf die informierten und proaktiv beratenden Versicherten beantragte sogar etwa jeder fünfte ein Persönliches Budget.

Das Projekt hat auf jeden Fall zur weiteren Bekanntmachung und Verbreitung von Persönlichen Budgets beigetragen. So wurden im Rahmen von „ProBudget“

Persönliches Budget

Das Persönliche Budget ist eine besondere Form der Leistungserbringung: Für zustehende Sach- und Dienstleistungen im Rahmen von Rehabilitation und Teilhabe erhalten die Berechtigten einen Geldbetrag. Das Ziel ist mehr Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Autonomie der Leistungsempfänger. Voraussetzungen für ein Persönliches Budget sind ein festgestellter Bedarf für Teilhabeleistung(en) sowie ein Antrag. Rehabilitations-träger und Berechtigte treffen eine Zielvereinbarung, für welche Leistungen das Budget ausgezahlt wird. Die Leistungen werden dann eigenständig vom Versicherten erworben. Nähere Informationen unter: www.dguv.de (Webcode: d40163).

viele schwerstverletzte Menschen von Beratern aufgesucht und über das Persönliche Budget proaktiv beraten. Dem vorangegangen war eine entsprechende vielschichtige Öffentlichkeitsarbeit insbesondere über die Projektstruktur, die Gremien der DGUV oder der einzelnen Unfallversicherungsträger. Insgesamt zeigte sich eine stetige Zunahme von Persönlichen Budgets (Abbildung 1). ▶



„Versicherte benötigen für ein Persönliches Budget ein Fundament aus Beratung, Vertrauen und Sicherheit.“

Abbildung 2: Besonders hemmende Faktoren für die Beantragung Persönlicher Budgets

Hemmende und fördernde Faktoren

Zudem konnten durch das Projekt hemmende und fördernde Faktoren bei der Beantragung und Nutzung Persönlicher Budgets für schwerstverletzte Menschen identifiziert werden. Betroffene sehen vor allem das Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen sowie die mit der Beschaffung der Leistung verbundenen Formalien als hinderlich an und beantragen daher oft kein Persönliches Budget (Abbildung 2). Frühzeitige, umfassende und proaktive Beratung und Information fördern dagegen die Inanspruchnahme Persönlicher Budgets. Förderlich wirkt sich auch die Einbindung der Versicherten in Familie und Verwandtschaft aus (Abbildung 3).

Rund zehn Prozent der Versicherten aus der Gesamtfallgruppe des Projektes beantragten ein Persönliches Budget. Die überwiegende Mehrheit entschied sich zunächst für einfache Persönliche Budgets, also Budgets, die lediglich eine Leistung oder einen Rehabilitationsleistungsbereich umfassen. Dabei beantragten tendenziell mehr jüngere als ältere Menschen und mehr Frauen als Männer ein Persönliches Budget. Darüber hinaus legen die Projektergebnisse nahe, dass die Dauer des Leistungsbezugs und die damit einhergehende Dauer der Betreuung durch die Unfallversicherungsträger Einfluss auf die Beantragung haben. Ein Indiz dafür ist, dass Versicherte mit fehlendem Interesse an einem Persönlichen Budget bei der Befragung betonten, dass sie mit der bisherigen Leistungserbringung und Betreuung durch ihren Unfallversicherungs-

träger sehr zufrieden seien und keine Änderung wünschten. Auch die Beraterinnen und Berater berichteten, dass Versicherte eher ein Persönliches Budget wünschten, wenn sie gleich zu Beginn der Rehabilitationsphase proaktiv beraten wurden, als wenn die Beratung später erfolgte.

Hervorzuheben ist, dass von den befragten Versicherten, die das Persönliche Budget in Anspruch nahmen, im Gegensatz zur Gruppe der potenziellen Antragsteller (also vor Nutzung) keine nennenswerten Hemmnisse genannt wurden. Wie bereits erwähnt: Wichtige fördernde Faktoren zur Nutzung Persönlicher Budgets sind eine ausführliche und begleitende Beratung sowie die Einbindung in Familie und Verwandtschaft. Da aufgrund der Projektgröße die Budgetnutzerzahl statistisch gesehen gering ist, wäre es interessant, diese Tendenzen in einer Fol-

gestudie anhand einer größeren Fallzahl auf ihre Allgemeingültigkeit hin zu überprüfen.

Die Einschätzung der hemmenden und fördernden Faktoren in Bezug auf das Persönliche Budget durch die Versicherten spiegelt sich auch auf Seiten der Beraterinnen und Berater wider. Insgesamt sahen diese das Persönliche Budget positiv. Gleichwohl bestanden Unsicherheiten, die vor allem aus einem empfundenen Spannungsverhältnis zwischen dem gesetzlichen Auftrag der gesetzlichen Unfallversicherung und der damit verbundenen Verantwortung für eine gezielte Heilverfahrenssteuerung sowie ein frühzeitiges Reha-Management auf der einen Seite und der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Versicherten im Umgang mit dem Persönlichen Budget auf der anderen Seite resultieren.

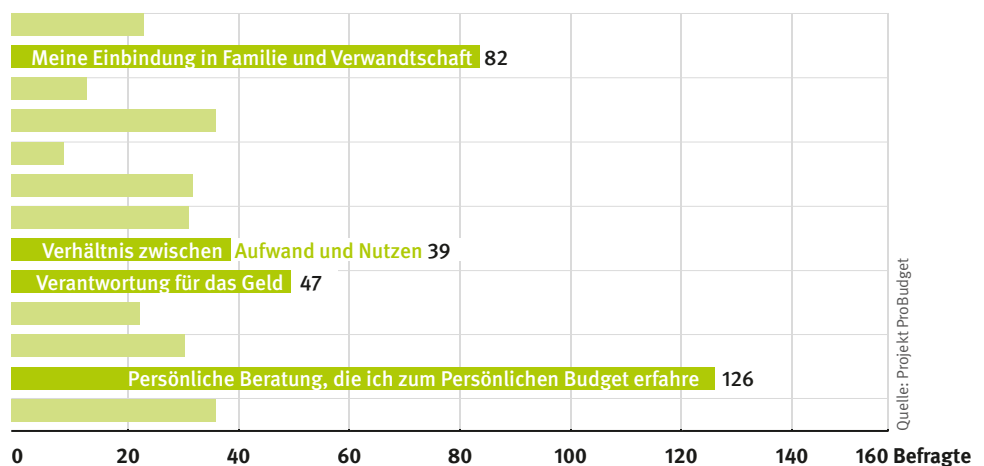


Abbildung 3: Besonders fördernde Faktoren für die Beantragung Persönlicher Budgets

Reha-Phasen und Persönliches Budget

Zur Frage, ob und in welchen Rehabilitationsphasen (komplexe) Persönliche Budgets von schwerstverletzten Menschen gewünscht werden, ist zunächst festzuhalten: Insgesamt wurden nur wenige komplexe Persönliche Budgets gewünscht. Das Projekt hat gleichwohl gezeigt, dass eine proaktive Beratung zu Beginn des Rehabilitationsverfahrens sinnvoll ist. Insgesamt aber spielt die Rehabilitationsphase für den Wunsch nach einem Persönlichen Budget eine untergeordnete Rolle. Wichtiger sind dagegen die aktuelle Situation und die sich daraus ergebenden individuellen Bedürfnisse, zum Beispiel nach Pflegeleistungen, Verbrauchsmitteln oder einem Erholungsaufenthalt.

Faktor Selbstbestimmung

Die Frage, ob Persönliche Budgets für die Selbstbestimmung förderlich sind, beantworteten die im Projekt befragten Budgetnehmer mit einem klaren Ja. Auch hier wäre es interessant, diese Aussage in einer Folgestudie anhand einer größeren Fallzahl und gegebenenfalls über einen längeren Zeitraum auf ihre Allgemeingültigkeit hin zu überprüfen.

Möglichkeiten der Unterstützung

Ziel des Projekts war es auch, Möglichkeiten der Unterstützung bei der Beantragung und dem Management von Persönlichen Budgets für schwerstverletzte Menschen zu benennen. So hat „ProBudget“ gezeigt, dass Versicherte für ein Persönliches Budget ein Fundament aus Beratung, Vertrauen und Sicherheit benötigen. Hierzu müssen die Berater und Beraterinnen selbst umfassend informiert und sicher im Umgang mit Persönlichen Budgets sein und selber abschließend über die Vereinbarung Persönlicher Budgets entscheiden können.

Unsicherheiten bestehen sowohl auf Seiten der Versicherten als auch auf Seiten der Beraterinnen und Berater – vor allem vor der erstmaligen Vereinbarung und Nutzung beziehungsweise Begleitung eines Persönlichen Budgets. Um diese Unsicherheiten auszuräumen, werden zum Beispiel folgende Schritte angeregt:

- Einführung von „Probe-Budgets“ zum Lernen und Üben
- Einführung eines vereinfachten Verfahrens für weniger komplexe Persönliche Budgets
- Stärkung der Rechtssicherheit aller Beteiligten, auch unter Einbeziehung der Aufsichtsbehörden (zum Beispiel durch verbindliche Handlungsanweisungen)
- vermehrte Darstellung von Fallbeispielen sowohl aus Sicht der Versicherten als auch aus Sicht der Berater und Beraterinnen und ein damit verbundener institutionalisierter Erfahrungsaustausch.

Resümee

Das Projekt „ProBudget“ hat viele Vermutungen und Erkenntnisse zum Persönlichen Budget bestätigt, welche die gesetzliche Unfallversicherung bereits aus anderen Zusammenhängen und Veranstaltungen (Seminaren, Berufshelfertagen etc.) gewonnen hatte. Es hat aber auch neue Erkenntnisse gebracht und vor allem die Sicht der betroffenen Menschen berücksichtigt.

Es zeigt sich, dass noch viele und intensive Informationen erforderlich sind. Es bedarf auch der Übung mit dem Instrument „Persönliches Budget“. Die größten Hemmnisse sind mangelnde Budgetkenntnisse und geringe oder keine Budgeterfahrungen. Bisher sind Berater und Betroffene, die das Instrument eingesetzt beziehungsweise genutzt haben, aber selten enttäuscht.

Das Projekt „ProBudget“ der Gesetzlichen Unfallversicherung hat gezeigt, dass eine offensive und frühzeitige proaktive Beratung das Interesse an einem Persönlichen Budget erhöht. Wenn bei dem Personenkreis der schwerstverletzten Menschen mit einer MdE von 80 Prozent und mehr, von denen viele nicht (mehr) im Erwerbsleben stehen, rund zehn Prozent ein Persönliches Budget beantragen, so dürfte dieses Ergebnis für die anderen verletzten und berufsbedingt erkrankten Menschen ebenfalls erzielbar sein.

Es zeigt sich aber auch, dass zunächst ein erhöhter Beratungsaufwand erforderlich ist. Will man das Persönliche Budget zur Umsetzung von mehr Selbstbestimmung

und Teilhabe politisch fördern, dann müssen für die Beratung Platz und Zeit eingeräumt werden. Langfristig dürfte sich die investierte Zeit durch einen geringeren Verwaltungsaufwand rechnen.

Mit dem Projekt „ProBudget“ hat die gesetzliche Unfallversicherung ihre Bemühungen zur Förderung Persönlicher Budgets fortentwickelt. Sie wird diesen eingeschlagenen Weg weitergehen, um letztlich auch im Licht der Behindertenrechtskonvention Inklusion und Partizipation zu leben. ●

Autorinnen



Foto: Privat

Doris Habekost

Leiterin des Referats Teilhabe/Reha-Management, DGUV
E-Mail: doris.habekost@dguv.de



Foto: Privat

Kerstin Palsherm

Referentin Sozialversicherungsangelegenheiten (Ass. iur.) der Hauptgeschäftsführung, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
E-Mail: Kerstin.Palsherm@bgw-online.de

Reha-Management für Kinder und Jugendliche

Im Netzwerk Hand in Hand agieren

Die Schülerunfallversicherung ist mit 17 Millionen Versicherten die größte Gruppe in der gesetzlichen Unfallversicherung.¹ Sie stellt die Unfallkassen² vor besondere Herausforderungen. Dies wird auch im Handlungsleitfaden für das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) deutlich, den die Geschäftsführerkonferenz der DGUV im September 2010 verabschiedet hat.



1.366.086 meldepflichtige Unfälle ereigneten sich allein im Jahr 2009 mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Ob Köln, Garmisch-Partenkirchen, Flensburg oder Zwickau – die Qualitätsstandards für das Rehabilitationsmanagement sollen einheitlich sein und klare Orientierungshilfen geben. Denn Reha-Management erfordert mehr als die Steuerung eines Heilverfahrens. Reha-Management ist personalintensiv, persönliche und telefonische Beratungen ersetzen die ursprüngliche schriftliche Herangehensweise. Der Handlungsleitfaden beschäftigt sich mit wichtigen Kriterien, die beim Reha-Management von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen sind.

Keine kleinen Erwachsenen

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Sie können Gefahren weniger gut einschätzen und erkennen, bringen sich oft unwissend in Gefahr. Das wird auch am Beispiel der kleinen Lara deutlich. Sie verunglückte im Alter von neun Jahren beim Überqueren einer Straße. Lara wollte ihren Klassenkameradinnen folgen, die vor der Schule auf sie warteten. Sie schätzte die Entfernung des herankommenden Pkw falsch ein. Der Fahrer konnte nicht mehr rechtzeitig bremsen. Durch den Zusammenstoß erlitt das Mädchen einen gelenknahen Oberarmbruch und ein leichtes Schädelhirntrauma. Die Grundschülerin musste stationär behandelt werden.

Verletzungsarten unterscheiden sich

Wegen ihrer Verletzung wurde Lara und ihren Eltern das Reha-Management der Unfallkassen angeboten, denn es war schnell klar, dass hier durch besondere Beratung und unkomplizierte Absprachen ein guter Rehabilitationserfolg prognostiziert werden konnte. Anders als im Bereich der Allgemeinen Unfallversicherung (AUV) kennt die Schülerunfallversicherung (SUV) nicht die Begriffe Arbeitsunfähigkeit oder gar Schulunfähigkeit. Auch in der Ausprägung der Verletzungen unterscheiden sich die beiden Versicherungsgruppen. Die Behandlung von Frakturen bei Kindern und Jugendlichen erfordert besondere Kenntnisse

der Wachstumsphysiologie des Skeletts. Gleichzeitig jedoch gelten Diagnosen und Behandlungsbesonderheiten der sogenannten Denkschriftenfälle³ der AUV grundsätzlich auch in der SUV.

Die Fallauswahl bei Kindern und Jugendlichen ist noch unvollständig und auch von Co-Faktoren abhängig. Bezogen auf die Verletzungsmuster kommen insbesondere in Betracht: Mehrfachbrüche, Schädelhirntraumen, komplizierte Beckenbrüche, offene Beinbrüche, komplexe Knieverletzungen, schwere Handverletzungen, komplizierte Ellenbogenverletzungen mit Gefäß- und/oder Nervenbeteiligung, Amputationen wegen Prothesenversorgung, Verletzungen der Wachstumsfuge oder auch bestimmte gelenknahe Brüche mit Beteiligung der Wachstumsfuge.

Diese Aufzählung wird kontinuierlich ergänzt – dazu tragen auch die stetigen Erfahrungen in der medizinischen Versorgung bei.

„Weiche Faktoren“ berücksichtigen

Zudem können auch „weiche Faktoren“ die Entscheidung für ein Fallmanagement begünstigen. Persönliche und soziale Probleme, zum Beispiel Vorerkrankungen wie geistige oder seelische Behinderungen, werden ebenso berücksichtigt wie ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom oder eine mögliche Suchterkrankung der Eltern. Darüber hinaus gelten die im DGUV-Handlungsleitfaden aufgeführten Kriterien für die AUV und SUV.

So auch im Fall der verunglückten kleinen Lara. Nach Eingang der ärztlichen Meldung sucht der Reha-Manager der gesetzlichen Unfallversicherung den direkten, persönlichen Dialog mit der Familie. In enger Abstimmung mit Medizinern und Eltern ergibt sich der weitere Behandlungsverlauf. Nach der Auswertung aller medizinischen Unterlagen erfolgt die grundsätzliche Weichenstellung für das weitere Vorgehen. Die Art des Reha-Managements wiederum

hängt von der Diagnose ab und kann von Fall zu Fall ganz unterschiedlich sein. So ist es durchaus möglich, dass ein reines Informationsgespräch mit dem Austausch von Kontaktdaten und der Bereitstellung von Hilfsangeboten bereits ausreicht und sich ein weiterführendes Reha-Management erübrigt.

Partnerschaftlich zusammenwirken

Bedarf der Versicherte jedoch einer intensiven Betreuung, startet die konkrete Reha-Planung: Bei dem Prozess sind Eltern und verletztes Kind partnerschaftlich eingebunden. Speziell für das Reha-Management von Kindern und Jugendlichen haben die

Unfallkassen ein eigenes Netzwerk aufgebaut. Davon profitiert auch Lara. In Absprache mit dem behandelnden Arzt schaltet die Unfallkasse die Spezialisten ih-

res Kompetenzzentrums/Netzwerkes der Kinder- und Jugendtraumatologie ein. Als Netzwerkpartner qualifizieren sich insbesondere Kliniken, die neben ihrer speziellen traumatologischen Ausrichtung Zusatzkenntnisse in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen nachweisen.

Neben dem Kind, seinen Eltern, dem Reha-Manager der Unfallkasse und dem jeweiligen Arzt des Netzwerkpartners werden bei Bedarf auch notwendige Therapeuten hinzugezogen. Die Einbindung der Schule vor, während oder nach dem Reha-Gespräch ist selbstverständlich. Denn die schulische Wiedereingliederung ist neben der Genesung eines der wichtigsten Ziele. ▶

*

- 1 Kunze, M.: *Unfallschutz für 17 Millionen Versicherte*. In: *DGUV Forum 11/2010*, S. 38.
- 2 *Unfallkassen, Landesunfallkassen, Gemeinde-Unfallversicherungsverbände*.
- 3 *Denkschriften für die Versorgung Schwerstverletzter – für die Behandlung Querschnittsgelähmter, Schwerbrandverletzter und Schädel-Hirn-Verletzter sowie in Abstimmung befindlich für Polytrauma und Osteitis/MRSA*.

Die erfolgreiche schulische Reintegration ist vergleichbar mit dem Wiedereingliederungsprozess eines Arbeitnehmers.

Nach der eingehenden Untersuchung wird die Diagnose erhoben beziehungsweise validiert. Danach planen alle Beteiligten gemeinsam den weiteren Behandlungsverlauf. So auch bei Lara. Denn beim Reha-Plan-Gespräch stellt sich heraus, dass die Wachstumsfuge ihres Oberarmknochens geschädigt wurde. Eine weitere engmaschige medizinische Kontrolle ist notwendig, um ein unterschiedliches Längenwachstum des Armes zu vermeiden.

Gemeinsame Ziele vereinbaren

Nicht nur die erlittenen Verletzungen von Lara bereiten den Eltern weitere Sorgen. Kann Lara schon wieder die Schule besuchen? Kann sie den versäumten Lernstoff nachholen? Wie kommt das Kind zur Schule und nach Hause? Wie kann Lara zu Hause betreut werden? Wird sie bleibende Schäden behalten? Welche Leistungen hat Lara zu erwarten? Wird sie auch von der Unfallkasse unterstützt, wenn sie erwachsen ist? Wann darf sie wieder Sport treiben?

Der Reha-Plan beinhaltet für Lara und ihre Familie neben medizinischen Aspekten auch die oben aufgeführten schulischen und sozialen Kriterien. Der Reha-Manager klärt all diese Fragen – und zeigt Lösungswege auf. Daraus resultierend vereinbaren alle Beteiligten gemeinsame Reha-Ziele und einen Zeitplan. So können den Eltern schon im Vorfeld einige Sorgen genommen werden. Konkret für Lara bedeutet dies:

Ihre Betreuung ist sichergestellt, auch wenn die berufstätigen Eltern zur Arbeit gehen. Nach der Reha-Planung bleibt Lara zunächst noch zwei Wochen zu Hause. Weil nur in der ersten Woche die Betreuung durch die Großmutter möglich ist, übernimmt die Unfallkasse die Bezahlung einer Haushaltshilfe für die weitere Kindesbetreuung. Nach ärztlicher Einschätzung kann Lara nach der dritten Woche wieder die Schule besuchen. Sie muss jedoch mit dem Taxi gefahren werden.

Die Kosten übernimmt die Unfallkasse. Nachdem festgestellt wurde, dass Lara wegen ihrer mehrwöchigen „Auszeit“ in der Schule einiges versäumt hat, organisiert der Reha-Manager der Unfallkasse in Absprache mit der Schule Nachhilfeunterricht.

Spätfolgen ausschließen

Acht Wochen später fühlt sich Lara wieder gesund. Die Behandlung kann abgeschlossen werden. Sie besucht wieder die Schule und nimmt am Sportunterricht teil. Dennoch bleibt das Mädchen in der Betreuung der Unfallkasse. Um Spätfolgen rechtzeitig zu erkennen und auszuschließen, lässt die Unfallkasse Laras Oberarm mit der geschädigten Wachstumsfuge regelmäßig durch einen Arzt kontrollieren.

Laras Genesung bestätigt die Auffassung der Unfallkassen, dass – im Gegensatz zu Erwachsenen – bei Kindern und Jugendlichen krankengymnastische Therapien nur eingeschränkt erforderlich sind.

Sollten sich bei Lara wider Erwarten gesundheitliche Folgen oder Komplikationen herausstellen, so begleitet die Unfallkasse sie auch als angehende Erwachsene bei der Planung ihres beruflichen Werdegangs.

Im Netzwerk erfolgreich

Das Zusammenwirken aller Beteiligten – insbesondere der intensive persönliche Austausch zwischen Lara, ihren Eltern, dem behandelnden Arzt, dem Arzt im Netzwerkkrankenhaus und dem Reha-Manager – stellt sicher, dass mögliche Probleme frühzeitig erkannt und gelöst werden. Nun kann die rasche schulische Wiedereingliederung erfolgen.

Der Fall von Lara zeigt, wie wichtig ein leistungsfähiges Netzwerk für die Gestaltung eines erfolgreichen Reha-Managements ist. Im Bereich der neurologischen Verletzungsfolgen ist dies bereits bundesweit sichergestellt. In einzelnen Regionen ist die traumatologische, chirurgische und orthopädische Versorgung bezogen auf kindergerechte Behandlung jedoch noch ausbaufähig.

Daher ist es die gemeinsame Aufgabe der regional tätigen Unfallkassen und der DGUV(-Landesverbände), solche Netzwerke aufzubauen, zu etablieren und weiterzuentwickeln. Die gute Abstimmung mit der Sektion Kindertraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie unterstützt das erfolgreiche Reha-Management in der SUV.

Neben den gemeinsamen Netzwerken kommt der „richtigen“ Fallauswahl die größte Bedeutung zu. Sehr schwere und schwerste Verletzungen sind im Reha-Management richtig aufgehoben. Auch innerhalb der DGUV-Arbeitsgruppe Reha-Management wird weiterhin konzeptionell daran gearbeitet, um das Mögliche mit dem Machbaren zu verbinden. Für Lara hat sich der Aufwand jedenfalls gelohnt. ●

Autoren

Rike Bouvet,

Referatsleiterin Kommunikation,
Unfallkasse Rheinland-Pfalz
E-Mail: r.bouvet@ukrlp.de

Kludia Engels,

Leiterin Abteilung Rehabilitation und Entschädigung,
Unfallkasse Rheinland-Pfalz
E-Mail: k.engels@ukrlp.de

Jörg Klein,

Leiter Rehabilitation und Entschädigung,
Unfallkasse Hessen
E-Mail: j.klein@ukh.de

Martin Kunze,

Stellvertretender Geschäftsführer,
Unfallkasse Nord
E-Mail: martin.kunze@uk-nord.de

Andreas Schuhmann,

Geschäftsbereichsleiter Rehabilitation
und Leistungen, Gemeinde-Unfall-
versicherungsverband Hannover/
Landesunfallkasse Niedersachsen
E-Mail: andreas.schuhmann@guvh.de

Karl Wirth,

Stellvertretender Abteilungsleiter,
Unfallkasse Baden-Württemberg
E-Mail: karl.wirth@uk-bw.de

Deutsch-brasilianischer Kooperationsvertrag unterzeichnet

Pró-Reabilitação – gemeinsam für mehr Rehabilitation

„Brasilien benötigt ein effizientes, umfassendes Rehabilitationssystem“, so Paolo Dias de Campos, Direktor des brasilianischen Zentrums für Sicherheit und Gesundheit (CBSSI). Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist das Kooperationsabkommen des CBSSI mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, das am 25. Mai 2011 in Sao Paulo unterzeichnet wurde.

Gemeinsame Projektarbeit

Das Abkommen sieht die gemeinsame Projektarbeit und die gegenseitige Unterstützung bei der Reduktion von Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Arbeitsbelastungen vor sowie die Förderung der beruflichen Reintegration nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit. Der Handlungsbedarf im Partnerland ist groß: Nur etwa zehn Prozent aller krankheitsbedingt arbeitsunfähigen Arbeitnehmer erhalten Rehabilitationsleistungen. Anreize zur beruflichen Wiedereingliederung gibt es kaum. Bis zu 15 Tage nach einem Unfall oder einer Erkrankung bekommen Arbeitnehmer ihr Gehalt vom Arbeitgeber überwiesen, danach springt die Sozialversicherungsanstalt (Instituto Nacional de Seguro Social, INSS) ein. Das INSS ist nach Auskunft seines leitenden Arbeitsmediziners allerdings nicht imstande, ein umfassendes Rehabilitationssystem einzurichten. Hinzu kommt, dass nicht alle Arbeitnehmer des Landes im INSS versichert sind. Allein die über 2.000 kommunalen Körperschaften unterhalten eine eigene Sozialversicherung – und gerade diese sind von einer wachsenden Zahl langfristiger unfall- beziehungsweise krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeiten (derzeit etwa 15 Prozent der Belegschaften) betroffen.

Einheitliche Lösungen

So fragmentiert wie die Versicherungsträger sind auch die Rehabilitationsdienstleister: Die Dachorganisation der kommunalen Körperschaften, große Unternehmen (wie etwa Brasil Foods mit 120.000 Beschäftigten), Arbeitgeberverbände, private Kliniken und philanthro-



Paolo Dias de Campos (2.v.r.) und Dr. Stefan Zimmer nach der Unterzeichnung des deutsch-brasilianischen Kooperationsvertrages.

pische Gesellschaften betreiben derzeit eigene Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Allerdings werden die jeweiligen Maßnahmen der Rehabilitation sowie Ausbildungsgänge für Fachpersonal unkoordiniert und uneinheitlich durchgeführt. Mit dem Projekt „Pró-Reabilitação“ will das CBSSI diesen Institutionen einheitliche Lösungen anbieten und – ausgerichtet am Vorbild Deutschlands – international bewährte Verfahrensweisen und Ausbildungsgänge in der beruflichen Rehabilitation landesweit verankern.

Zugang zu Expositionsdaten

Dass neben dem CBSSI auch das INSS und die brasilianische Vertretung der ibero-amerikanischen Vereinigung für soziale Sicherheit (OISS) den Vertrag unterzeichneten, zeigt, dass das Kooperationsinteresse weit über den Bereich der Rehabilitation hinausreicht: Brasilien

hat unter anderem großes Interesse an deutschem Forschungs-Know-how im Arbeitsschutz und will im Austausch hierfür den Zugang zu umfangreichen Expositionsdaten besonders belastender Arbeitsplätze eröffnen. Da in Deutschland, aufgrund der geringen Anzahl derart belastender Arbeitsplätze, keine vergleichbaren Daten erhoben werden können, sehen vor allem die Akteure der deutschen Arbeitsschutz- und Rehabilitationsforschung und die Unfallversicherungsträger – im Interesse ihrer Versicherten und Mitgliedsunternehmen – großen Bedarf an einer derartigen Zusammenarbeit. ●

Autor Dr. Stefan Zimmer

Leiter Internationale Beziehungen/
Verbindungsstelle, DGUV
E-Mail: stefan.zimmer@dguv.de



EU-Patientenrichtlinie

Medizinische Behandlung in Europa – Gestärkte Rechte für Patienten

Worauf müssen Patienten achten, wenn sie eine medizinische Behandlung im Ausland anstreben? Antworten auf diese Frage gibt die neue Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

Nach jahrelangen Diskussionen über die Notwendigkeit und den Inhalt einer europäischen Regelung haben sich Vertreter der Europäischen Kommission, des Europäischen Parlaments und der Mitgliedstaaten Anfang dieses Jahres auf einen gemeinsamen Richtlinienentwurf geeinigt. Danach können auch die Versicherten der gesetzlichen Unfallversicherung ab 2013 in einigen Fällen selbst bestimmen, in welchem EU-Mitgliedstaat sie sich medizinisch behandeln lassen.

Welche Rahmenbedingungen gibt die Richtlinie vor?

Bereits seit vielen Jahren möchte die Europäische Kommission den Bürgern Klarheit und Rechtssicherheit im Zusammenhang mit grenzüberschreitenden Behandlungen sowie mit dem Erwerb von Heil- und Hilfsmitteln und rezeptpflichtigen Medikamenten geben. Anlass hierfür waren zahlreiche Urteile des Europäischen Gerichtshofs, wonach Patienten bei geplanten medizinischen Eingriffen das Recht haben, sich im Ausland behandeln zu

lassen und die Kosten von ihrem jeweiligen Wohnsitzstaat erstattet zu bekommen. Allerdings haben viele europäische Länder dieses Recht in ihren nationalen Sozialgesetzen nicht ausreichend berücksichtigt, so dass die Patienten davon kaum Gebrauch machen konnten. Die neuen europäischen Regelungen geben nun Rahmenbedingungen an die Hand und beschreiben, unter welchen Voraussetzungen Patienten sich eigenständig in einen anderen Mitgliedstaat begeben und dort medizinisch behandeln lassen kön-



nen. So kann etwa ein Versicherter der gesetzlichen Unfallversicherung nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit eine geplante medizinische Heilbehandlung beispielsweise in Polen in Anspruch nehmen. Ebenso müsste ein in Deutschland ausgestelltes Rezept über eine Prothese in anderen europäischen Ländern anerkannt werden. Rein innerstaatliche Sachverhalte sind von den Regelungen nicht betroffen.

Die Grundregel

Die Richtlinie regelt generell, dass sich Patienten überall im europäischen Ausland im Wege der Kostenerstattung zu den in ihrem Land geltenden Erstattungsätzen behandeln lassen können. Alle darüber hinausgehenden Kosten müssen grundsätzlich vom Patienten selbst getragen werden. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, den Kostenerstattungsbetrag im Voraus auf Grundlage eines vom Patienten eingereichten Kostenvoranschlags abzurechnen. Dies gilt prinzipiell auch

für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung; diese können nach einem Arbeitsunfall auf eigene Initiative hin eine geplante medizinische Behandlung im europäischen Ausland in Anspruch nehmen. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung können allerdings darauf bestehen, dass die besonderen qualitativen Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherung auch bei einer Heilbehandlung im Ausland erfüllt sein müssen.

Ausnahmen

Für bestimmte medizinische Behandlungen im europäischen Ausland will die Europäische Kommission Ausnahmen von diesem Grundsatz zulassen. Für die Mitgliedstaaten besteht die Möglichkeit, besondere Fälle der Gesundheitsversorgung einer Vorabgenehmigung durch den zuständigen Sozialversicherungsträger zu unterstellen. Hierzu zählen Konstellationen, in denen wegen eines ausgewogenen Angebots an hochwertiger Versorgung Planungsbedarf besteht und die Behandlung mindestens eine stationäre Übernachtung oder den Einsatz einer hochspezialisierten und kostenintensiven Infrastruktur und Technik bedarf. Darüber hinaus können die Mitgliedstaaten auch besonders risikoreiche Behandlungen einer vorherigen Genehmigung durch den zuständigen Sozialversicherungsträger unterstellen, das heißt Behandlungen, die für den Patienten oder die Bevölkerung ein Risiko mit sich bringen, oder bei im Ausland erbrachten Gesundheitsleistungen, deren ausreichende Qualität und Sicherheit in Frage zu stellen sind.

Für die gesetzliche Unfallversicherung bedeutet dies konkret, dass stationär erbrachte sowie andere hochqualitative Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung einer Vorabgenehmigung unterstellt werden können. Der Versicherte hätte in diesen Fällen nur nach vorheriger Genehmigung die Möglichkeit, sich eigenständig einen medizinischen Leistungserbringer im Ausland zu suchen.

Grundsätzlich ist der zuständige Unfallversicherungsträger in den oben genannten Fällen aber verpflichtet, die Vorabgenehmigung zu erteilen, sofern der Versicherte einen Anspruch auf die be-

treffende Gesundheitsversorgung hat und diese nicht in einem „medizinisch vertretbaren Zeitraum“ in Deutschland erbracht werden kann.

Die Richtlinie räumt dem Versicherungsmitgliedstaat zudem die Möglichkeit ein, Regelungen einzuführen, nach denen die zuständigen Sozialversicherungsträger unter bestimmten Voraussetzungen die Genehmigung verweigern dürfen. Für die gesetzlichen Unfallversicherungsträger ist dabei insbesondere die Regelung von Interesse, wonach in Fällen, in denen die Qualität des ausländischen Leistungserbringers nicht gewährleistet ist, eine Vorabgenehmigung verweigert werden kann. Wenn ein Versicherter beim zuständigen Unfallversicherungsträger eine Genehmigung für eine postakute Rehabilitationsleistung in einer Einrichtung im europäischen Ausland beantragt, könnte bei berechtigten Zweifeln daran, dass die betreffende Einrichtung den Qualitätsmaßstäben des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens entspricht, die Genehmigung durch den Unfallversicherungsträger versagt werden.

Förderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit – Chance für die BG-Kliniken

Neben der Stärkung der Patientenrechte ist es der Europäischen Kommission ein besonderes Anliegen, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit von Gesundheitsdienstleistern zu fördern. Insbesondere in Grenzregionen kann nach Ansicht der Europäischen Kommission die grenzüberschreitende Dienstleistung der effektivste Weg sein, die medizinische Versorgung der Bevölkerung vor Ort zu gewährleisten. Deswegen werden die Mitgliedstaaten im Rahmen der Richtlinie ermutigt, Abkommen zur Erbringung grenzüberschreitender Gesundheitsleistungen abzuschließen sowie in Grenzregionen zusammenzuarbeiten.

Mit Hilfe von Kooperationen die Patientenversorgung auf hohem Niveau und gleichzeitig wirtschaftlich effizient zu gewährleisten, ist auch aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung ein Erfolg versprechendes Anliegen. Deswegen kooperieren ►

„Ein weiteres Anliegen der Richtlinie ist die Verbesserung der medizinischen Behandlung und Diagnostik besonderer Krankheiten – hier soll die Europäische Kommission den Aufbau Europäischer Referenznetzwerke zwischen Gesundheitsdienstleistern und Fachzentren fördern.“



Foto: Shutterstock / oe Gough

berufsgenossenschaftliche Kliniken schon seit Jahren mit anderen medizinischen Facheinrichtungen in und außerhalb Deutschlands. Seit 2005 besteht beispielsweise eine Kooperation zwischen dem Elsass und der Unfallklinik Ludwigshafen zur Versorgung von Schwerbrandverletzten. Danach können Patienten aus Frankreich bei Bedarf zur medizinischen Behandlung nach Ludwigshafen geschickt werden, womit ein schneller Zugang zu einer hochqualitativen Versorgung garantiert wird.¹

Ein weiteres Anliegen der Richtlinie ist die Verbesserung der medizinischen Behandlung und Diagnostik besonderer Krankheiten – hier soll die Europäische Kommission den Aufbau Europäischer Referenznetzwerke zwischen Gesundheitsdienstleistern und Fachzentren fördern. Die Unfallkliniken könnten den Aufbau derartiger Referenznetzwerke mit ihrer Kompetenz – insbesondere auf den Kerngebieten der Orthopädie, Unfallchirurgie und der Behandlung Schwerstbrandverletzter – unterstützen.

Die hochqualifizierte medizinische Versorgung in den Kliniken der Berufsgenossenschaften ist bereits heute über die Grenzen Deutschlands hinaus bekannt. Seit vielen Jahren zählen nicht nur Patienten

aus dem europäischen Ausland, sondern darüber hinaus auch aus Afrika und dem arabischen Raum zur Klientel der Unfallkliniken. Das Berufsgenossenschaftliche Universitätsklinikum Bergmannsheil behandelte beispielsweise erfolgreich einen Jungen aus Afghanistan, der aufgrund schwerer Brandverletzungen seit vielen Jahren unter erheblichen Verstümmelungen und Fehlstellungen beider Füße litt.² Für derartige, über die deutschen Grenzen hinaus anerkannte, besondere Fachkompetenzen könnten die Unfallkrankenhäuser als Kompetenzzentren zur Verfügung stehen.

Nationale Kontaktstellen

Damit die Patienten ihr Recht auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Praxis angemessen wahrnehmen können, sieht die Richtlinie zahlreiche Informations- und Aufklärungsverpflichtungen vor. Die Erfüllung dieser Pflichten soll nach Vorstellung der europäischen Institutionen künftig durch die Einrichtung nationaler Kontaktstellen in den Mitgliedstaaten gewährleistet sein. Es steht jedem Mitgliedstaat frei, zu entscheiden, ob er eine oder mehrere Kontaktstellen einrichtet. Es zeichnet sich aber jetzt schon ab, dass diese eine Fülle von Informationen bereithalten werden müssen. Insbesondere sollen sie den Patienten dahingehend

beraten, ob er selbst eine Behandlung im Ausland vornehmen lässt oder ob er das bisher schon im Rahmen des koordinierenden europäischen Verordnungsrechts praktizierte Verfahren wählt, das die Inanspruchnahme von Sachleistungen auch im europäischen Ausland vorsieht.³ Eine derartige Auskunft und Beratung über die verschiedenen Verfahren erscheint sinnvoll, wenn man sich die Unterschiede vergegenwärtigt. So muss der Patient, der eine Behandlung auf eigene Initiative durchführen lässt, zunächst die Kosten hierfür selbst tragen und hat gegebenenfalls ein Restrisiko, falls die Kosten des Behandlungsstaates wesentlich über denen des Versichertenstaates liegen.

Wer in Deutschland die Aufgaben der Kontaktstelle(n) übernehmen wird, steht derzeit noch nicht fest. In Betracht kommen sowohl die Gesundheitsdienstleister als auch sonstige private oder öffentliche Einrichtungen. Zu beachten ist jedoch, dass die Übernahme dieser Aufgabe mit einem enormen Aufwand verbunden sein dürfte.

Mehrwert der europäischen Richtlinie

Die neue Richtlinie zu Patientenrechten verschafft den europäischen Bürgern sicherlich mehr Klarheit und Rechtssicher-

heit im Zusammenhang mit grenzüberschreitenden Behandlungen. Dennoch treten bei näherer Betrachtung Fragen auf, von denen einige in der Zukunft wahrscheinlich auch vom Europäischen Gerichtshof als Hüter des Unionsrechts zu beantworten sein werden.

So ist zum Beispiel dem Richtlinientext nicht eindeutig zu entnehmen, ob die Vorschriften nur für geplante oder auch für ungeplante Behandlungen im Ausland gelten. Es spricht jedoch vieles dafür, dass lediglich Patienten, die sich entscheiden können, eine medizinische Leistung im Ausland in Anspruch zu nehmen, von den Regeln profitieren sollen. Insbesondere das mit der Richtlinie verfolgte Ziel, die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zu grenzüberschreitenden Behandlungen zu kodifizieren, gibt insoweit einen deutlichen Hinweis. Der Gerichtshof hat in seinem Urteil *Kommission/Spanien (C-211/08)* darauf hingewiesen, dass seine Rechtsprechung zum freien Dienstleistungsverkehr im Rahmen geplanter Behandlungen auf unerwartete – und damit nicht geplante – Behandlungen im Ausland nicht anwendbar ist. In eine

ähnliche Richtung gehen auch Stimmen aus der Literatur.⁴ Von daher dürfte auch der Anwendungsbereich der Richtlinie für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung eingeschränkt sein. Akute Notfallbehandlungen beim Durchgangsarzt oder in den Unfallkliniken unterliegen danach nicht den Regelungen der Richtlinie. Dies gilt entsprechend, wenn der Versicherte im EU-Ausland akut behandelt werden muss. Im Anwendungsbereich der Richtlinie verbleiben die postakute medizinische Rehabilitation, die Heil- und Hilfsmittelversorgung oder auch planbare Eingriffe, die in einem zeitlichen Abstand zum Unfall durchgeführt werden.

Ein weiterer Punkt betrifft das Verhältnis der Richtlinie zum Verwaltungsrecht, das die sozialen Sicherungssysteme europaweit koordiniert. Wie ein roter Faden ziehen sich Verweise durch den Richtlinientext. Klar ist, dass die Richtlinie die Bestimmungen des Verwaltungsrechts unberührt lässt.⁵ Die Formulierungen und Verweise lassen insgesamt darauf schließen, dass die Richtlinie eine Ergänzung der bestehenden im Verwaltungsrecht vorgesehenen Möglichkeiten sein soll. Der Patient kann danach wählen, ob er eine Leistung durch den ausländischen Sozialversicherungsträger auf Kosten des heimischen Trägers in Anspruch nimmt oder die Leistung selbst wählt und dafür die Kosten vorstreckt beziehungsweise ein Restkostenrisiko auf sich nimmt. In Fällen, die einer Vorabgenehmigung bedürfen, soll die Anwendung des im Verwaltungsrecht vorgesehenen Verfahrens der Sachleistungsaushilfe der Regelfall sein.⁶ Geht man zudem davon aus, dass die Richtlinie auf planbare Behandlungen anwendbar ist, ist ihr konkreter Anwendungsbereich im Vergleich zum Verwaltungsrecht sehr eingegrenzt.

Insgesamt ist zum jetzigen Zeitpunkt festzustellen, dass mögliche Überschneidungen wesentlich geringer ausfallen dürften als gelegentlich befürchtet. Das Recht der Selbstbeschaffung von Leistungen im Ausland bestand auch bisher durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs. Die wesentliche Neuerung besteht in der Klarstellung des Verhältnisses zum Verwaltungsrecht sowie den

umfangreichen Informations- und Aufklärungsrechten für Patienten. Die Fallzahlen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung dürften sich somit weiterhin im Rahmen halten.⁷

Geltung der neuen Regelungen

Europäische Richtlinien müssen – anders als Verordnungen – in nationales Recht umgesetzt werden. Hierzu hat der deutsche Gesetzgeber zwei Jahre Zeit. Es bleibt abzuwarten, welche Vorschläge nun gemacht werden und inwieweit diese auch konkrete Auswirkungen auf die gesetzliche Unfallversicherung haben. Mit einem ersten Referentenentwurf ist nicht vor Anfang 2012 zu rechnen. ●

* _____

- 1 BGU-Jahresbericht 2005, Verein für Berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung e.V., S. 77.
- 2 Pressemitteilung des Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikums Bergmannsheil vom 31.05.2010.
- 3 Vgl. Verordnung (EG) 883/04 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit.
- 4 Janda, C: Die Verteilung der Krankenhauslast bei ungeplanten Krankenhausaufenthalten in anderen EU-Mitgliedstaaten in: ZESAR 11-12/10 S. 465 ff., S. 470.
- 5 Vgl. Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, Art. 2 m.
- 6 Vgl. Art. 8 Abs. 3 der Richtlinie 2011/24/EU.
- 7 Höffer, E.-M.; Wölfle, I.: Der Entwurf einer Europäischen Richtlinie zur Patientenmobilität – mögliche Auswirkungen für die gesetzliche Unfallversicherung in: DGUV Forum 11/09, S. 26ff, S. 29.

Autorinnen



Foto: Privat

Eva-Marie Höffer

Leiterin des Referats Internationales Sozialrecht/Europarecht, DGUV
E-Mail: eva-marie.hoeffler@dguv.de



Foto: Privat

Ilka Wölfle LL.M.

Leiterin des Büros der DGUV in der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung, Brüssel
E-Mail: ilka.woelfle@dguv.de

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

	2008	2009	2010	Veränd. v. 2009 auf 2010 in % ³
Organisation				
UV-Träger	50	48	40	-16,7
Sektionen und Bezirksverwaltungen ¹	117	118	93	-21,2
Umfang der Versicherung				
Unternehmen/Einrichtungen	3.631.480	3.800.432	3.943.133	+3,8
Vollarbeiter ²	36.259.598	36.462.823	36.941.169	+1,3
Versicherte	74.285.633	75.055.655	75.548.669	+0,7
davon in der Schüler-UV	17.058.553	17.072.402	17.122.852	+0,3
Versicherungsverhältnisse ²	78.599.481	80.041.625	80.018.160	-0,0
Entgelt¹ (Der Beitragsberechnung zugrunde gelegtes Entgelt)				
in 1.000 Euro ¹	735.867.188	722.238.047	743.003.013	+2,9
pro (GBG-)Vollarbeiter ¹	23.579	23.073	23.364	+1,3
Arbeits- und Wegeunfälle				
Meldepflichtige Arbeitsunfälle ²	971.620	886.122	954.459	+7,7
je 1.000 Vollarbeiter	26,80	24,30	25,84	+6,3
je 1 Mio. geleisteter Arbeitsstunden	16,64	15,48	16,15	+4,3
Meldepflichtige Schulunfälle	1.332.424	1.250.552	1.307.348	+4,5
je 1.000 Schüler	78,11	73,25	76,35	+4,2
Meldepflichtige Wegeunfälle ²	176.608	178.590	223.973	+25,4
je 1.000 gew. Versicherungsverhältnisse	4,23	4,24	5,25	+23,6
Meldepflichtige Schulwegunfälle	118.563	115.534	124.572	+7,8
je 1.000 Schüler	6,95	6,77	7,28	+7,5
Meldepflichtige Unfälle zusammen²	1.148.228	1.064.712	1.178.432	+10,7
Meldepflichtige Schülerunfälle zusammen	1.450.987	1.366.086	1.431.920	+4,8
Neue Arbeitsunfallrenten ²	16.823	16.590	16.564	-0,2
je 1.000 Vollarbeiter	0,464	0,455	0,448	-1,4
Neue Schulunfallrenten	733	751	619	-17,6
je 1.000 Schüler	0,043	0,044	0,036	-17,8
Neue Wegeunfallrenten ²	5.629	5.944	6.076	+2,2
je 1.000 gew. Versicherungsverhältnisse	0,135	0,141	0,142	+0,7
Neue Schulwegunfallrenten	311	314	317	+1,0
je 1.000 Schüler	0,018	0,018	0,019	+0,7
Neue Unfallrenten zusammen²	22.452	22.534	22.640	+0,5
Neue Schülerunfallrenten zusammen	1.044	1.065	936	-12,1
Tödliche Arbeitsunfälle ²	572	456	519	+13,8
Tödliche Schulunfälle	8	14	6	x
Tödliche Wegeunfälle ²	458	362	367	+1,4
Tödliche Schulwegunfälle	68	45	50	+11,1
Tödliche Unfälle zusammen²	1.030	818	886	+8,3
Tödliche Schülerunfälle zusammen	76	59	56	-5,1
Berufskrankheiten (BKEn)				
Verdachtsanzeigen	60.736	66.951	71.263	+6,4
Entschiedene Fälle	59.468	62.702	69.186	+10,3
davon: BK-Verdacht bestätigt	23.028	25.570	31.219	+22,1
Anerkannte Berufskrankheiten	12.972	16.078	15.461	-3,8
darunter: neue BK-Renten	4.312	6.643	6.123	-7,8
Berufliche Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt ⁴	10.056	9.492	15.758	+66,0
davon: BK-Verdacht nicht bestätigt	36.440	37.132	37.967	+2,2
Todesfälle infolge einer BK	2.391	2.767	2.486	-10,2
Rentenbestand	903.167	893.177	881.768	-1,3
Verletzte und Erkrankte	775.750	767.350	758.906	-1,1
Witwen und Witwer	112.081	110.883	109.025	-1,7
Waisen	15.281	14.902	13.804	-7,4
Sonstige	55	42	33	-21,4
Umlagesoll der gewerblichen Berufsgenossenschaften in Euro	9.259.996.158	9.464.412.902	9.816.176.100	+3,7
Umlagebeitrag der UV-Träger der öffentlichen Hand in Euro	1.212.763.976	1.222.399.030	1.237.847.181	+1,3
Aufwendungen in Euro				
Prävention ⁵	892.267.961	915.130.360	911.434.949	-0,4
Entschädigungsleistungen ⁵	8.727.940.898	9.026.983.864	9.304.087.838	+3,1
darunter: Heilbehandlung, sonstige Rehabilitation	3.275.335.939	3.452.828.406	3.676.488.869	+6,5
Finanzielle Kompensation ⁵	5.452.604.959	5.574.155.458	5.627.598.969	+1,0
Verwaltung und Verfahren ⁵	1.276.883.793	1.334.437.802	1.275.609.735	-4,4

¹ nur gewerbliche Berufsgenossenschaften ² ohne Schüler-Unfallversicherung ³ x Prozent nur bei Fallzahl > 10; | Vorjahresvergleich aufgrund Kontenrahmenänderung nicht oder nur bedingt möglich ⁴ Der Anstieg ist durch die Verbesserung der Dokumentation der § 3-Maßnahmen in der Stufe 1 des Stufenverfahrens „Haut“ zu begründen. ⁵ Änderungen im Kontenrahmen ab Berichtsjahr 2010, Vorjahresvergleiche nur bedingt möglich; finanzielle Kompensation inkl. neuem Konto 589 „Leistungen bei Unfalluntersuchungen“, früher Teil der Verfahrenskosten (Stand: 8.7.2011)

Jahresbericht

Kennziffern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 2010

Die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der 13 gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie der 27 Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand für das Jahr 2010 liegen seit Kurzem vor. Der folgende Beitrag enthält die aktuellen Trends zu Unfällen, Berufskrankheiten, Rentenbestand und Leistungsaufwendungen. Organisation und Umfang der Versicherung sowie die Aufbringung der Mittel werden ebenfalls beschrieben.

1 Organisation

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

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

Am 1. Januar 2010 schlossen sich folgende Berufsgenossenschaften zusammen: aus der Bergbau-BG, Steinbruchs-BG, BG der chemischen Industrie, Papiermacher-BG, Lederindustrie-BG und Zucker-BG entstand die BG Rohstoffe und chemische Industrie. Zum gleichen Termin haben sich die BG Energie Textil Elektro und die BG Druck und Papierverarbeitung zur BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse zusammengeschlossen. Ebenfalls zum 1. Januar 2010 entstanden aus der BG für Fahrzeughaltungen und der See-BG die BG für Transport und Verkehrswirtschaft (BG Verkehr) sowie die neue Verwaltungs-

BG aus der BG der Straßen-, U-Bahnen und Eisenbahnen und der bisherigen Verwaltungs-BG.

Weitere Fusionen fanden auch in diesem Jahr statt. Am 1. Januar 2011 haben sich die Hütten- und Walzwerks-BG, die Maschinenbau- und Metall-BG, die Holz-BG und die BG Metall Nord Süd zur BG Holz und Metall zusammengeschlossen. Außerdem fusionierten zum 1. Januar 2011 die BG Nahrungsmittel und Gaststätten und die Fleischerei-BG zur BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe. Somit ist das von der Bundesregierung gesetzte Ziel in diesem Jahr erreicht worden. Die 13 Berufsgenossenschaften des Jahres 2010 werden nunmehr den Fusionen des Jahres 2011 vorausgreifend neun BG-Gruppen zugeordnet; eine entsprechende Aufgliederung ist in einem Teil der Tabellen in diesem Beitrag zu finden.

Im Jahr 2010 bestanden 27 Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Beginnend mit der Neuorganisation im öffentlichen Bereich zum 1. Januar 1998 hat sich die Zahl der Träger von 54 auf 27 halbiert. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Verwaltungsgemeinschaften und Kooperationen.

Die Zahl der bei den Unfallversicherungsträgern tätigen Personen ist gegenüber dem Vorjahr um 1,3 Prozent auf 21.614 gesunken. Davon gehörten 16.788 (-1,4 Prozent) zum Verwaltungspersonal und 4.826 (-0,6 Prozent) zum Personal des Technischen Aufsichtsdienstes.

2 Unternehmen und Einrichtungen

Bei den Mitgliedern der DGUV waren 2010 insgesamt 3.943.133 Unternehmen beziehungsweise Einrichtungen zu verzeichnen. Davon entfielen 3.307.526 auf den Zuständigkeitsbereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand betreuten 635.607 Unternehmen und Einrichtungen.

In der gewerblichen Wirtschaft war im Jahr 2010 die Entwicklung der Zahl der Unternehmen in den verschiedenen BG-Gruppen uneinheitlich: Der größte Anstieg um 6,9 Prozent ist unter anderem im Zusammenhang mit der Einführung der DEÜV (Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung) und damit verbundenen Anmeldungen in der BG-Gruppe Verwaltung, Bahnen, Glas/Keramik zu verzeichnen. In der BG-Gruppe Nahrungsmittel und Gastgewerbe hat sich nach dem Rückgang des Vorjahres, verursacht durch die Abschaffung der Pflichtversicherung für Unternehmer, die Zahl der Unternehmen wieder stabilisiert. In den übrigen BG-Gruppen bewegen sich die Veränderungen zwischen -0,5 Prozent und +4,9 Prozent. Insgesamt ist die Unternehmenszahl auf 3.307.526 gestiegen (+3,7 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, §129 Abs. 3 SGB VII. ▶

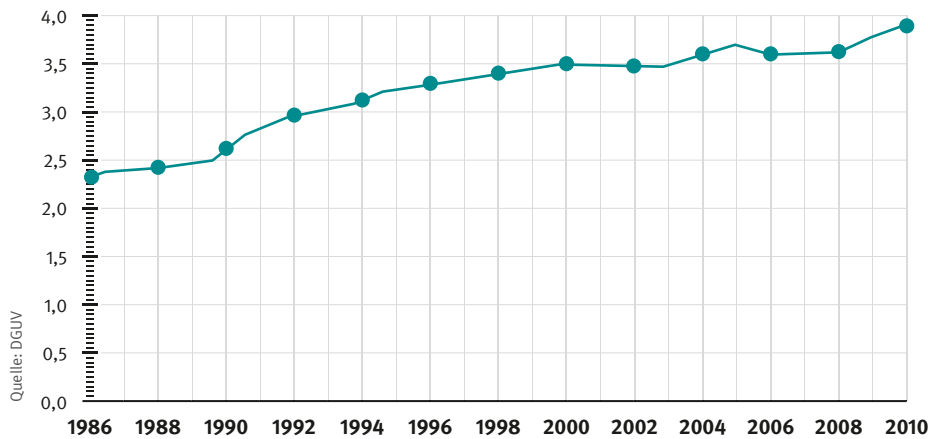


Abbildung 1: Unternehmen/Beitragspflichtige, Haushalte und Unternehmen, die Hilfe leisten, sowie Bildungseinrichtungen (absolut in Millionen)

Für das Berichtsjahr 2010 wurden 24.051 Unternehmen, 452.988 Privathaushalte, die Personen beschäftigten, und 21.802 Unternehmen, die Hilfe leisten, ermittelt. Gegenüber dem Vorjahr hat die Gesamtzahl der Unternehmen mit 498.841 um 3,8 Prozent zugenommen.

Außerdem sind die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand für die Einrichtungen in der Schüler-Unfallversicherung zuständig. Dazu gehören Einrichtungen der Tagesbetreuung (inklusive Tagespflege), allgemeinbildende, berufliche und Hochschulen. Die Anzahl der Einrichtungen ist im Vergleich zum Vorjahr mit 136.766 um 4,4 Prozent gestiegen.

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

3 Versicherte und Vollarbeiter

Bei den Unfallversicherungsträgern der DGUV waren 2010 mehr als 75,5 Millionen Menschen in Deutschland gegen Arbeits-, Wege-, Schul- und Schulwegunfälle sowie Berufskrankheiten versichert. Hierbei handelt es sich zunächst um die Beschäftigten in der gewerblichen Wirtschaft



1 Im Folgenden der besseren Lesbarkeit wegen mit der Bezeichnung „Schüler“ abgekürzt.

und im öffentlichen Dienst. Daneben gibt es per Satzung oder freiwillig versicherte Unternehmer. Einen wesentlichen Teil der Versicherten machen die rund 17,12 Millionen Kinder in Tagesbetreuung (inklusive Tagespflege), Schüler und Studierende¹ aus. Außerdem umfasst der Kreis der Versicherten bestimmte Sondergruppen, die per Gesetz ebenfalls unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung stehen. Zu nennen sind hier insbesondere ehrenamtlich Tätige, Personen in Hilfeleistungsunternehmen, nicht gewerbsmäßige Bauarbeiter, Blutspender, Pflegepersonen, Rehabilitanden, Entwicklungshelfer, Arbeitslose, Strafgefangene etc. Kurzfristig versicherte Personenkreise, zum Beispiel Einzelhelfer, sind mangels statistischer Quellen unberücksichtigt.

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

Für 2010 beträgt die Zahl der Vollarbeiter bei den Mitgliedern der DGUV insgesamt 36.941.169 und ist damit gegenüber dem

Vorjahr um 1,3 Prozent gestiegen. Davon entfallen 31.800.544 Vollarbeiter auf den Bereich der gewerblichen Wirtschaft, was gegenüber dem Vorjahr einen Zuwachs um 1,6 Prozent darstellt. Von diesen wurden 50,9 Milliarden Arbeitsstunden im gewerblichen Bereich geleistet; das sind 3,5 Prozent mehr als im Vorjahr. Im öffentlichen Bereich ist die Vollarbeiterzahl mit 5.140.625 um 0,4 Prozent gesunken. Die Bestimmung der Rechengröße Vollarbeiter wird für die 17,12 Millionen Versicherten der Schüler-Unfallversicherung nicht vorgenommen. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Versicherten in der Schüler-Unfallversicherung leicht gestiegen (+0,3 Prozent).

4 Arbeits- und Wegeunfälle

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

4.1 Begriffe und Unfallquoten

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

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

Bei der statistischen Erfassung der tödlichen Unfälle werden diejenigen Fälle ge-

zählt, bei denen sich der Unfall im Berichtsjahr ereignet hat und der Tod innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall eingetreten ist.

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

Jede versicherte Tätigkeit, ob als Teilzeit- oder als Vollzeitbeschäftigung oder als kurzfristige Aktivität wie das Blutspenden, bringt jedoch ein eigenes Wegeunfallrisiko mit sich. Darüber hinaus kann derselbe Versicherte in mehr als einem Versicherungsverhältnis stehen und entsprechend mehr versicherte Wege zurücklegen. Daher werden die Wegeunfälle auf die Zahl der Versicherungsverhältnisse bezogen. Diese Zahl wird bei denjenigen

Gruppen, die eine deutlich geringere Zahl von versicherten Wegen zurücklegen als Unternehmer, abhängig Beschäftigte und Schüler, entsprechend dem tatsächlichen Risiko gewichtet. Für das Berichtsjahr ergeben sich insgesamt 42.701.921 gewichtete Versicherungsverhältnisse (ohne Schüler-Unfallversicherung).

4.2 Meldepflichtige Arbeitsunfälle

Im gewerblichen und öffentlichen Bereich waren im Berichtsjahr 954.459 meldepflichtige Arbeitsunfälle zu verzeichnen; dies waren 7,7 Prozent mehr als im Vorjahr. Da die Zahl der Vollarbeiter jedoch geringer gestiegen ist, hat sich das Risiko, einen Arbeitsunfall zu erleiden, je 1.000 Vollarbeiter von 24,30 im Vorjahr auf 25,84 in 2010 um 6,3 Prozent erhöht.

Da der Vollarbeiter mehr Arbeitsstunden geleistet hat als im Vorjahr, ist die Häufigkeit der meldepflichtigen Arbeitsunfälle je einer Million geleisteter Arbeitsstunden lediglich um 4,3 Prozent gestiegen. Diese Unfallquote betrug im Berichtsjahr 16,15, während sie im Vorjahr noch bei 15,48 gelegen hatte.

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

Die Quoten zeigen für die verschiedenen BG-Gruppen die gleichen Trends auf: Am stärksten fällt die Zunahme in den BG-Gruppen Verkehr, Rohstoffe und chemische Industrie sowie Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse mit über zehn beziehungsweise acht Prozent aus. Einen Rückgang bei den Arbeitsunfallquoten verzeichnet lediglich der Bereich Nahrungsmittel und Gastgewerbe (-3,8/-5,6 Prozent).

4.3 Meldepflichtige Wegeunfälle

Bei den Wegeunfällen handelt es sich um alle Unfälle auf dem Weg zwischen Wohnung und Ort der versicherten Tätigkeit, nicht etwa nur um Straßenverkehrsunfälle. ▶

Tabelle 1: Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter

	2007	2008	2009	2010	Veränd. v. 2009 auf 2010 in %
UV in der gewerblichen Wirtschaft	27,72	27,75	25,01	26,44	+ 5,74
darunter in den BG-Gruppen					
I Rohstoffe und chemische Industrie	20,30	19,84	17,34	19,24	+ 10,96
II Holz und Metall	46,54	47,15	40,16	42,62	+ 6,11
III Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	20,01	21,03	19,71	21,84	+ 10,79
IV Bau	66,60	67,32	65,13	66,54	+ 2,18
V Nahrungsmittel und Gastgewerbe	46,48	48,94	41,71	40,13	- 3,79
VI Handel und Warendistribution	24,36	25,11	24,91	26,85	+ 7,79
VII Verkehr	40,25	40,28	36,99	42,92	+ 16,02
VIII Verwaltung, Bahnen, Glas/Keramik	17,07	16,53	14,81	15,82	+ 6,84
IX Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	14,46	14,75	14,43	15,72	+ 8,91
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)	21,32	20,87	20,03	22,10	+ 10,32
Insgesamt	26,81	26,80	24,30	25,84	+ 6,32
Schüler-Unfallversicherung					
Schulunfälle je 1.000 Schüler	74,27	78,11	73,25	76,35	+ 4,23

Tabelle 2: Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden

	2007	2008	2009	2010	Veränd. v. 2009 auf 2010 in %
UV in der gewerblichen Wirtschaft	17,43	17,24	15,93	16,53	+ 3,76
darunter in den BG-Gruppen					
I Rohstoffe und chemische Industrie	12,77	12,32	11,04	12,02	+ 8,88
II Holz und Metall	29,27	29,28	25,58	26,64	+ 4,12
III Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	12,59	13,06	12,56	13,65	+ 8,72
IV Bau	41,89	41,81	41,48	41,59	+ 0,26
V Nahrungsmittel und Gastgewerbe	29,23	30,40	26,57	25,08	- 5,59
VI Handel und Warendistribution	15,32	15,59	15,87	16,78	+ 5,77
VII Verkehr	25,32	25,02	23,56	26,82	+ 13,84
VIII Verwaltung, Bahnen, Glas/Keramik	10,74	10,27	9,43	9,89	+ 4,83
IX Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	9,09	9,16	9,19	9,82	+ 6,87
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)	13,41	12,96	12,76	13,81	+ 8,25
Insgesamt	16,86	16,64	15,48	16,15	+ 4,32

Die Straßenverkehrsunfälle werden in den Geschäftsergebnissen nicht gesondert ausgewiesen. Sie stellen zwar den überwiegenden Teil der Wegeunfälle, finden sich aber auch zu einem geringen Anteil bei den Arbeitsunfällen, zum Beispiel bei Berufskraftfahrern.

Im Bereich der Prävention unterstützt die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung die Arbeit des Deutschen Verkehrssicherheitsrats (DVR) in fachlicher und finanzieller Hinsicht. Bei beruflichen Tätigkeiten im Straßenverkehr bestehen zusätzliche Präventionsmöglichkeiten, zum Beispiel durch die Unfallverhütungsvorschrift „Fahrzeuge“ (BGV D29) sowie spezielle Schulungsprogramme und Informationen für Versicherte, die aus beruflichen Anlässen am Straßenverkehr teilnehmen beziehungsweise durch ihn gefährdet sind.

Bei den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand liegt der Arbeitsschwerpunkt, bedingt durch die große Zahl der Versicherten in der Schüler-Unfallversicherung, bei der Schulwegsicherheit. Mit

den Landes- und Ortsverkehrswachen werden auf regionaler Ebene Multiplikatoren (Lehrkräfte und Erzieher / -innen) Fortbildungen angeboten. Unterstützt wird die Arbeit durch Aktionen und Medien zur Verkehrserziehung und Schulwegsicherheit (zum Beispiel „Der Tote Winkel“, „BusSchule“, „Schulweglexikon“).

Seit Anfang 2010 läuft in der gesetzlichen Unfallversicherung die auf zwei Jahre angelegte bundesweite Präventionskampagne „Risiko raus!“.

Im Jahr 2010 ereigneten sich 223.973 meldepflichtige Wegeunfälle. Damit ist ihre absolute Zahl gegenüber dem Vorjahr um 25,4 Prozent deutlich gestiegen. Eine Erklärung hierfür könnten die extremen Wetterbedingungen zu Beginn und Ende des Berichtsjahres sein. Bezogen auf 1.000 (gewichtete) Versicherungsverhältnisse (vergleiche Abschnitt „Unfallquoten“) hat sich die Häufigkeit der meldepflichtigen Wegeunfälle von 4,24 im Vorjahr auf 5,25 im Berichtsjahr um 23,6 Prozent erhöht. Die Entwicklung der Wegeunfallquoten

ist in den BG-Gruppen uneinheitlich und liegt zwischen +15 und +30 Prozent (vergleiche Tabelle 3).

4.4 Neue Arbeitsunfallrenten

Die Zahl der schweren Arbeitsunfälle, bei denen es erstmals zur Zahlung einer Rente oder eines Sterbegeldes gekommen ist, ist von 16.590 im Vorjahr um 0,2 Prozent auf 16.564 in 2010 zurückgegangen. Dabei hat ihre Häufigkeit je 1.000 Vollarbeiter von 0,455 auf 0,448 im Berichtsjahr um 1,4 Prozent abgenommen. Bezogen auf eine Million geleistete Arbeitsstunden ist ein Rückgang um 3,3 Prozent, von 0,290 in 2009 auf 0,280 im Berichtsjahr, zu verzeichnen. Die Aufgliederung dieser beiden Unfallquoten nach den verschiedenen Bereichen der gesetzlichen Unfallversicherung für die letzten Jahre in den Tabellen 4 und 5 zeigt, dass die Entwicklung der neuen Arbeitsunfallrenten sehr uneinheitlich ausgefallen ist. Geringe Zunahmen in den BG-Gruppen Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse, Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege sowie Handel und Warendistribution von bis zu 5 Prozent

Tabelle 3: Meldepflichtige Wegeunfälle je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse

	2007	2008	2009	2010	Veränd. v. 2009 auf 2010 in %
UV in der gewerblichen Wirtschaft	3,97	4,13	4,13	5,11	+23,9
darunter in den BG-Gruppen					
I Rohstoffe und chemische Industrie	4,02	4,35	4,23	5,02	+18,8
II Holz und Metall	4,32	4,47	4,27	5,20	+21,8
III Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	3,41	3,62	3,56	4,12	+15,8
IV Bau	3,58	3,57	3,76	4,41	+17,4
V Nahrungsmittel und Gastgewerbe	3,56	3,96	3,75	4,30	+14,6
VI Handel und Warendistribution	4,44	4,65	4,89	6,03	+23,4
VII Verkehr	3,43	3,53	3,62	4,57	+26,4
VIII Verwaltung, Bahnen, Glas/Keramik	4,13	4,18	4,11	5,29	+28,6
IX Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	3,96	4,20	4,31	5,60	+29,9
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)	4,63	4,88	5,00	6,12	+22,3
Insgesamt	4,05	4,23	4,24	5,25	+23,6
Schüler-Unfallversicherung					
Schulwegunfälle je 1.000 Schüler	6,63	6,95	6,77	7,28	+7,5

Tabelle 4: Neue Arbeitsunfallrenten je 1.000 Vollarbeiter

	2007	2008	2009	2010	Veränd. v. 2009 auf 2010 in %
UV in der gewerblichen Wirtschaft	0,507	0,493	0,488	0,480	-1,6
darunter in den BG-Gruppen					
I Rohstoffe und chemische Industrie	0,662	0,648	0,646	0,656	+1,6
II Holz und Metall	0,652	0,666	0,718	0,671	-6,6
III Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,486	0,487	0,489	0,515	+5,3
IV Bau	1,542	1,523	1,462	1,423	-2,6
V Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,542	0,522	0,577	0,572	-1,0
VI Handel und Warendistribution	0,528	0,543	0,491	0,508	+3,5
VII Verkehr	1,271	1,096	1,169	1,139	-2,5
VIII Verwaltung, Bahnen, Glas/Keramik	0,215	0,222	0,218	0,215	-1,3
IX Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,268	0,227	0,228	0,239	+4,7
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)	0,311	0,286	0,253	0,251	-0,9
Insgesamt	0,480	0,464	0,455	0,448	-1,4
Schüler-Unfallversicherung					
Schulunfälle je 1.000 Schüler	0,046	0,043	0,044	0,036	-17,8

stehen Rückgänge in anderen BG-Gruppen, vor allem in Holz und Metall, gegenüber.

4.5 Neue Wegeunfallrenten

Die Zahl der neuen Wegeunfallrenten ist von 5.944 in 2009 auf 6.076 im Berichtsjahr um 2,2 Prozent gestiegen. Dabei ist das Unfallrisiko je 1.000 (gewichteter) Versicherungsverhältnisse um 0,7 Prozent von 0,141 auf 0,142 angestiegen. **Tabelle 6** zeigt, dass sich die Veränderung dieser Wegeunfallquote gegenüber dem Vorjahr in den verschiedenen Bereichen ausgesprochen unterschiedlich darstellt. Der höchste Anstieg ist im Bau zu verzeichnen, der größte Rückgang im Bereich Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse.

4.6 Verhältnis von neuen Unfallrenten zu meldepflichtigen Unfällen

Im Jahr 2010 kamen auf 1.000 meldepflichtige Arbeitsunfälle 17 neue Arbeitsunfallrenten, auf 1.000 meldepflichtige Wegeunfälle hingegen 27 neue Wegeunfallrenten. Daraus ist zu ersehen, dass Wegeunfälle im Vergleich zu Arbeitsunfällen weitaus häufiger besonders schwere Folgen haben.

4.7 Tödliche Unfälle

Bei den tödlichen Arbeitsunfällen ist ein Anstieg um 63 Fälle auf 519 Todesfälle zu verzeichnen. Die Zahl der tödlichen Wegeunfälle stieg um fünf Fälle auf 367.

Während auf 1.000 neue Arbeitsunfallrenten 31 tödliche Arbeitsunfälle kommen, entfallen auf 1.000 neue Wegeunfallrenten mit 60 tödlichen Wegeunfällen nahezu doppelt so viele Todesfälle. Dies verdeutlicht erneut die überproportionale Schwere der Wegeunfälle gegenüber den Arbeitsunfällen.

5 Schul- und Schulwegunfälle

Im Berichtsjahr ereigneten sich 1.431.920 meldepflichtige Schülerunfälle (Schul- und Schulwegunfälle). Die Pflicht zur Unfallanzeige besteht in der Schüler-Unfallversicherung dann, wenn der Versicherte getötet oder so verletzt wird, dass er ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen muss. Gegenüber dem Vorjahr sind die Schülerunfälle gestiegen (+ 4,8 Prozent). Der Schulweganteil liegt mit 124.572 meldepflichtigen Unfällen bei 8,7 Prozent. Entgegen dem Vorjahr ist das Schülerunfallrisiko

gestiegen (+ 4,5 Prozent). Die Rate liegt bei 83,6 Schülerunfällen je 1.000 versicherte Schüler. Hingegen ist bei der Zahl der neuen Schülerunfallrenten ein Rückgang von 12,1 Prozent auf insgesamt 936 erstmalige Entschädigungen zu verzeichnen. Dabei liegt der Anteil der neuen Wegeunfallrenten bei 33,9 Prozent. Darüber hinaus ist die Zahl der tödlichen Schülerunfälle (56) erneut gesunken (- 5,1 Prozent). 89,3 Prozent der tödlichen Schülerunfälle im Jahr 2010 ereigneten sich auf dem Schulweg.

6 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“.

Tabelle 5: Neue Arbeitsunfallrenten je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden

	2007	2008	2009	2010	Veränd. v. 2009 auf 2010 in %
UV in der gewerblichen Wirtschaft	0,319	0,306	0,311	0,300	- 3,5
darunter in den BG-Gruppen					
I Rohstoffe und chemische Industrie	0,417	0,403	0,411	0,410	- 0,3
II Holz und Metall	0,410	0,414	0,457	0,419	- 8,3
III Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,305	0,302	0,312	0,322	+ 3,3
IV Bau	0,969	0,946	0,931	0,889	- 4,5
V Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,341	0,324	0,368	0,357	- 2,8
VI Handel und Warendistribution	0,332	0,337	0,313	0,317	+ 1,5
VII Verkehr	0,799	0,680	0,745	0,712	- 4,4
VIII Verwaltung, Bahnen, Glas/Keramik	0,135	0,138	0,139	0,135	- 3,1
IX Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,168	0,141	0,145	0,149	+ 2,7
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)	0,196	0,178	0,161	0,157	- 2,8
Insgesamt	0,302	0,288	0,290	0,280	- 3,3

Tabelle 6: Neue Wegeunfallrenten je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse

	2007	2008	2009	2010	Veränd. v. 2009 auf 2010 in %
UV in der gewerblichen Wirtschaft	0,147	0,134	0,143	0,143	+ 0,4
darunter in den BG-Gruppen					
I Rohstoffe und chemische Industrie	0,217	0,169	0,204	0,200	- 2,3
II Holz und Metall	0,176	0,172	0,184	0,184	- 0,0
III Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,170	0,157	0,175	0,161	- 7,9
IV Bau	0,138	0,129	0,130	0,145	+ 11,1
V Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,128	0,105	0,120	0,123	+ 2,2
VI Handel und Warendistribution	0,192	0,164	0,178	0,175	- 1,7
VII Verkehr	0,137	0,129	0,135	0,135	- 0,3
VIII Verwaltung, Bahnen, Glas/Keramik	0,109	0,108	0,112	0,113	+ 0,8
IX Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,143	0,126	0,124	0,132	+ 6,4
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)	0,166	0,138	0,133	0,137	+ 3,3
Insgesamt	0,150	0,135	0,141	0,142	+ 0,7
Schüler-Unfallversicherung					
Schulwegunfälle je 1.000 Schüler	0,020	0,018	0,018	0,019	+ 0,7

In diese Liste können ausschließlich Erkrankungen durch besondere gefährdende Einwirkungen aufgenommen werden, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Das Bundeskabinett hat am 18. März 2009 die 2. Verordnung zur Änderung der Berufskrankheitenverordnung (BKV) verabschiedet. Seit Inkrafttreten am 1. Juli 2009 gibt es fünf neue Berufskrankheiten (BK 1318 Benzol, Blut und lymphatisches System, BK 2112 Gonarthrose, BK 4113 Lungenkrebs, PAK, BK 4114 Lungenkrebs, Asbest und PAK, BK 4115 Siderofibrose).

Darüber hinaus ist nach §9 Abs. 2 SGB VII eine nicht in der Liste aufgeführte Krankheit anzuerkennen und zu entschädigen, wenn nach neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen die sonstigen Voraussetzungen des Absatz 1 erfüllt sind.

Damit eine Erkrankung als Berufskrankheit anerkannt werden kann, muss zwischen versicherter Tätigkeit und schädigender Einwirkung sowie zwischen dieser Einwirkung und der Erkrankung ein recht-

lich wesentlicher ursächlicher Zusammenhang bestehen. Bei einigen Krankheiten müssen zusätzlich – neben diesem Kausalzusammenhang und den jeweiligen medizinischen Merkmalen – besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein: Zum Beispiel müssen Hauterkrankungen zusätzlich zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können; darüber hinaus muss das Tatbestandsmerkmal „schwere Krankheit oder wiederholte Rückfälligkeit“ erfüllt sein.

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

nuar 1992 liegen und die Erkrankung dem zuständigen Unfallversicherungsträger vor dem 1. Januar 1994 bekannt geworden sein.

6.2 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit

Für Ärzte besteht nach §202 SGB VII eine Anzeigepflicht bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit. Für Unternehmer besteht eine Meldepflicht gemäß §193 Abs. 2 SGB VII bereits bei Anhaltspunkten für das Vorliegen einer Berufskrankheit bei Versicherten in ihren Unternehmen. Bei Vorliegen entsprechender Anhaltspunkte müssen auch Krankenkassen eine Anzeige erstatten. Es können jedoch auch Versicherte und andere Stellen den Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit melden. Der Unfallversicherungsträger prüft von Amts wegen durch das Feststellungsverfahren, ob tatsächlich eine Berufskrankheit 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 2010 sind bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand 71.263 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit eingegangen. Dies ist ein Anstieg gegenüber dem Vorjahr um 4.312 Fälle beziehungsweise um 6,4 Prozent. In der Schüler-Unfallversicherung sind Berufskrankheiten erwartungsgemäß seltene Ereignisse. Im Berichtsjahr wurden 109 BK-Verdachtsanzeigen registriert. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich dabei um Hauterkrankungen.

Die Aufschlüsselung der Verdachtsanzeigen der letzten Jahre nach Krankheitsgruppen in [Tabelle 7](#) erlaubt eine differenzierte Betrachtung: Die Hautkrankheiten stellen mit 23.798 Anzeigen den größten Anteil. Die Zahl dieser Verdachtsanzeigen ist 2010 gegenüber dem Vorjahr um 4.390 Fälle beziehungsweise um 22,6 Prozent gestiegen. Hierbei spielt es eine Rolle, dass erstmals ab dem Berichtsjahr 2005 auch Meldungen nach §3 BKV und Hautarztberichte statistisch bei den Verdachtsanzeigen zu erfassen sind. Mit

Tabelle 7: Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit nach Krankheitsgruppen

(Unter-) Gruppe	Bezeichnung	2007	2008	2009	2010	Veränderung von 2009 auf 2010	
						absolut	in % ¹
1	Chemische Einwirkungen	2.603	2.853	3.019	4.279	+ 1.260	+ 41,7
11	Metalle und Metalloide	334	321	315	269	-46	-14,6
12	Erstickungsgase	122	119	192	141	-51	-26,6
13	Lösungsmittel, Pestizide und sonstige chemische Stoffe	2.147	2.413	2.512	3.869	+ 1.357	+ 54,0
2	Physikalische Einwirkungen	19.675	19.425	21.875	22.667	+ 792	+ 3,6
21	Mechanische Einwirkungen	9.831	9.516	10.466	11.279	+ 813	+ 7,8
22	Druckluft	8	13	7	6	-1	x
23	Lärm	9.247	9.367	10.816	10.979	+ 163	+ 1,5
24	Strahlen	589	529	586	403	-183	-31,2
3	Infektionserreger, Parasiten, Tropenkrankheiten	3.469	2.495	2.471	2.398	- 73	- 3,0
4	Atemwege, Lungen, Rippenfell, Bauchfell	14.815	14.821	17.189	16.141	- 1.048	- 6,1
41	Anorganische Stäube	11.075	11.229	13.565	12.350	- 1.215	- 9,0
42	Organische Stäube	170	170	205	182	- 23	- 11,2
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	3.570	3.422	3.419	3.609	+ 190	+ 5,6
5	Hautkrankheiten	18.186	18.670	19.408	23.798	+ 4.390	+ 22,6
6	Augenzittern der Bergleute	1	4	1	2	+ 1	x
	Sonstige Anzeigen	2.401	2.468	2.411	1.978	- 433	- 18,0
	Insgesamt	61.150	60.736	66.951	71.263	+ 4.312	+ 6,4

¹ Prozent nur bei Fallzahl > 10

Tabelle 8: Entschiedene Fälle

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Veränderung von 2009 auf 2010	
											absolut	in %
BK-Verdacht bestätigt	25.442	25.942	24.877	24.942	25.022	23.019	23.663	23.028	25.570	31.219	+ 5.649	+ 22,1
davon: anerkannte Berufskrankheiten	17.950	17.722	16.778	16.784	15.920	14.156	13.383	12.972	16.078	15.461	- 617	- 3,8
darunter: neue BK-Renten	5.503	5.443	5.085	5.021	5.459	4.781	4.123	4.312	6.643	6.123	- 520	- 7,8
davon: berufliche Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt	7.492	8.220	8.099	8.158	9.102	8.863	10.280	10.056	9.492	15.758	+ 6.266	+ 66,0
BK-Verdacht nicht bestätigt	46.864	44.707	43.575	41.374	38.887	38.040	35.980	36.440	37.132	37.967	+ 835	+ 2,2
Entschiedene Fälle insgesamt	72.306	70.649	68.452	66.316	63.909	61.059	59.643	59.468	62.702	69.186	+ 6.484	+ 10,3

Meldungen nach § 3 BKV wird auf die Gefahr hingewiesen, dass eine Berufskrankheit entstehen, wieder aufleben oder sich verschlimmern kann.

Die zweitgrößte Gruppe bilden die 12.350 Verdachtsanzeigen bei den Erkrankungen durch anorganische Stäube. Sie weisen nach dem Zuwachs im Vorjahr einen Rückgang um 1.215 Fälle beziehungsweise um 9,0 Prozent auf. Die Anzeigen auf Verdacht einer Erkrankung aufgrund mechanischer Einwirkungen sind um 813 Fälle beziehungsweise um 7,8 Prozent auf 11.279 gestiegen. Ursächlich hierfür ist die neue Berufskrankheit Gonarthrose, auf welche 1.804 Anzeigen entfallen. Auch die Anzeigen auf Verdacht einer Erkrankung aufgrund von Lärm sind um 163 Fälle beziehungsweise um 1,5 Prozent gestiegen. Der starke Anstieg von 54,0 Prozent aufgrund von Lösungsmitteln, Pestiziden und sonstigen chemischen Stoffen ist bedingt durch die neu angezeigten Berufskrankheiten bei der BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse zur BK 1302 (Halogenkohlenwasserstoffe) durch die Meldungen im Rahmen der PCB-Belastung im Dortmunder Hafen (ENVIO).

6.3 Entschiedene Fälle

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

Voraussetzungen erfüllt sein, wie zum Beispiel die Aufgabe der gefährdenden 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, Verletzten-geld, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Übergangsgeld.

In **Tabelle 8** wird ein zahlenmäßiger Überblick über alle in den letzten zehn Jahren im Bereich der gewerblichen Berufsgenos-

schaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand entschiedenen Fälle gegeben. Auch hier sind die wenigen Fälle aus dem Bereich der Schüler-Unfallversicherung enthalten. Im Berichtsjahr wurden insgesamt 69.186 Feststellungsverfahren abgeschlossen. Dabei wurde in 31.219 Fällen – und damit in 45,1 Prozent der Fälle – der Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit bestätigt. Unter diesen bestätigten Fällen waren 15.461 anerkannte Berufskrankheiten im engeren Sinn, von denen wiederum in 6.123 Fällen eine Rente, Abfindung oder Sterbegeld gezahlt wurde (neue Berufskrankheitenrenten).

In den übrigen 15.758 bestätigten Fällen – überwiegend Hauterkrankungen – waren die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt. Der Anstieg der Fälle, bei denen die berufliche Verursachung festgestellt wurde, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen aber fehlten, ist durch die verbesserte Dokumentation der § 3-Maßnahmen in der Stufe 1 des Stufenverfahrens „Haut“ zu begründen. In 37.967 Fällen musste eine Ablehnung erfolgen.

In **Tabelle 9** sind die entschiedenen Fälle des Berichtsjahres nicht nur nach Art der versicherungsrechtlichen Entscheidung, sondern zusätzlich nach Krankheitsgruppen aufgegliedert. Es wird unter anderem deutlich, dass es besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nur bei bestimmten Berufskrankheiten gibt. Dadurch ist die Rangfolge der häufigsten Berufskrankheiten auch unterschiedlich, je nachdem, ob man die anerkannten oder die bestätigten Fälle betrachtet. ▶

6.4 Übergangsleistungen

Wenn ein Versicherter eine gefährdende berufliche Tätigkeit wegen der Entstehung, des Wiederauflebens oder der Verschlimmerung einer Berufskrankheit aufgibt, so wird eine hierdurch verursachte Verdiensteinbuße oder ein anderer 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 2010 wurden von den Unfallversicherungsträgern insgesamt 3.743 Über-

gangsleistungen gewährt, davon 3.633 im Bereich der gewerblichen Wirtschaft. Ihre Verteilung nach Krankheitsgruppen und BG-Gruppen weist deutliche Schwerpunkte auf: Mit 1.876 Fällen sind 50,1 Prozent durch Hautkrankheiten begründet, die überwiegend in den BG-Gruppen Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Holz und Metall sowie Nahrungsmittel und Gastgewerbe zu finden sind. In weiteren 1.300 Fällen (34,7 Prozent) handelt es sich um obstruktive Atemwegserkrankungen, die zu 69 Prozent auf die BG-Gruppe Nahrungsmittel und Gastgewerbe entfallen. Weitere 463 Übergangsleistungen (12,4 Prozent) wurden aufgrund von Erkrankungen durch mechanische Einwirkungen erbracht. Es verblei-

ben 104 Fälle (2,8 Prozent), die sich auf die übrigen Erkrankungen verteilen.

7 Rentenbestand

1991 hatten die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im Rahmen der Ausweitung ihrer Zuständigkeit auf die neuen Bundesländer den gesamten laufenden Rentenbestand aufgrund von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten von der Sozialversicherung der ehemaligen DDR übernommen. Damit war der Rentenbestand im Jahr 1991 um rund ein Drittel angestiegen. Ende 2010 belief er sich auf 881.768 Renten, was einem Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 1,3 Prozent entspricht.

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

- 776.496 Renten (88 Prozent) stammen aus dem Bereich der gewerblichen Wirtschaft.
- 88.242 Renten (10 Prozent) stammen aus dem Bereich der öffentlichen Hand.
- 17.030 Renten (2 Prozent) stammen aus dem Bereich der Schüler-Unfallversicherung.
- 742.327 Renten (84 Prozent) laufen aufgrund von Unfällen.
- 139.441 Renten (16 Prozent) laufen aufgrund von Berufskrankheiten.
- 758.906 Renten (86 Prozent) erhalten Verletzte und Erkrankte.
- 122.862 Renten (14 Prozent) erhalten Hinterbliebene.

8 Entschädigungsleistungen

In diesem Abschnitt werden summarisch alle Entschädigungsleistungen einschließlich der Aufwendungen im Rahmen der Schüler-Unfallversicherung dargestellt, welche die Unfallversicherungsträger im Bereich der gewerblichen Wirtschaft und der öffentlichen Hand im Jahr 2010 für ihre Versicherten erbracht haben. Als Entschädigungsleistungen gelten die Dienst-, Sach- und Barleistungen nach Eintritt des Versicherungsfalles an Verletzte und Erkrankte sowie an Hinterbliebene. Im Einzelnen handelt es sich dabei um Heilbehandlung inklu-

Tabelle 9: Entschiedene Fälle 2010 nach Krankheitsgruppen

(Unter-) Gruppe	Bezeichnung	BK-Verdacht bestätigt				BK-Verdacht nicht bestätigt	Entschiedene Fälle insgesamt
		Anerkannte Berufskrankheiten		berufl. Verursachung best., vers.-rechtl. Vor. fehlen	Insgesamt (Sp. 1, 3)		
		Insgesamt	darunter neue BK-Renten				
1	2	3	4	5	6		
1	Chemische Einwirkungen	465	369	8	473	2.557	3.030
11	Metalle und Metalloide	27	21	–	27	234	261
12	Erstickungsgase	46	–	–	46	67	113
13	Lösungsmittel, Pestizide und sonstige chemische Stoffe	392	348	8	400	2.256	2.656
2	Physikalische Einwirkungen	6.514	868	203	6.717	14.805	21.522
21	Mechanische Einwirkungen	803	383	203	1.006	9.664	10.670
22	Druckluft	1	–	–	1	1	2
23	Lärm	5.606	389	–	5.606	4.785	10.391
24	Strahlen	104	96	–	104	355	459
3	Infektionserreger, Parasiten, Tropenkrankheiten	917	71	–	917	1.207	2.124
4	Atemwege, Lungen, Rippenfell, Bauchfell	6.758	4.452	277	7.035	10.138	17.173
41	Anorganische Stäube	6.245	4.201	–	6.245	7.455	13.700
42	Organische Stäube	60	50	–	60	126	186
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	453	201	277	730	2.557	3.287
5	Hautkrankheiten	584	185	15.269	15.853	7.399	23.252
6	Augenzittern der Bergleute	5	4	–	5	39	44
	Fälle gemäß DDR-BKVO-Liste	17	17	1	18	67	85
	Sonstige Krankheiten	201	157	–	201	1.755	1.956
	Insgesamt	15.461	6.123	15.758	31.219	37.967	69.186

sive Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, Pflege und Geldleistungen. Die Entschädigungsleistungen beliefen sich 2010 auf 9,304 Milliarden Euro. Das waren 277 Millionen Euro beziehungsweise 3,1 Prozent mehr als im Vorjahr. Hier ist allerdings anzumerken, dass es aufgrund des neuen Kontenrahmens (Erlass des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 27. November 2009) zu einer Verschiebung der „Leistungen bei Unfalluntersuchungen“ (Konto 589) von den Verfahrenskosten zur finanziellen Kompensation kommt. Vorjahresvergleiche sind deshalb nur bedingt möglich. 3,497 Milliarden Euro der Entschädigungsleistungen entfielen auf Heilbehandlung, 180 Millionen Euro auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und 5,530 Milliarden Euro auf Renten, Abfindungen und Beihilfen.

8.1 Heilbehandlung

2010 lagen die gesamten Aufwendungen für Heilbehandlung einschließlich medizinischer Rehabilitation, Geldleistungen, Pflege und ergänzender Leistungen in Höhe von 3,497 Milliarden Euro um 6,5 Prozent beziehungsweise um 212 Millionen Euro über denen des Vorjahres. Ihre Aufgliederung in **Tabelle 10** zeigt, dass die Kosten in den meisten Teilbereichen gestiegen sind. Hervorzuheben ist insbesondere der Anstieg bei der stationären Behandlung um 79 Millionen Euro beziehungsweise um 8,4 Prozent, bei der ambulanten Behandlung um 77 Millionen Euro beziehungsweise um 6,7 Prozent sowie beim Verletztengeld um 27 Millionen Euro (+ 4,9 Prozent). In den Rechnungsergebnissen werden im Rahmen der Heilbehandlungskosten auch die Aufwendungen zur Förderung der Teilhabe am Gemeinschaftsleben („soziale Reha“) erfasst, die sich im Berichtsjahr auf 34 Millionen Euro beliefen.

8.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Im Berichtsjahr betragen diese Aufwendungen 180 Millionen Euro. Sie lagen damit um 6,8 Prozent beziehungsweise um elf Millionen Euro höher als im Vorjahr. In **Tabelle 11** sind sie nach verschie-

Tabelle 10: Aufwendungen für Heilbehandlung

	Euro			Veränd. v. 2009 auf 2010 in %
	2008	2009	2010	
Ambulante Heilbehandlung	1.098.572.285	1.140.652.854	1.217.359.617	+ 6,7
Zahnersatz	17.437.189	16.571.461	16.068.878	- 3,0
Ambulante Heilbehandlung und Zahnersatz zusammen	1.116.009.474	1.157.224.315	1.233.428.495	+ 6,6
Stationäre Behandlung	885.283.089	939.431.084	1.017.980.303	+ 8,4
Häusliche Krankenpflege	8.402.655	9.492.935	10.710.575	+ 12,8
Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege zusammen	893.685.745	948.924.019	1.028.690.878	+ 8,4
Verletztengeld	514.298.275	555.616.994	582.729.332	+ 4,9
Besondere Unterstützung	902.122	1.082.971	1.051.438	- 2,9
Verletztengeld und besondere Unterstützung zusammen	515.200.397	556.699.965	583.780.770	+ 4,9
Gewährung der Pflege	99.685.334	110.223.269	116.405.159	+ 5,6
Pflegegeld	105.908.973	105.781.131	108.665.755	+ 2,7
Entschädigung für Wäsche- und Kleiderverschleiß	16.750.791	16.882.024	16.953.165	+ 0,4
Übrige Heilbehandlungskosten	724.511	813.033	1.054.742	+ 29,7
Sozialversicherungsbeiträge bei Verletztengeld	168.586.002	182.026.640	189.753.174	+ 4,2
Reisekosten bei Heilbehandlung und Pflege	160.457.859	163.887.254	176.588.115	+ 7,7
Haushaltshilfe und Kinderbetreuung	4.883.334	5.282.840	5.666.791	+ 7,3
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	30.998.353	35.537.547	34.325.704	- 3,4
Verletztengeld wegen Unfall des Kindes	1.279.381	1.313.498	1.550.523	+ 18,0
Sonstige Heilbehandlungskosten zusammen	589.274.538	621.747.237	650.963.126	+ 4,7
Insgesamt	3.114.170.154	3.284.595.536	3.496.863.269	+ 6,5

Tabelle 11: Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

	Euro			Veränd. v. 2009 auf 2010 in %
	2008	2009	2010	
Sachleistungen	75.379.110	78.876.218	85.492.268	+ 8,4
Übergangsgeld	36.174.884	39.183.428	41.761.353	+ 6,6
Sonstige Barleistungen	765.936	456.029	577.426	+ 26,6
Sozialversicherungsbeiträge bei Übergangsgeld	21.120.544	22.620.067	24.277.114	+ 7,3
Reisekosten	7.593.878	7.666.886	8.210.738	+ 7,1
Haushaltshilfe	131.901	160.761	177.848	+ 10,6
Betriebshilfe	541	-	-	x
Sonstige ergänzende Leistungen	4.062.511	4.746.178	4.403.831	- 7,2
Übergangsleistungen	15.936.479	14.523.301	14.725.023	+ 1,4
Insgesamt	161.165.785	168.232.870	179.625.599	+ 6,8

denen Teilbereichen aufgeschlüsselt. Mit 85 Millionen Euro wurden 48 Prozent aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsle-

ben für Sachleistungen aufgewendet. Mit 42 Millionen Euro entfielen weitere 23 Prozent der Kosten auf Übergangsgeld. ▶

Tabelle 12: Aufwendungen für Renten, Beihilfen und Abfindungen

	2008	Euro 2009	2010	Veränd. v. 2009 auf 2010 in % ¹
Renten an Versicherte	3.894.221.897	3.994.375.277	3.993.056.593	-0,0
Witwen/Witwer nach § 65 Abs. 2 Nr. 2 SGB VII	14.644.271	12.944.793	11.511.648	-11,1
Witwen/Witwer nach § 65 Abs. 2 Nr. 3 SGB VII	1.270.325.880	1.306.308.594	1.304.521.662	-0,1
Rente im Sterbevierteljahr nach § 65 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII	15.757.433	15.957.956	15.443.063	-3,2
Witwen/Witwer zusammen	1.300.727.584	1.335.211.344	1.331.476.372	-0,3
Waisen	107.766.837	102.801.491	98.556.217	-4,1
Sonstige Berechtigte	365.203	277.632	265.359	-4,4
Renten zusammen	5.303.081.521	5.432.665.744	5.423.354.541	-0,2
Beihilfen nach § 71 SGB VII an				
Witwen/Witwer ein- malig	16.585.433	15.697.844	15.269.905	-2,7
Witwen/Witwer laufend	1.819.408	1.872.533	1.926.322	+2,9
Witwen/Witwer zusammen	18.404.841	17.570.378	17.196.227	-2,1
Waisen	28.690	357	67.394	x
Beihilfen zusammen	18.433.530	17.570.735	17.263.620	-1,7
Abfindungen an Versicherte ²	96.407.075	90.789.184	88.473.724	-2,6
Abfindungen an Hinterbliebene	1.014.249	1.084.907	718.810	-33,7
Abfindungen zusammen	97.421.324	91.874.091	89.192.534	-2,9
Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	329.472	305.575	232.852	-23,8
Insgesamt	5.419.265.847	5.542.416.144	5.530.043.547	-0,2

¹ x gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll² inklusive Gesamtvergütungen**Tabelle 13:** Steuerungskosten für Prävention

	2008	Euro 2009	2010	Veränd. v. 2009 auf 2010 in %
Herstellung von Unfall- verhütungsvorschriften	3.263.648	3.229.241	3.074.438	-4,8
Personal- und Sachkosten der Prävention ¹	518.939.593	536.522.513	534.341.964	-0,4
Ausbildung (§ 23 SGB VII)	135.590.263	137.644.982	118.150.000	-14,2
Zahlungen an Verbände für Prävention	80.194.233	76.773.833	81.130.847	+5,7
Arbeitsmedizinische Dienste	46.584.415	48.325.575	45.565.515	-5,7
Sicherheitstechnische Dienste	13.155.545	14.855.974	15.371.299	+3,5
Sonstige Kosten der Prä- vention	65.720.188	67.231.533	79.793.606	+18,7
Erste Hilfe (§ 23 Abs. 2 SGB VII)	28.820.076	30.546.709	34.007.280	+11,3
Insgesamt	892.267.961	915.130.360	911.434.949	-0,4

¹ Bezeichnung im Kontenrahmen vor Berichtsjahr 2010:

„Überwachung und Beratung der Unternehmen“

8.3 Renten, Beihilfen und Abfindungen

Die gesamten Aufwendungen dieser Art in Höhe von 5,530 Milliarden Euro weisen 2010 gegenüber dem Vorjahr einen Rückgang um 0,2 Prozent auf; sie sind in [Tabelle 12](#) näher aufgeschlüsselt. Mit 5,423 Milliarden Euro wurden 98 Prozent davon für Renten an Verletzte, Erkrankte und Hinterbliebene ausgegeben, wobei 3,993 Milliarden Euro auf Versichertenrenten entfielen und 1,430 Milliarden auf Hinterbliebenenrenten. Für Beihilfen an Hinterbliebene wurden 17 Millionen Euro aufgewendet und für Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene 89 Millionen Euro. Darüber hinaus wurden im Berichtsjahr 232.900 Euro für Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen aufgewendet.

9 Steuerungskosten für Prävention

Die Unfallversicherungsträger haben gemäß § 15 SGB VII den gesetzlichen Auftrag, Unfallverhütungsvorschriften zu erlassen, zu deren Einhaltung die Unternehmen und Einrichtungen in ihrem Zuständigkeitsbereich verpflichtet sind. Die Unfallversicherungsträger tragen die Steuerungskosten, die bei der Einleitung von Präventionsmaßnahmen anfallen. Dagegen werden die Durchführungskosten, deren Umfang statistisch nicht erfasst wird, die jedoch mit Sicherheit um ein Vielfaches höher liegen, von den Unternehmen und Einrichtungen getragen.

2010 haben die Unfallversicherungsträger 911 Millionen Euro für Prävention, arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste und erste Hilfe ausgegeben. Diese Aufwendungen lagen um 0,4 Prozent unter denen des Vorjahres, wobei es auch hier aufgrund des neuen Kontenrahmens zu Änderungen kam (Änderung der Bezeichnung Konto 591, früher „Überwachung und Beratung der Unternehmen“). Mehr als die Hälfte der Ausgaben entfiel mit 534 Millionen Euro auf die Personal- und Sachkosten der Prävention. Für die Ausbildung von Personen, die in den Unternehmen mit der Durchführung der Prävention betraut sind, wurden 118 Millionen Euro aufgewendet. Die nähere Aufgliederung der übrigen Kosten der Prävention ist in [Tabelle 13](#) zu finden. ▶

Tabelle 14: Gewerbliche Berufsgenossenschaften – Zusammenfassende Abschlussübersicht für das Jahr 2010: Ermittlung des Umlagesolls

Ktgr.	Umlagewirksame Aufwendungen	Euro	Ktgr.	Umlagewirksame Erträge	Euro
Kontenklasse 4			Kontenklasse 2		
40	Ambulante Heilbehandlung	928.337.996	21	Sonstige Beitragseingänge	422.879.839
45	Zahnersatz	9.598.070	22	Verzugszinsen, Säumniszuschläge	26.133.308
46	Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege	843.040.076		Insgesamt	449.013.148
47	Verletztengeld und besondere Unterstützung	525.904.977			
48	Sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen	532.576.591			
49	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	161.337.373			
	Insgesamt	3.000.795.082			
Kontenklasse 5			Kontenklasse 3 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 30/31)		
50	Renten an Versicherte und Hinterbliebene	4.847.141.175	32	Umlagewirksame Vermögenserträge aus den Betriebsmitteln	66.921.907
51	Beihilfen an Hinterbliebene	15.669.603	33	Vermögenserträge	–
52	Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene	81.427.740	34	Gewinne der Aktiva	–
53	Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	69.361	35	Einnahmen aus Ersatzansprüchen	343.759.050
56	Mehrleistungen und Aufwendersatz	32.151	36	Geldbußen und Zwangsgelder	2.791.989
57	Sterbegeld und Überführungskosten	16.293.987	37	Entnahmen aus den Vermögen	475.341.933
58	Leistungen im Rahmen von Unfalluntersuchungen	58.567.418	38	Einnahmen aus öffentlichen Mitteln	468.175
59	Prävention	816.539.901	39	Sonstige Einnahmen	825.289.369
	Insgesamt	5.835.741.336		Insgesamt	1.714.572.422
Kontenklasse 6 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 60/61)					
62	Zuschreibungen und sonstige Aufwendungen	–			
63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	3.881.468			
64	Beitragsausfälle	261.752.796			
65	Beitragsnachlässe	323.105.797			
66	Verluste durch Wertminderung der Aktiva und Wertsteigerung der Passiva	–			
67	Zuführungen zu den Vermögen	638.206.268			
69	Sonstige Aufwendungen	822.116.648			
	Insgesamt	2.049.062.977			
Kontenklasse 7					
70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	564.686.330			
71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	106.746.078			
72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	65.150.345			
73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	128.150.955			
74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	5.583.455			
75	Vergütungen an andere für Verwaltungsarbeiten	209.085.913			
76	Kosten der Rechtsverfolgung	8.307.725			
77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	5.040.733			
78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	1.410.831			
79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	–			
	Insgesamt	1.094.162.365			
	Summe der umlagewirksamen Aufwendungen	11.979.761.759		Summe der umlagewirksamen Erträge	2.163.585.570
Ermittlung des Umlagesolls:					
	umlagewirksame Aufwendungen ¹				11.979.761.759
	abzüglich umlagewirksamer Erträge				2.163.585.570
	Umlagesoll (Überschuss der Aufwendungen)				9.816.176.190

¹ einschließlich Korrekturbuchung (89,69 Euro) aus 2009 (BG Handel und Warendistribution)

Tabelle 15: Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand – Zusammenfassende Abschlussübersicht für das Jahr 2010: Umlagerechnung

Ktgr.	Umlagewirksame Aufwendungen	Euro	Ktgr.	Umlagewirksame Erträge	Euro
Kontenklasse 4			Kontenklasse 2		
40	Ambulante Heilbehandlung	289.021.621	20	Umlagebeiträge der Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbände	1.237.847.181
45	Zahnersatz	6.470.809	21	Sonstige Beitragseingänge	42.303.215
46	Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege	185.650.802	22	Verzugszinsen, Säumniszuschläge	156.690
47	Verletztengeld und besondere Unterstützung	57.875.793		Insgesamt	1.280.307.087
48	Sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen	118.386.535			
49	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	18.288.227			
	Insgesamt	675.693.786			
Kontenklasse 5			Kontenklasse 3 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 30/31)		
50	Renten an Versicherte und Hinterbliebene	576.213.365	32	Umlagewirksame Vermögenserträge aus den Betriebsmitteln	14.161.738
51	Beihilfen an Hinterbliebene	1.594.017	33	Vermögenserträge	–
52	Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene	7.764.794	34	Gewinne der Aktiva	–
53	Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	163.492	35	Einnahmen aus Ersatzansprüchen	80.707.528
56	Mehrleistungen und Aufwendungsersatz	14.582.252	36	Geldbußen und Zwangsgelder	–
57	Sterbegeld und Überführungskosten	926.037	37	Entnahmen aus den Vermögen	149.640.681
58	Leistungen im Rahmen von Unfalluntersuchungen	7.153.577	38	Einnahmen aus öffentlichen Mitteln	153.031.104
59	Prävention	94.895.048	39	Sonstige Einnahmen	2.444.211
	Insgesamt	703.292.583		Insgesamt	399.985.262
Kontenklasse 6 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 60/61)					
62	Zuschreibungen und sonstige Aufwendungen	–		Summe der Erträge	1.680.292.348
63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	168.747		Differenz bei UK Hessen und Bayerischer GUVV	2.874.685
64	Beitragsausfälle	32.943			
65	Beitragsnachlässe	1.865.159			
66	Verluste durch Wertminderung der Aktiva und Wertsteigerung der Passiva	–			
67	Zuführungen zu den Vermögen	119.563.022			
69	Sonstige Aufwendungen	1.103.424			
	Insgesamt	122.733.294			
Kontenklasse 7					
70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	125.777.784			
71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	9.018.916			
72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	11.438.056			
73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	20.720.935			
74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	1.140.663			
75	Vergütungen an andere für Verwaltungsarbeiten	10.718.833			
76	Kosten der Rechtsverfolgung	1.401.759			
77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	167.248			
78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	272.337			
79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	727.235			
	Insgesamt	181.447.370			
	Summe der umlagewirksamen Aufwendungen	1.683.167.033		Summe der umlagewirksamen Erträge	1.683.167.033
	Umlagebeitrag	1.237.847.181			

10 Aufbringung der Mittel

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

Das Finanzierungsverfahren unterscheidet sich im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften strukturell von demjenigen im Bereich der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Aus diesem Grund ist beiden Bereichen hier ein eigener Abschnitt gewidmet. Die jeweils zugehörige Überblicksdarstellung der Aufwands- und Ertragsrechnung ist auf den Seiten 61 und 62 zu finden.

10.1 Aufbringung der Mittel und Beitragssatz im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Das Umlagesoll für 2010 beläuft sich auf 9,816 Milliarden Euro und ist damit um 352 Millionen Euro beziehungsweise um 3,7 Prozent höher als im Vorjahr. Das beitragspflichtige Entgelt ist hingegen um 2,9 Prozent auf 743,0 Milliarden Euro gestiegen. Dadurch hat sich der durchschnittliche Beitragssatz gegenüber dem Vorjahr (1,31 Prozent) erhöht und beträgt jetzt 1,32 Prozent.

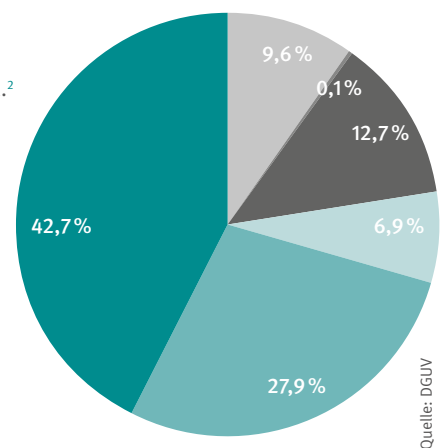
Anders als in den übrigen Zweigen der gesetzlichen Sozialversicherung, in denen in den letzten Jahrzehnten zum Teil erhebliche Beitragsanstiege zu verzeichnen waren, weist der durchschnittliche Beitragssatz der gewerblichen Berufsgenossenschaften in der langjährigen Entwicklung eine hohe Stabilität auf. Dementsprechend ist der Anteil dieses Beitragssatzes am Gesamtsozialversicherungs-Beitragssatz von 5,0 Prozent im Jahr 1970 auf 3,23 Prozent im Berichtsjahr 2010 gesunken.

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

- Finanzielle Kompensation
- Rehabilitation
- Prävention
- Zuführungen zu Betriebsmitteln, Rücklage u. a.²
- Verfahren
- Verwaltung

Abbildung 2: Aufwendungen 2010

Insgesamt: 13.165.455.351 Euro
Die Aufwendungen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften sind höher als das Umlagesoll, da Letzteres nach Saldierung mit den Erträgen und ohne umlageunwirksame Konten ermittelt wird.



träglich von den Unternehmern in der gewerblichen Wirtschaft im Umlageverfahren aufgebracht. Die Aufwendungen sind höher als das Umlagesoll, das die Unternehmer als Beitrag zur gesetzlichen Unfallversicherung aufzubringen haben. Die Berufsgenossenschaften erwirtschaften nämlich auch Einnahmen, zum Beispiel Regresseinnahmen, die zunächst einen Teil der Aufwendungen decken, so dass nur noch die Differenz umgelegt werden muss. Dies ist übersichtlich dargestellt in **Tabelle 14** (Seite 61), die als zusammenfassende Abschlussübersicht die gegliederte Darstellung aller umlagewirksamen Aufwendungen und Erträge sowie das daraus resultierende Umlagesoll enthält.

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

wirtschaftlichen Anreiz, in seinem Betrieb möglichst effektiv Unfälle zu verhüten.

10.2 Aufbringung der Mittel im Bereich der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand

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

Autoren

Efthimia Dima

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

Barbara Lipka

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

Kurt Scherer

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

*

² Eine Pflicht, Betriebsmittel und Rücklagen bereitzuhalten, besteht für die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand nicht.

Berufskrankheiten

Die Riechstörung eines langjährig als Monteur im Trafobau Beschäftigten, der verschiedenen jeweils toxischen, schleimhautreizenden Stoffen ausgesetzt war, ist als Wie-BK gemäß § 9 Abs. 2 SGB VII bzw. § 551 Abs. 2 RVO anzuerkennen.

§ (Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 26.1.2011 – L 2 U 4115/09 –, UVR 007/2011, S. 427 – 439)

Streitig war vorliegend unter anderem ein Anspruch auf Anerkennung einer Hyposmie (vermindertes Riechvermögen) als Wie-Berufskrankheit (Wie-BK). Der 1950 geborene Kläger arbeitet seit 1970 in einem Transformatorenwerk als Montierer für flüssigkeitsgekühlte Trafos. Er war und ist im Bereich Montage und Reparatur von Transformatoren eingesetzt. Ende 1996 wurde der Kläger im Trockentrafobau bei der Umspannungswicklung beschäftigt. Von 1970 bis 1996 war er in unterschiedlicher Frequenz und Intensität diversen Halogenkohlenwasserstoff-Gemischen (Clophen, Waschbenzinen, Eindring-Farbstoff) ausgesetzt, darüber hinaus hatten von 1970 bis 1990 Expositionen gegenüber Methylenchlorid und – ab 1997 – in geringerer Konzentration gegenüber Ethanol bestanden. Weiterhin war er der Einwirkung von Epoxydharzdämpfen, Lötdämpfen und Schweißrauch ausgesetzt.

Nach Auffassung des LSG ist die Hyposmie beim Kläger wie eine BK anzuerkennen. Die im Falle des Klägers maßgebliche „bestimmte Personengruppe“, die bei ihrer Arbeit in erheblich höherem Maße als die übrige Bevölkerung bestimmten Einwirkungen ausgesetzt sein müsse, seien – so das LSG – die im Bereich Montage und Reparatur von Transformatoren Versicherten. Die toxischen Stoffe, denen der Kläger bei seinen Arbeitsbedingungen in teilweise hohen Konzentrationen über lange Jahre ausgesetzt gewesen sei, seien generell geeignet, eine Riechstörung zu verursachen. Die Erkenntnisse, auf denen diese Einschätzung beruhe, seien auch „neu“. Es sei auch hinreichend wahrscheinlich, dass die Hyposmie des Klägers durch die beruflich bedingte Einwirkung der toxischen Stoffe (Brandrauche, Clophen/Salzsäuredämpfe, Schweißrauche, Lösungsmittel) verursacht worden sei. Er sei den toxischen, schleimhautreizenden Stoffen von 1970 bis 1996 und zum Teil darüber hinaus während seiner versicherten Tätigkeit in zum Teil hohen Konzentrationen ausgesetzt gewesen.

Versichertenrente

Zu den Voraussetzungen der Anerkennung einer unfallbedingten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei einer Postangestellten nach einem Überfall auf ihre Poststelle.

§ (Urteil des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 18.11.2010 – L 6 U 102/07 –, UV-Recht Aktuell 010/2011, S. 676 – 691)

Streitig waren hinsichtlich einer Versichertenrente Art, Umfang und Ursache einer psychischen Erkrankung einer Postangestellten. Sie war Opfer eines Überfalls auf ihre Poststelle geworden. Ein maskierter Täter hatte sie bedroht. Sie konnte in einen verschlossenen Wertraum flüchten, in den der Täter – vergeblich – gewaltsam einzudringen versuchte. Ein halbes Jahr zuvor war sie schon einmal Opfer eines Überfalls auf die Postfiliale geworden. Das LSG hat einen Rentenanspruch nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 30 v. H. bejaht. Die Klägerin leide an einer durch den Überfall verursachten PTBS. Die Gesundheitsstörung sei neben den Stressor-Kriterien (A-Kriterien) drei Clustern zugeordnet: Intrusionen (B-Kriterien), Vermeidungsverhalten (C-Kriterien) und Hyperarousal (D-Kriterien). Diese Symptome lägen bei ihr vor. So habe zum Beispiel der Überfall eine ernsthafte Gefahr für die körperliche Unversehrtheit der Klägerin bedeutet

(A1-Kriterium), auf das sie mit panischer Angst reagiert habe (A2-Kriterium; trotz vorhandenen Fenstergitters habe sie versucht, die Scheibe zum Nebenraum einzuschlagen, und sich dabei sogar verletzt). Die Symptome der Kriterien B, C und D dauerten auch an und beeinträchtigten sie in sozialen und beruflichen Bereichen (Rückzugstendenz und Aufgabe der beruflichen Tätigkeit bei der Deutschen Post) erheblich. Anhaltspunkte für eine psychisch relevante Schadensanlage im Sinne einer besonderen prätraumatischen Persönlichkeitsstruktur seien hingegen nicht ersichtlich.

Ferner sei es auch hinreichend wahrscheinlich, dass die PTBS auf den zweiten Überfall ursächlich zurückzuführen sei, und zwar auch für die Zeit ein Jahr nach dem Überfall. Die Persönlichkeitsstruktur der Klägerin stelle demgegenüber keine rechtlich wesentliche Bedingung für die psychischen Störungen dar. Ihre von einer Gutachterin festgestellte starke Regressions- und Anpassungsbereitschaft habe erst nach dem zweiten Überfall zu Problemen geführt und sei vorher eher eine vorteilhafte Verhaltensweise an ihrem Arbeitsplatz gewesen.

Kontakt: Dr. Horst Jungfleisch, E-Mail: horst.jungfleisch@dguv.de

Geschäftsführer des KUV tritt sein Amt an



Foto: Privat

Der neue Geschäftsführer des Klinikverbundes der gesetzlichen Unfallversicherung (KUV), Reinhard Nieper, hat am 1. Juli 2011 in der Geschäftsstelle in Berlin seine Arbeit aufgenommen. Vorangegangen war seine einstimmige Nominierung durch den Vorstand des KUV im März dieses Jahres. Niepers Aufgabe wird es sein, den im vergangenen Jahr neu gegründeten KUV aufzubauen und strategisch zu positionieren.

Ziel des KUV ist es, die elf berufsgenossenschaftlichen Kliniken und zwei Unfallbehandlungsstellen enger miteinander zu

vernetzen. Außerdem sollen die Aufgaben dieser Einrichtungen strategisch weiter ausgebaut werden. Dazu gehören die Entwicklung eines übergreifenden Klinikkonzepts und eines differenzierten Leistungsspektrums sowie die Erarbeitung von Qualitätsstandards ebenso wie die konzeptionelle Weiterentwicklung der Bereiche Klinikbau, Beschaffung, Personalmanagement und Kooperationen.

Nieper wurde 1959 in Münster geboren. Nach seinem Studium der Rechtswissenschaften

in Münster und Berlin arbeitete er zunächst in einem Krankenhaus im Ruhrgebiet. Nach der Wiedervereinigung Deutschlands übernahm er für den Orden der Alexianerbrüder die Aufgabe, mehrere Kliniken und Seniorenpflegeheime in den neuen Bundesländern zu erwerben, zu sanieren und zu einem Konzern zusammenzuführen. Ergebnis war ein gesamtdeutscher Unternehmensverbund, dem weitere strategische Fusions- und Kooperationsprojekte folgten. Zuletzt war Nieper Geschäftsführer des deutschlandweit tätigen Klinikverbunds der Alexianer.

Führungswechsel bei der BGN

Klaus Marsch ist seit dem 1. Juli 2011 der neue Hauptgeschäftsführer der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN). Der 52-Jährige folgt in dieser Position auf Norbert Weis, der vor Kurzem in den Ruhestand gegangen ist.

Marsch hat Rechtswissenschaften studiert und bereits 1986 seine Karriere bei der damaligen Berufsgenossenschaft für Nahrungsmittel und Gaststätten begonnen. Seit dem Jahr 2000 war er Stellvertreter von Norbert Weis in der Hauptgeschäftsführung.

Die BGN entstand zum Jahreswechsel 2010/11 aus dem Zusammenschluss der Berufsgenossenschaft für Nahrungsmittel und Gaststätten und der Fleischerei-Berufsgenossenschaft. Hauptgeschäftsführer Klaus

Marsch will in Zukunft „die Qualitäten und Erfahrungen beider Träger zu einem gemeinsamen Haus zusammenführen“.



Foto: BGN

Unfallkasse Rheinland-Pfalz verabschiedet stellvertretenden Geschäftsführer

Nach 47-jähriger Tätigkeit für die gesetzliche Unfallversicherung des Landes Rheinland-Pfalz hat die Unfallkasse Rheinland-Pfalz ihren stellvertretenden Geschäftsführer Helmut Müller in den Ruhestand verabschiedet.

Müller hatte im Alter von 13 Jahren als „Angestelltenlehrling“ bei der damaligen Landesausführungsbehörde für Unfallversicherung begonnen. Später prägte er mehr als 20 Jahre lang als stellvertretender Geschäftsführer maßgeblich die Arbeit der Unfallkasse.



Foto: UKRIP

Bei einem Empfang zu seiner Verabschiedung dankte ihm die Geschäftsführerin Beate Eggert: „In den Jahren unserer Zusammenarbeit habe ich Herrn Müller stets als kompetenten, loyalen und sachlichen Kollegen kennengelernt.“ Sein außerordentliches Fachwissen und seine Akribie hätten sie zutiefst beeindruckt. Auch Achim Hütten, Oberbürgermeister von Andernach, dem Sitz der Unfallkasse, lobte den Verwaltungsfachmann: „Er hat sich immer für den Standort eingesetzt. Die Mitglieder der Vertreterversammlung haben gerne mit ihm zusammengearbeitet. Wir danken Herrn Müller für alles, was er geleistet hat.“

Online-Handlungshilfe zur Ermittlung des Betreuungsbedarfs nach DGUV Vorschrift 2

Gemäß der DGUV Vorschrift 2 erfolgt die Ermittlung des erforderlichen arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Betreuungsbedarfs der Betriebe nicht mehr ausschließlich nach pauschalen Einsatzzeiten, sondern unter Betrachtung der betrieblichen Gefährdungen und Bedürfnisse. Die DGUV hat eine interaktive Online-Handlungshilfe zur Ermittlung des Betreuungsbedarfs entwickelt.

Diese ist ein umfassendes Instrument

- zur erstmaligen Ermittlung von Inhalt und Umfang des Gesamtbetreuungsbedarfs (Grund- und betriebsspezifische Betreuung),
- zur Fortschreibung des Betreuungsbedarfs (zum Beispiel bei betrieblichen Veränderungen mit Einfluss auf

die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung),

- zur systematischen und nachhaltigen Steuerung der Betreuungsleistungen über einen längeren Zeitraum sowie
- zur Erfüllung der Dokumentations- und Berichterstattungspflichten.

Die voraussichtlich ab September 2011 über die Homepage der DGUV verfügbare Online-Handlungshilfe unterstützt Betriebe, Verwaltungen und Bildungseinrichtungen bei der Umsetzung der DGUV Vorschrift 2. Gegenstand ist die reformierte Regelbetreuung in Betrieben und Verwaltungen mit mehr als zehn Beschäftigten. Innerhalb der Handlungshilfe werden umfassende Informationen über die DGUV Vorschrift 2 zur Verfügung gestellt.

Mit IFA-Software den eigenen Hörschaden vermeiden

Seit mehr als 15 Jahren sinkt die Zahl angezeigter Gehörschäden durch Lärmbelastung am Arbeitsplatz. Gleichzeitig klagen Ärzte und Arbeitgeber über einen deutlichen Anstieg lärmschwerhöriger Berufsanfänger. Der Grund: hohe Lärmpegel in der Freizeit durch Musikhören über MP3-Player und durch Diskobesuche. Dass ein nur zweistündiger Diskobesuch am Wochenende einen bis zu zehnmal höheren Anteil am Entstehen eines späteren Gehörschadens haben kann als eine komplette Arbeitswoche im Lärm, zeigt ein einfacher Lärmbelastungsrechner, den das Institut für Arbeitsschutz der DGUV kostenlos im Internet anbietet.

Vor allem Jugendliche und junge Erwachsene können sich hier darstellen lassen, wo die Schwerpunkte ihrer individuellen Lärmbelastung liegen und wann sich aus dieser Belastung möglicherweise ein Hörverlust entwickelt. Zusätzlich veranschaulichen Musik- und Sprachbeispiele, wie sich dieser Hörverlust tatsächlich einmal anhören könnte.



Download des Rechners unter
www.dguv.de > Webcode: d113946

Impressum

DGUV Forum

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

Herausgeber · Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer, Mittelstraße 51, 10117 Berlin-Mitte, www.dguv.de

Chefredaktion · Gregor Doepeke (verantwortlich), Sabine Herbst, Lennard Jacoby, Manfred Rentrop, DGUV, Berlin/Sankt Augustin/München

Redaktion · Claus Holland (DGUV), Natalie Peine, Franz Roederer (stv. Chefredakteur), Wiesbaden

Redaktionsassistenz · Andrea Hütten, redaktion@dguv-forum.de

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

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

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

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

Herstellung · Harald Koch, Wiesbaden

Druck · ColorDruck Leimen GmbH, Gutenbergstraße 4, 69181 Leimen

Grafische Konzeption und Gestaltung · Liebchen+Liebchen GmbH, Frankfurt am Main

Titelbild · Floß

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

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

Zitierweise · DGUV Forum, Heft, Jahrgang, Seite

ISSN · 1867-8483

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

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

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



uvex

PROTECTING PEOPLE



uvex silver-System



uvex sil-Wear Einweg-Overalls



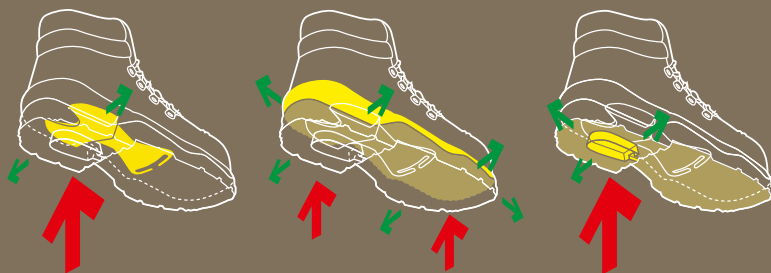
Mit uvex sil-Wear bieten wir hochfunktionale Schutzoveralls in den Klassen 3, 3B, 4, 4B, 5/6 für die unterschiedlichsten Einsatzbereiche – vom Einweg-Overall gegen Schmutz und Staub bis hin zu der innovativen Entwicklung gegen Viren und Bakterien. Durch die mit AgPURE™ beschichtete Oberfläche gewährleisten unsere uvex sil-Wear 3B bzw. 4B Anzüge einen aktiven Schutz gegen diese Gefahren.



uvex silv-Air Atemschutz

Von funktionalen Masken gegen Staub und Qualm bis hin zu speziellen Masken, die mit Extra-Filtern das Ein- und Ausatmen spürbar erleichtern. Hocheffektiv – als falt- oder Formmaske – gewährleistet uvex silv-Air durch die innovative Filter-Technologie und zahlreiche Komfortfeatures auch bei längeren Einsätzen in den unterschiedlichsten Einsatzbereichen zuverlässigen Schutz.

WO ENTLASTET MAN FUßGELENK, KNIE, HÜFTE UND RÜCKEN? UNTER DEM FUß NATÜRLICH.



1. GELENKSTÜTZE MIT
DÄMPFUNGSELEMENT

2. PU-ZWISCHENSOHLE

3. TUNNELSYSTEM®



SAXA ESD S2



YORA ESD S2

Mit mehr als 85 Jahren Erfahrung ist Bata Industrials einer der führenden Spezialisten für bequeme Sicherheitsschuhe. Nun verfügen unsere Modelle über eine innovative 3-stufige Dämpfungskonstruktion. Nach offizieller Testmethode (EN ISO 20344) erreichen wir eine doppelt so hohe Energieaufnahme im Fersenbereich als gefordert. Dadurch neutralisieren bzw. reduzieren wir weitestgehend die Stöße und Kräfte, die auf den gesamten biomechanischen Bewegungsapparat vom Fußgelenk bis zum Halswirbel wirken. Das Ergebnis: geringere Ermüdung, weniger Beschwerden und Ausfallzeiten. Bata. The Energy Footwear.



Bata Industrials®
THE ENERGY FOOTWEAR

Mehr Informationen: www.bataindustrials.com/broschuere