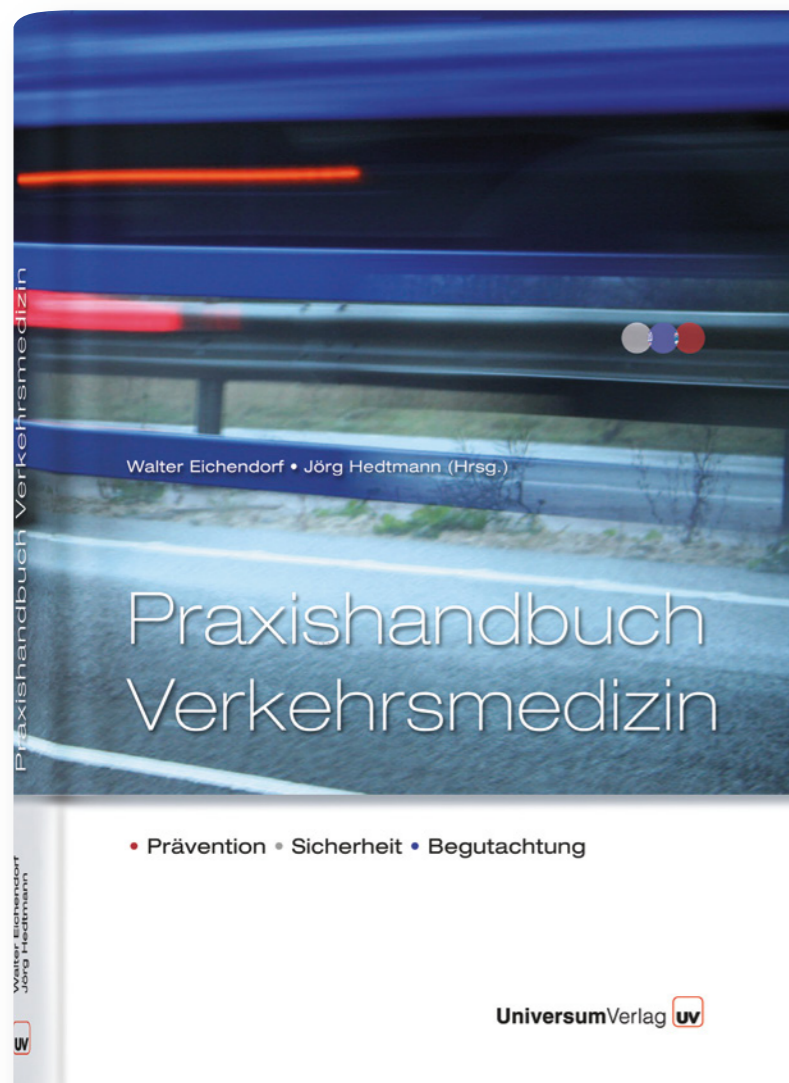


Praxishandbuch **Verkehrsmedizin**

www.universum.de/verkehrsmedizin



Prävention, Sicherheit, Begutachtung

Das Praxishandbuch gibt einen Überblick über alle wichtigen Themen der Verkehrsmedizin und ihre Bedeutung im Arbeitsschutz.

- » Schwerpunkte: Belastungen – Gefährdungen – Erkrankungen
- » Berücksichtigt Besonderheiten des Verkehrs auf der Straße, der Schiene, zu Wasser und in der Luft
- » Vermittelt neue Erkenntnisse aus der Wissenschaft
- » Liefert Handlungsanleitungen für die praktische Anwendung

Herausgeber:

Dr. Walter Eichendorf (Präsident des Deutschen Verkehrssicherheitsrates und stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung)

Dr. Jörg Hedtmann (Präventionsleiter der Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft)

DGUV **Forum**

Gesundheit im Betrieb



Aus der Forschung Nachrüsten fürs Büroklima?
Internationales Arbeitsschutz in Indien
Unfallversicherung Kennzahlen der DGUV

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

einmal in der Woche zum Betriebssport und ein Obstkorb im Büro, das ist immerhin ein Anfang. Ein zeitgemäßes betriebliches Gesundheitsmanagement, das die Folgen des demographischen Wandels im Blick hat, muss jedoch weiter denken. Wie können Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in die Lage versetzt werden, möglichst gesund und leistungsfähig ihr Arbeitsleben zu bestehen? Diese Frage gewinnt für die Unternehmen zunehmend an Bedeutung. Aber wie lässt sich die Gesundheit der Belegschaft überhaupt verbessern? Wie können Fehlbelastungen ab- und Ressourcen bei den Mitarbeitern aufgebaut werden? Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gehören auch bei diesem Thema – zusammen mit den Krankenkassen – zu den ersten Ansprechpartnern der Betriebe. Einige Beratungsansätze stellen wir vor.



Foto: DGUV

Zum Beispiel Bünde: Im dortigen kaufmännischen Berufskolleg litten viele der 90 Lehrkräfte unter erhöhter Stressbelastung. Was tun? Zunächst wurde ein Ruheraum eingerichtet, Besuche im Fitnesscenter wurden angeboten. In weiteren Befragungen stellte sich jedoch heraus, dass die Heterogenität der Schüler das Problem war. Sehr unterschiedliche Wissensstände machten es den Lehrkräften schwer, allen gerecht zu werden. Die Schulleitung reagierte darauf mit einer Organisationsveränderung. Heute lernen die Schüler in kleineren Gruppen und selbst organisiert, auch die Lehrer arbeiten in Teams. Die Belastungen sind auf allen Seiten gesunken und Bünde hat schon zwei Schulentwicklungspreise gewonnen.

„Alle Mitarbeiter sollten in ein Gesundheitsmanagement eingebunden werden. Die Führung muss es unterstützen und kann selbst sehr davon profitieren.“

Sind die Erfahrungen aus Bünde übertragbar? Nicht eins zu eins. Aber das Beispiel macht deutlich: Alle Mitarbeiter sollten in ein Gesundheitsmanagement eingebunden werden. Die Führung muss es unterstützen und kann selbst sehr davon profitieren. Am Anfang ist eine gründliche Analyse der Situation im Betrieb nötig. Alle folgenden Maßnahmen sollten aufeinander abgestimmt sein und systematisch in die betrieblichen Prozesse integriert werden. Und Kreativität kann auf keinen Fall schaden.

Möge dieses Heft eine Einladung an all jene sein, die bislang noch kein Gesundheitsmanagement implementiert haben, denn: „Nur gesunde Unternehmen sind zukunftsfähig.“

Mit den besten Grüßen
Ihr

Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ›››	2–3
› Aktuelles ›››	4–8
› Nachrichten aus Brüssel ›››	9
› Titelthema ›››	10–27
Der Beitrag der gesetzlichen Unfallversicherung Gesund und arbeitsfähig bis zum Rentenalter <i>Fritz Bindzius, Angela Knoll</i>	10
Integration von Gesundheit in den Betrieb Vom generellen Ansatz zur gelebten Praxis <i>Björn Wegner</i>	12
Betriebliches Gesundheitsmanagement Handeln mit System <i>Sonja Wittmann</i>	16
Gute gesunde Schule Ein Beispiel aus der Schulpraxis <i>Heinz Hundeloh</i>	18
Gesundheits- und Sozialbereich Nur gesunde Unternehmen sind zukunftsfähig <i>Heike Schambortski</i>	20
Prävention in bewegten Bildern Fit für Job und Leben <i>Nicole Jansen</i>	22
Betriebliches Gesundheitsmanagement Forschung und Beratung für die UV-Träger sowie die Umsetzung des internen BGM der DGUV <i>Friederike Maria Engst, Annetra Wetzstein</i>	24
Beispiele aus der Praxis Wie Unfall- und Krankenversicherung erfolgreich zusammenarbeiten <i>Tobias Belz, Yvonne Hein, Daniela Koppel</i>	26
› Prävention ›››	28–34
Aus der Forschung Nachrüsten fürs Büroklima? <i>Thomas von der Heyden, Ina Neitzner</i>	28
Das GDA-Arbeitsprogramm Schulen Gemeinsam zum Ziel <i>Josef Kreuzberger, Heinz Hundeloh</i>	30
Die Fachbereiche der DGUV stellen sich vor Handel und Logistik <i>Hans-Peter Kany</i>	32
Die Fachbereiche der DGUV stellen sich vor Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege <i>Engelbert Drerup</i>	33



Die Fachbereiche der DGUV stellen sich vor
Rohstoffe und chemische Industrie
Helmut Ehnies

› Internationales ››› 36–39

Ein weiterer Schritt zu mehr Arbeitssicherheit
Maharashtra führt Präventionsregeln nach deutschem Vorbild ein
Eva-Marie Höffer, Karl-Heinz Noetel

› Unfallversicherung ››› 40–63

Formtexte der DGUV
Lassen Sie sich gerne belehren?
Renate Dreisbach, Heinrich-Peter Francks, Andreas Kranig, Hiltraut Paridon, Rüdiger Stahl

Auswirkung auf die Qualität
Umsetzung des Benchmarking-Projekts „Pflege“ der DGUV in die Verwaltungspraxis
Günter Hans, Harald Wendling

Jahresbericht
Kennzahlen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 2011
Efthimia Dima, Barbara Lipka, Kurt Scherer

› Aus der Rechtsprechung ››› 64

› Personalia ››› 65

› Medien/Impressum ››› 66

BGW-Prävention für Friseure steht Modell für Europa



Foto: DGUV/Wolfgang Bellwinkel/OSTKREUZ/HVB

Das deutsche Konzept des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Friseursalons soll in Europa Schule machen. Dazu haben der Arbeitgeberverband „Coiffure EU“ und der Arbeitnehmerverband „UNI Europa Hair & Beauty“ in Brüssel eine entsprechende Rahmenvereinbarung unterzeichnet. Laut der Europäischen Kommission werden die Sozialpartner die Kommission auffordern, die Übereinkunft EU-weit rechtlich verbindlich zu machen. „Dass unsere Präventionsstrategie für das Friseurhandwerk auf europäischer Ebene Anklang findet, freut uns sehr“, erklärt

Prof. Dr. Stephan Brandenburg, Hauptgeschäftsführer der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). „Die Erfahrungen zeigen, dass sich mit diesem Konzept viel persönliches Leid verhindern und die krankheitsbedingten Kosten für die Branche erheblich reduzieren lassen.“

Die BGW hat in Deutschland zusammen mit dem Friseurhandwerk, Wissenschaftlern der Universität Osnabrück und weiteren Kooperationspartnern ein spezielles Konzept zur Prävention von

Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und berufsbedingten Gesundheitsgefahren entwickelt. Dank dieses Ansatzes sind die jährlichen Entschädigungsleistungen für Berufskrankheiten von Friseuren seit Mitte der 1990er Jahre um fast 70 Prozent gesunken. So konnte die Berufsgenossenschaft den Unfallversicherungsbeitrag für die Branche bereits mehrmals in Folge senken.

Am stärksten gefährdet ist bei der Arbeit im Friseurhandwerk die Haut, die gerade durch die Feuchtarbeit im Salon stark beansprucht wird. Rund 70 Prozent der Verdachtsmeldungen auf eine Berufskrankheit, die die BGW jährlich aus der Branche erhält, betreffen dieses Organ. In Deutschland läuft zu diesem Thema derzeit die Kampagne „Lebe Deinen Traum. Mit Glamour, Style und schönen Händen“, die die BGW in Partnerschaft mit dem Zentralverband des Deutschen Friseurhandwerks initiiert hat. Die Kernbotschaft: Profis waschen mit Handschuhen! Dass Einmalhandschuhe nicht nur nützlich, sondern sogar chic sein können, zeigen eigens für die Kampagne entwickelte champagnerfarbene Modelle, die von Friseurbetrieben über die Kampagnenwebseite bestellt werden können.



Weitere Informationen:
www.lebe-deinen-traum.de

Europäische Gewerkschaften fordern MSE Richtlinie

Der Europäische Gewerkschaftsbund ETUC hat die Europäische Kommission aufgefordert, ohne weitere Verzögerung eine Richtlinie zur Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) vorzulegen. Die Kommission arbeitet bereits seit zehn Jahren an einem entsprechenden Papier. Eine Erhebung aus dem Jahr 2010 habe die Bedeutung von MSE noch einmal bestätigt. Probleme im Muskel-Skelett-Apparat stehen demnach für die europäischen Arbeitnehmer an erster Stelle, wenn sie nach negativen Auswirkungen der Arbeit auf ihre Gesundheit gefragt werden. Muskel-Skelett-Erkrankungen sind für eine Vielzahl von krankheitsbedingten Fehlzeiten verantwortlich.

Die Gewerkschaften monieren, dass ein umfassender Ansatz, der alle Ursachen für MSE berücksichtigt, immer noch fehle. Lediglich Teilaspekte wie zum Beispiel die Auswirkungen von Vibrationen seien bislang von der Kommission aufgegriffen worden. Von einer entsprechenden Richtlinie erhoffen sich die Gewerkschaften eine verbesserte Prävention in den Betrieben der EU-Länder. Darüber hinaus müsse eine solche MSE-Richtlinie in die Vorbereitung der neuen Strategie für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit einfließen, die die Kommission für die Jahre 2013 bis 2020 erarbeitet.

„Vision Zero“ ist Kongressthema auf der Arbeitsschutz Aktuell

Vom 16. bis zum 18. Oktober findet in Augsburg die Fachmesse Arbeitsschutz Aktuell statt. Schwerpunktthemen sind in diesem Jahr Persönliche Arbeitssicherheit, Corporate Health und Sicherheit im Betrieb. In Messehalle 5 werden Trends und visionäre Vorträge zu aktuellen Arbeitsschutzthemen präsentiert. In Messehalle 3 ist ein Informationsforum für kleine und

mittlere Unternehmen eingerichtet. Der begleitende Kongress steht unter dem Titel „Sicher und gesund arbeiten – Vision Zero in der Praxis“. Man müsse „Vision Zero“ mehr qualitativ als quantitativ begreifen, sagte Hartmut Karsten, Präsident der Fachvereinigung Arbeitssicherheit (FASI), ideeller Träger der Messe. Karsten: „Die Zahl der Toten und Verletzten bei der Arbeit ist immer

noch inakzeptabel hoch. Vision Zero fordert deshalb unter allen Umständen beherrschbare Risiken zur Vermeidung von Unfällen.“



Weitere Informationen zur Messe unter
www.arbeitsschutz-aktuell.de



Foto: Andrea Enderlein, BGRCl

Das Kreuz mit dem Knie

Kniebelastende Haltungen sind immer mit starker oder gar extremer Beugung des Kniegelenks verbunden. Das Gelenk wird dabei stärker beansprucht als bisher angenommen. Das belegt eine Untersuchung des Instituts für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA).

Knien, aber auch Hocken oder Kriechen am Arbeitsplatz sind Risikofaktoren für Verletzungen und Erkrankungen der Kniegelenke wie Meniskusschäden oder Arthrose. Die Mechanismen, die im Knie zu solchen Schäden führen, sind kompliziert und von mehreren Faktoren beeinflusst. Bislang gab es vor allem Informationen zur täglichen Dauer kniebelastender Haltungen für typische berufliche Tätigkeiten. Das IFA geht mit seiner neuen Un-

tersuchung weit darüber hinaus: Die Forscher liefern erstmals auch Messdaten zu Kniewinkeln, zur Symmetrie der Kniebelastung und zur täglichen Anzahl sowie zur Dynamik der Belastungsphasen.

„Große und extrem große Kniewinkel von 120 Grad und mehr sind bei Arbeiten in kniebelastenden Haltungen eher die Regel“, sagt Dr. Dirk Ditchen, Studienleiter im IFA. „Und je stärker die Beugung, desto größer kann zum Beispiel der Einfluss auf den Meniskus sein.“ Diese Erkenntnis, so Ditchen, liefere einen wichtigen neuen Anhaltspunkt für die weitere Erforschung von Knieerkrankungen.



Die Ergebnisse sind unter www.dguv.de/ifa
> Webcode d138257 verfügbar.

Klinisches Ethikkomitee

Moderne Therapieverfahren, neue Behandlungsmethoden und der Einsatz medizintechnischer Geräte führen dazu, dass sich die Spitzenmedizin zunehmend mit ethischen Fragestellungen auseinandersetzen muss. Aus diesem Grund wurde an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen ein Klinisches Ethikkomitee etabliert.

Das Ethikkomitee bietet eine klinische Ethikberatung bei schwierigen Themen an wie der Behandlungsintensität am Lebensende oder einem würdigen Sterben. Im Vordergrund stehen dabei Behandlungsmaßnahmen, die für die betroffenen Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung ihrer persönlichen Werteüberzeugungen am besten sind. Das Gremium spricht jedoch nur Empfehlungen aus. Die Entscheidung selbst verbleibt bei den behandelnden Ärzten, dem Behandlungsteam und den Patienten beziehungsweise ihren gesetzlichen Vertretern. In der Regel findet die Ethikberatung als fallbezogene Teambesprechung auf der Station statt. Neben Ärzten und Pflegekräften sind im Komitee auch Mitarbeiter aus den Bereichen Seelsorge, Therapie, Psychologie und des kaufmännischen Bereichs vertreten. Für spezielle Fragestellungen und Aufgaben können externe Experten hinzugezogen werden.



www.bgu-tuebingen.de

Raufunfälle in der Schule: Meistens trifft es die Jungs

Schüler sind deutlich häufiger von Raufunfällen betroffen als Schülerinnen. Das geht aus einer statistischen Untersuchung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung für das Jahr 2010 hervor. Die meisten gewaltbedingten Unfälle ereignen sich in der Pause und im Sportunterricht. Häufigste Folge sind Prellungen. Knochenbrüche kommen eher selten vor.

Rund 8,8 Millionen Schülerinnen und Schüler an allgemeinbildenden Schulen stehen beim Schulbesuch und auf dem Schulweg unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. 2010 ereigneten sich dabei bundesweit rund 1,1 Millionen Unfälle, von denen 7,8 Prozent auf Raufunfälle zurückgingen. Dies entspricht 9,7 Unfällen je 1.000 Versicherte. Im Jahr 2000 lag die Häufigkeit noch bei 13,6 Unfällen je 1.000 Versicherte.

Jungen haben im Vergleich zu Mädchen ein mehr als doppelt so hohes Risiko, einen Raufunfall zu erleiden. Vor allem die Altersgruppe der 12- bis 14-Jährigen ist



Konfliktlotsen sollen helfen, Streit zu schlichten.

hier auffällig. In diesem Alter schlagen sich aber auch Mädchen häufiger.

Am meisten gerangelt wird in Hauptschulen, wo sich 28,6 gewaltbedingte Unfälle je 1.000 Versicherte ereigneten. Allerdings haben Hauptschulen in den vergangenen zehn Jahren auch die größten Fortschritte gemacht. Die Unfallquote hat sich hier fast

halbiert – ein Rückgang, den andere Schularten nicht im selben Maße aufwiesen.

! Die Untersuchung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung steht unter www.dguv.de/inhalt/zahlen/documents/schueler/gewalt_2010.pdf zum Download bereit.

Bei Hitze steigt die Anstrengung

Wie wirken sich hohe Temperaturen in Büroräumen auf die Beschäftigten aus? Diese Frage hat die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) jetzt in einer Studie untersucht. 20 Versuchspersonen simulierten in einem Versuchsraum Büroaufgaben. Dabei wurden verschiedene physiologische Parameter gemessen und die Leistungsfähigkeit der Probanden überprüft. Auf den ersten Blick überraschte das Ergebnis: Trotz Hitze nahm die Arbeitsqualität nicht ab. Doch die Versuchsteilnehmer mussten sich mehr anstrengen, um gleiche Leistungen zu erbringen.



Wird es im Büro wärmer, steigen Hauttemperatur und Herzfrequenz. Beides bleibt jedoch im gesundheitlich unbedenklichen Bereich. Außerdem steigt die Hautfeuchte spürbar an und die Probanden haben größeren Durst. Erstaunlich ist das Ergebnis der kognitiven Tests. Denn entgegen der ursprünglichen Annahme der Forscher sank die Leistungsfähigkeit während der vierstündigen Versuchszeit nicht ab. Das bedeutet jedoch nicht, dass zwischen dem Arbeiten bei gemäßigten und bei hohen Temperaturen kein Unterschied besteht. Die Versuchspersonen berichteten, dass sie sich bei 30 °C durch die Aufgaben deutlich an-

gestrenger fühlten als bei 22 °C. Dass die Probanden zunächst keinen Leistungsabfall zeigten, führen die Forscher darauf zurück, dass der Mensch in der Lage ist, die Hitzebeanspruchung – zumindest für eine gewisse Zeit – im Interesse seiner geistigen Leistung zu kompensieren.

Zum Schutz von Mitarbeitern ist für Arbeitgeber die Arbeitsstättenregel „Raumtemperatur“ (ASR A3.5) maßgebend. Laut dieser Regel sollen ab einer Lufttemperatur von 26 °C Maßnahmen von Arbeitgebern ergriffen werden. Ab 30 °C müssen sie tätig werden, um die Beschäftigten vor der Hitze zu schützen.

! Link zur Studie „Hitzebeanspruchung und Leistungsfähigkeit in Büroräumen bei erhöhten Außentemperaturen“: www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2039.html

Rehabilitationspreis für vorbildliche Wiedereingliederung

Die Print ONLine Digitale Drucktechnik GmbH aus Bad Dürkheim wurde mit dem Rehabilitationspreis für vorbildliche Wiedereingliederung der Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienzeugnisse (BG ETEM) ausgezeichnet. Mit dem Preis würdigt die BG ETEM das Verhalten des Unternehmens nach dem schweren Unfall eines Mitarbeiters. Der mit 5.000 Euro dotierte Preis wurde am 22. Juni in Dresden übergeben.

Nach einem Wegeunfall im Juni 2009 fiel der Operator der Digitaldruckerei für rund ein Jahr aus. Dieser Verlust stellte die achtköpfige Belegschaft vor eine große Herausforderung. Jedoch war jeder Mitarbeiter bereit, Mehrarbeit zu leisten, um weiterhin alle Aufträge erledigen zu können. So konnte der Arbeitsplatz des Kollegen erhalten werden. Olaf Petermann, Vorsitzender der Geschäftsführung der BG ETEM, lobte die vorbildliche Haltung im

Unternehmen. Sie habe die Genesung des Verletzten wesentlich gefördert und ihn vor möglicher Arbeitslosigkeit bewahrt. Petermann: „Durch das Engagement von Unternehmensleitung und Belegschaft konnte die Berufsgenossenschaft erst gezielte Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung auf den Weg bringen.“

! www.bgetem.de

UK PT und BG Verkehr wollen fusionieren



Die Vorsitzenden des Vorstandes und der Vertreterversammlung sowie die Hauptgeschäftsführer und stellvertretenden Hauptgeschäftsführer der fusionierenden UK PT und der BG Verkehr

Die Unfallkasse Post und Telekom (UK PT) und die Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft (BG Verkehr) wollen zum 1. Januar 2016 fusionieren. Dafür sprachen sich die Mitglieder der Vertreterversammlungen beider Träger

einstimmig aus. Die Gremien kamen am 20. Juni in Wiesbaden zusammen, wo die Vertreterversammlung der UK PT zeitgleich mit der zu einer außerordentlichen Sitzung geladenen Vertreterversammlung der BG Verkehr tagte.

Zum ersten Mal in der Geschichte der gesetzlichen Unfallversicherung werden sich eine gewerbliche Berufsgenossenschaft und eine Unfallkasse zusammenschließen. Mit der Fusion wird ein zukunftsfähiger, moderner und effizienter Unfallversicherungsträger entstehen, der die Interessen der Mitgliedsunternehmen und der dort Beschäftigten abbildet. Gleichzeitig wollen die beiden Unfallversicherungsträger mit der Fusion die branchenspezifische Prävention und die Leistungen für die Versicherten stärken. In der Berufsgenossenschaft wird eine Sparte „Post, Postbank und Telekom“ gebildet. Für die Zusammenlegung müssen allerdings noch gesetzliche Vorschriften geändert werden. Die UK PT hat dem federführenden Bundesministerium für Arbeit und Soziales entsprechende Vorschläge unterbreitet.

! Weitere Informationen: www.ukpt.de und www.bg-verkehr.de

Leserumfrage DGUV Forum

Liebe Leser, wir möchten um Ihre Meinung zum DGUV Forum bitten. Sie können so mithelfen, unsere Zeitschrift weiter zu verbessern. Als Dankeschön verlosen wir unter allen Teilnehmern drei Wochenendreisen nach Dresden. Die Umfrage ist im Internet unter www.dguv-forum.de zu erreichen.

Jochheim-Medaille 2012 geht an die DRS-Rollikids

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) hat die Kurt-Alphons-Jochheim-Medaille 2012 an die „Rollikids“ des Deutschen Rollstuhl-Sportverbandes (DRS) vergeben. Damit wird ihre herausragende Leistung in der Betreuung und Unterstützung von rollstuhlfahrenden Kindern und Jugendlichen gewürdigt.

Dem Lebenswerk des Namensgebers entsprechend ehrt die DVfR mit dieser Auszeichnung Leistungen von Personen und Einrichtungen, die in besonderer Weise die individuelle und umfassende Rehabilitation behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen fördern und insbesondere zu ihrer Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beitragen.



Die Rollikids vom Deutschen Rollstuhl Sportverband

Bewegung ist auch bei behinderten Kindern und Jugendlichen notwendige Voraussetzung für ihre Entwicklung. Die Rollikids bieten seit mehr als 20 Jahren von der Vorschule bis über die Schulzeit hinaus hoch motivierende Sport- und Bewegungsangebote für die betroffenen Kinder

und ihre Angehörigen in inklusiver Form an. Ihr Slogan lautet dabei: „mobil, aktiv, selbstbestimmt!“

! www.rollstuhlsport.de

Risikobeurteilung im Maschinenbau

Bei der Entwicklung neuer Maschinen muss die Sicherheit eine zentrale Rolle spielen. Die europäische Maschinenrichtlinie 2006/42/EG fordert von Herstellern die Durchführung einer Risikobeurteilung. Der jetzt von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) veröffentlichte Bericht „Risikobeurteilung im Maschinenbau“ gibt konkrete Hilfestellungen. Dabei beleuchtet er nicht nur verschiedene Verfahren, die Konstrukteure anwenden können, sondern gibt auch

Empfehlungen für die Einbindung der Risikobeurteilung in den Konstruktionsprozess.

Der Bericht „Risikobeurteilung im Maschinenbau“ unterstützt Konstrukteure zum einen dadurch, dass er den Ablauf der Risikobeurteilung und -minderung erläutert. Die BAuA-Experten geben Hinweise auf Verfahren, die sich bei der Analyse der Gefährdungen sowie bei der Risikoeinschätzung und Risikobewertung an-

wenden lassen. Es werden Möglichkeiten aufgezeigt, mit denen sich das akzeptable Grenzniveau ermitteln lässt, beispielsweise durch Vergleich mit Normen oder mit Risikokennzahlen. Zudem stellt der Bericht die Schritte der Risikominderung unter Berücksichtigung verschiedener Benutzergruppen vor.

! [Unter www.baua.de/publikationen](http://www.baua.de/publikationen) kann der Bericht heruntergeladen werden.

Mit Aquatraining zum Arbeitsschutzpreis

Am 4. Juli wurden in Mainz die Sieger des VBG-Arbeitsschutzpreises 2012 gekürt. Eine Jury aus Vertretern der VBG sowie Persönlichkeiten aus Wissenschaft und Wirtschaft zeichnete in fünf Kategorien die sieben Gewinner für ihre vorbildlichen Projekte zur Arbeitssicherheit und zum Gesundheitsschutz aus. In den Kategorien „Betriebliche Sicherheitstechnik“ und „Ganzheitliche Maßnahmen für Arbeits- und Gesundheitsschutz“ wurden je zwei Unternehmen prämiert. Zum ersten Mal wurde auch der Präventionspreis Sport

für kreative Präventionsideen in Sportvereinen vergeben.

In der Kategorie „Gesundheitsmanagement und -förderung“ beispielsweise konnten sich die Stadtwerke München als Sieger durchsetzen. Dort arbeiten viele Mitarbeiter im Schichtdienst als Bus- oder U-Bahnfahrer. Im Jahr 2010 wurde das betriebliche Gesundheitsmanagement im Hinblick auf diese bewegungsarmen Tätigkeiten neu gestaltet. Die 2.400 Angestellten in den Ressorts Bus und Schiene

können nun ein kostenfreies gesundheitliches Angebot mit vielfältigen Gesundheitskursen, Aqua- und Fitnessstraining sowie Ernährungsberatungen nutzen.

! [Mit dem Arbeitsschutzpreis zeichnet die VBG besonders erfolgreiche und praxistaugliche Präventionsmaßnahmen aus und macht sie anderen Unternehmen bekannt. Weitere Informationen unter: www.vbg.de/sirepo0312/#/14/VBG](http://www.vbg.de/sirepo0312/#/14/VBG)

Zypern will sozialpolitische Akzente setzen

Zur Jahresmitte hat das Königreich Dänemark den Stab der EU-Ratspräsidentschaft an die Inselrepublik Zypern weitergegeben. Sicherlich keine einfache Aufgabe für den kleinen Inselstaat, der kurz vor der Amtsübernahme finanzielle Unterstützung aus dem Euro-Rettungsschirm beantragte.

Aber was steckt eigentlich hinter dem Amt der Ratspräsidentschaft? Bereits Jahre im Voraus ist festgelegt, welches Land den Vorsitz der verschiedenen Formationen im Rat übernimmt. Im Rat der Europäischen Union – häufig auch Ministerrat genannt – werden die

Mitgliedsstaaten, abhängig vom Beratungsgegenstand durch die jeweiligen Fachminister ihrer Regierungen vertreten. Sie entscheiden darüber, welche Gesetzesvorlagen für alle Regierungen der EU verbindlich werden sollen.

Die EU-Ratspräsidentschaft kann somit ihre leitende Stellung nutzen, um verschiedene Gesetzesvorlagen voranzutreiben. Neben dem großen Thema Eurokrise möchte Zypern auch im Bereich Beschäftigung und Soziales besondere Akzente setzen: zum Beispiel durch das Vorantreiben der langjährigen Beratungen des Richtlinienvorschlags



Foto: Shutterstock/Deaf

zum Schutz vor elektromagnetischen Feldern sowie der Diskussionen des Reformvorschlags zur Arbeitnehmerentsenderrichtlinie.

Mehr Schutz für Praktikanten in der EU

„Ich mache nochmal ein Praktikum.“ Diesen Satz hört man oft von jungen, meist gut ausgebildeten Menschen, die ins Arbeitsleben eintreten wollen. Die Qualität der Praktika lässt jedoch nicht selten zu wünschen übrig. Während Praktikanten erste Erfahrungen für ihr künftiges Berufsleben sammeln sollten, werden sie heutzutage gerne als billige Arbeitskräfte eingesetzt. Nicht nur die geringe Bezahlung ist problematisch, vor allem die mangelhafte soziale Absicherung und schlechte Vertragsbedingungen sind zum Teil besorgniserregend. Häufig sind Praktikanten nur gegen Krankheit versichert.

Die Europäische Kommission möchte hier Abhilfe schaffen und hat deswegen beschlossen, noch im Jahr 2012 einen



Foto: Shutterstock/Goodluz

Qualitätsrahmen für Praktika zu entwickeln. Aber wie soll dieser unverbindliche Leitfaden aussehen? Darüber scheint sich auch die Kommission noch keine abschließende Meinung gebildet zu haben. Sie hat deswegen verschiedene Fragen an die Öffentlichkeit gerichtet, mit deren Hilfe sie Ende 2012 den Fachministern des Rates eine Empfehlung vorschlagen will.

Auch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung fühlt sich hier angesprochen. Im Rahmen einer Stellungnahme weist sie auf die in Deutschland bestehende hohe Absicherung gegen Arbeits- und Wegeunfälle sowie Berufskrankheiten hin. Die gesetzliche Unfallversicherung übernimmt nicht nur generell für Praktikanten, sondern auch für Schülerpraktika und Studierende

im Praktikum die Kosten für eine medizinische Behandlung, Rehabilitation und wenn nötig auch eine Entschädigung in Form von Renten.

Es bleibt abzuwarten, ob die Kommission mit dem beabsichtigten Leitfaden dazu beitragen kann, dass die Qualität der Praktika innerhalb der Europäischen Union verbessert wird.

Der Beitrag der gesetzlichen Unfallversicherung

Gesund und arbeitsfähig bis zum Rentenalter



Foto: fotolia.de/ Peter Atkins

Die Arbeitswelt verändert sich schnell und nachhaltig, die Beschäftigten müssen sich neuen Herausforderungen stellen. Dass sie dabei gesund und leistungsfähig bleiben, ist ein zentrales Anliegen der gesetzlichen Unfallversicherung.

Arbeitsschutz und Prävention finden heute in einem Umfeld statt, das in fast allen Wirtschaftszweigen durch Hochtechnologie geprägt ist und sich in einem globalen Wettbewerb behaupten muss. Wesentliche Merkmale der Arbeitswelt sind außerdem der Trend hin zu einer Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft sowie permanente Restrukturierungserfordernisse in Unternehmen, um wettbewerbsfähig zu bleiben.

Diese Entwicklung wird begleitet durch eine älter werdende Gesellschaft, zunehmende Flexibilitätsanforderungen an Unternehmen und damit verbunden auch die Erfordernis von Veränderungsbereitschaft an Beschäftigte. Ein stärkeres Gesund-

heitsbewusstsein und die Bereitschaft von Individuen, mehr Eigenverantwortung zu übernehmen, sowie geschlechterrelevante Aspekte und ein zunehmendes Denken und Leben in Netzwerken sind weitere Kennzeichen für modernes Arbeiten und Wirtschaften.

Beschäftigungsfähigkeit erhalten

Eine Voraussetzung, um diese Herausforderungen in Unternehmen zu bewältigen, ist die Beschäftigungsfähigkeit. Diese zu erhalten, ist ein zentrales Anliegen der gesetzlichen Unfallversicherung, die den Betrieben dafür zahlreiche Unterstützungsmöglichkeiten anbietet. Wichtige Ansatzpunkte hierfür sind die Gestaltung sicherer und gesunder Arbeitsplätze mit

einem besonderen Augenmerk auf psychische Belastungen und Beanspruchungen, die Stärkung der Gesundheitskompetenzen von Beschäftigten und die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen, die sich auch in der Unternehmenskultur widerspiegeln. Diese erfolgversprechenden Ansätze erkennen und gestalten immer mehr Betriebe, so dass das Präventionsfeld „Gesundheit im Betrieb“ dort angekommen ist.

Das zeigt auch eine Bestandsaufnahme¹ von Aktivitäten der Unfallversicherungsträger: Gesundheitsorientierte Themen rücken stärker in den Fokus ihrer Präventionsleistungen. 50 Prozent der Befragten beurteilten dieses Handlungsfeld zum Zeitpunkt der Befragung als sehr bis außerordentlich wichtig in ihrem Aufgabenspektrum. Mit Blick auf die zukünftige Bedeutung steigt der Anteil mit dieser Meinung sogar auf 86 Prozent. Insbesondere die Themen Arbeitsorganisation, Führungsverhalten, psychische Belastungen und Beanspruchungen sowie die Herausforderungen des demographischen Wandels für das eigene Präventionshandeln werden nach dieser Einschätzung für die Betriebe immer wichtiger.

Gemeinsames Verständnis „Gesundheit im Betrieb“

Damit gewinnt die Betriebliche Gesundheitsförderung beziehungsweise das Betriebliche Gesundheitsmanagement für die gesetzliche Unfallversicherung an Bedeutung. Damit alle Unfallversicherungsträger vom Gleichen sprechen, wenn es um diese Begriffe im Kontext ihres gesetzlichen Auftrags zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren geht, hat der Vorstand der DGUV ein gemeinsames Verständnis „Gesundheit im Betrieb“ verabschiedet. Es bildet die Grundlage für den Handlungsrahmen der Unfallversicherungsträger. Zentrale Aussagen sind:

★

1 Bell, F.; Knoll, A.; Wegner, B.; Wetzstein, A.: Die Aktivitäten der Unfallversicherungsträger im Bereich „Gesundheit im Betrieb“. In: DGUV Forum 4/2010, S. 26–31.

2 www.dguv.de/praevention-arbeitswelt/service/pdf/documents/bestand_2011.pdf

- Bedarfsgerechte Elemente der Betrieblichen Gesundheitsförderung gehören zum Präventionsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn sie zum Abbau von Gesundheitsgefahren beziehungsweise zur Vermeidung einer Entziehung von Gesundheitsgefahren im Betrieb beitragen können.
- Die Unfallversicherungsträger halten eine systematische Vorgehensweise zur Integration von Sicherheit und Gesundheit im Betrieb bei aktiver Unterstützung der Führungskräfte und Beteiligung der Beschäftigten für grundlegend wichtig.
- Die Unfallversicherungsträger verstehen sich im Rahmen ihres Beratungsauftrags als Experten für „Gesundheit im Betrieb“ und daher auch als erste Ansprechpartner für die versicherten Unternehmen in allen Fragen zur Sicherheit und Gesundheit.
- Die Unfallversicherungsträger müssen nicht zu allen Themen eigene Präventionsleistungen vorhalten, sondern kooperieren im Sinne eines ganzheitlichen betrieblichen Präventionsansatzes mit anderen Unfallversicherungsträgern, Krankenkassen und weiteren Partnern.
- Jeder Unfallversicherungsträger gestaltet das Präventionsfeld „Gesundheit im Betrieb“ einschließlich der Ansätze für ein betriebliches Management für Sicherheit und Gesundheit eigenverantwortlich auf Grundlage des „Gemeinsamen Verständnisses“.

Diese Programmatik stellt eine wichtige Grundlage für den neu konstituierten Fachbereich „Gesundheit im Betrieb“ dar, welcher einer von 15 Fachbereichen im Kompetenznetzwerk der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention ist.

Die Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist dabei wichtiger Bestandteil des ganzheitlichen Präventionsansatzes der Unfallversicherung. Sie drückt sich in vielfältigen bilateralen Formen aus, aber auch in der Kooperation auf der Ebene der Verbände. Hier sind zum Beispiel die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), der Arbeitskreis „Prävention in der Arbeitswelt“ sowie das Deutsche Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) zu nennen, die sich auch zur Aufgabe gemacht haben, die Zusammenarbeit von Kranken- und Unfallversicherung zu fördern.

Und dass sich deren Kooperationen lohnen, zeigt eine aktuelle Bestandsaufnahme der Zusammenarbeit.² Vor allem die Träger, die schon lange Erfahrung in der Zusammenarbeit von Unfall- und Krankenversicherung haben, bauen ihre Kooperationen kontinuierlich aus und gestalten sie innovativ. Deren Erfahrung gilt es zu nutzen, um weiterhin Überzeugungsarbeit für eine gewinnbringende Kooperation aller Beteiligten zu leisten.

Das vorliegende Schwerpunktheft illustriert beispielhaft die vielfältigen Aktivitäten der gesetzlichen Unfallversicherung. Erfahrungen bei der Beratung von öffentlichen und privaten Unternehmen zur Umsetzung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements, die Realisierung einer Gesunden Schule, die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, die Etablierung neuer, geeigneter Formen der eigenen

Organisation, die spezielle Konzeption geeigneter Medien gehören ebenso dazu wie die Frage, wie sich die neuen Ansätze in ein Managementsystem integrieren lassen beziehungsweise wie es in den eigenen Häusern bei der Umsetzung von Gesundheit im Betrieb bestellt ist. Denn hier geht es um eine Vorbildfunktion! ●

Autoren

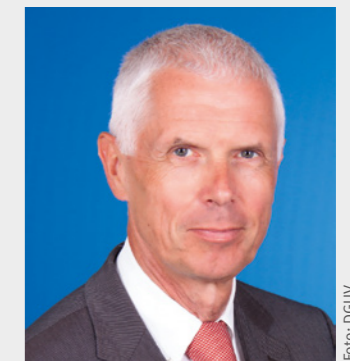


Foto: DGUV

Fritz Bindzius

Leiter der Unterabteilung
Gesundheit der DGUV
E-Mail: fritz.bindzius@dguv.de



Foto: privat

Angela Knoll

Leiterin des Referats Gesundheitliche Prävention der DGUV
E-Mail: angela.knoll@dguv.de

Integration von Gesundheit in den Betrieb

Vom generellen Ansatz zur gelebten Praxis

Integrierte und vernetzte Systeme ermöglichen es den Betrieben, das Thema Gesundheit auf die jeweiligen betrieblichen Bedürfnisse abzustimmen. Das Projekt „Kompetenz. Gesundheit. Arbeit.“ (KoGA) der Unfallkasse des Bundes ist ein solches System.

Brauchen wir noch ein Managementsystem?

Qualitätsmanagement, Arbeitsschutzmanagement, Umweltmanagement, ein Projektmanagement, um weitere Managementprozesse einzuführen, und letztendlich ein Stressmanagement, um den Belastungen durch eben diese Managementsysteme Herr zu werden. Und jetzt also auch noch ein Betriebliches Gesundheitsmanagement.

In den Betrieben werden, je nach Branche, eine Vielzahl von Managementsystemen mit unterschiedlichen Schwerpunkten aufgebaut. Die Akteure kommen aus

verschiedenen Bereichen und arbeiten häufig unabhängig voneinander. Eine Verknüpfung dieser Systeme ist meist nicht vorhanden. Damit ist eine ganzheitliche und systematische Berücksichtigung von Sicherheit und Gesundheit im Betrieb kaum gegeben. Die Praxis zeigt aber, diese Themen können nicht isoliert betrachtet werden. Sie hängen mit zu vielen Bereichen des Betriebs zusammen. Somit stellt sich nicht mehr die Frage: „Brauchen wir ein Betriebliches Gesundheitsmanagement?“, sondern viel mehr: „Wie integrieren wir Sicherheit und Gesundheit systematisch und nachhaltig in den Betrieb?“

Der generelle Ansatz

Der ehemalige Fachausschuss Organisation des Arbeitsschutzes der DGUV hat hierzu 2010/11 ein Projekt initiiert, das eine stärkere Verknüpfung zwischen den Ansätzen des Arbeitsschutzmanagements und denen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements realisieren soll. Ziel des Projektes war die Entwicklung eines Konzepts, mit dem Sicherheit und Gesundheit evaluierbar in bestehende oder neu aufzubauende betriebliche Managementsysteme integriert werden können.

Das Konzept orientiert sich vor allem an den innerbetrieblichen Zielen und Inte-



Kompetenz. Gesundheit. Arbeit.

ressen. Sind bei einem Arbeitsschutzmanagement die Inhalte und Verpflichtungen des Arbeitgebers relativ klar festgelegt, wird beim Thema Gesundheit nicht vorgeschrieben, mit welchen Inhalten sich der Betrieb auseinandersetzen muss. Der Betrieb soll selbst die Schwerpunkte auswählen, die für ihn – unter Berücksichtigung seiner Ziele – zum Thema „Gesundheit im Betrieb“ von Bedeutung sind.

Grundlage des Konzeptes bildet der Nationale Leitfaden (NLF), der die Möglichkeit bietet, Sicherheit und Gesundheit gleichermaßen zu integrieren. Hierzu wurden die einzelnen Inhaltspunkte des NLF unter Berücksichtigung von Sicherheit und Gesundheit im Betrieb dargestellt, mit Beispielen beschrieben und mit Hinweisen zur praktischen Umsetzung ergänzt. Die dargestellten Umsetzungsmöglichkeiten sind bewusst allgemein gehalten. Hier besteht für den jeweiligen Unfallversicherungsträger die Gelegenheit, die Unterstützungsmöglichkeiten darzulegen, die er dem Betrieb anbieten möchte. Dabei ist es von besonderer Bedeutung, sich nicht nur auf eigene Instrumente und Werkzeuge zu konzentrieren, sondern auch auf die Unterstützungsmöglichkeiten weiterer Partner wie zum Beispiel Krankenkassen oder Forschungseinrichtungen hinzuweisen.

Das Konzept für ein Management für Sicherheit und Gesundheit im Betrieb finden Sie auf den Internetseiten des sich neu konstituierten Fachbereichs Organisation des Arbeitsschutzes, ehemals Fachausschuss Organisation des Arbeitsschutzes.¹

Kompetenz	Gesundheit	Arbeit
<ul style="list-style-type: none"> • Qualifizierung • Laufbahngestaltung • Selbstwirksamkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsverhalten • Gesundheitszustand • Unterstützungsprozesse (BEM, Sozialberatung, Gesundheitsförderung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Betriebskultur • Arbeitsorganisation • Arbeitsumgebung/-platz • Arbeitsmittel/-stoffe • Arbeitsaufgabe • Betriebsklima • Führung • Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben

Abbildung 2: Handlungsfelder des KoGA-Konzeptes

Bisher ist das Konzept noch nicht vollständig und abschließend in einem Betrieb umgesetzt worden, da es erst im November 2011 vom ehemaligen Fachausschuss autorisiert wurde. Es gibt aber eine Vielzahl von Unfallversicherungsträgern, die ihre Betriebe bereits auf einem ganzheitlichen und systematischen Weg begleiten und an deren Vorgehen man sich bei der Konzeptentwicklung orientieren konnte.

Wie so ein Weg in der Praxis aussehen kann, wird hier an einem Beispiel der Unfallkasse des Bundes dargestellt.

Die gelebte Praxis: KoGA – der ganzheitliche Weg der Unfallkasse des Bundes

KoGA bedeutet „Kompetenz“, „Gesundheit“ und „Arbeit“ und steht für ein von der Unfallkasse des Bundes entwickeltes Denkmodell. Die Gesundheit der Beschäftigten ist hierbei eine Grundvoraussetzung für die Leistungsfähigkeit und

somit den Erfolg einer Organisation. Gesund zu sein allein garantiert aber noch kein erfolgreiches Arbeiten. Die Beschäftigten benötigen auch die notwendigen fachlichen, methodischen und sozialen Kompetenzen sowie eine sicher und gesund gestaltete Arbeit. Reichen die Kompetenzen nicht aus oder sind die Belastungen durch die Arbeit zu hoch, kommt es dauerhaft zu Überforderung – und in der Konsequenz zu schlechten Arbeitsergebnissen, Frustration, Demotivation und Krankheit.

Daher setzt sich KoGA mit den drei großen Faktoren auseinander, die die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen: ihre Kompetenz, ihre Gesundheit sowie ihre Arbeit mit allen Rahmenbedingungen (siehe Abbildung 1).

Hinter den drei Faktoren Kompetenz, Gesundheit und Arbeit stehen jeweils Inhalte und Handlungsfelder (siehe Abbildung 2).

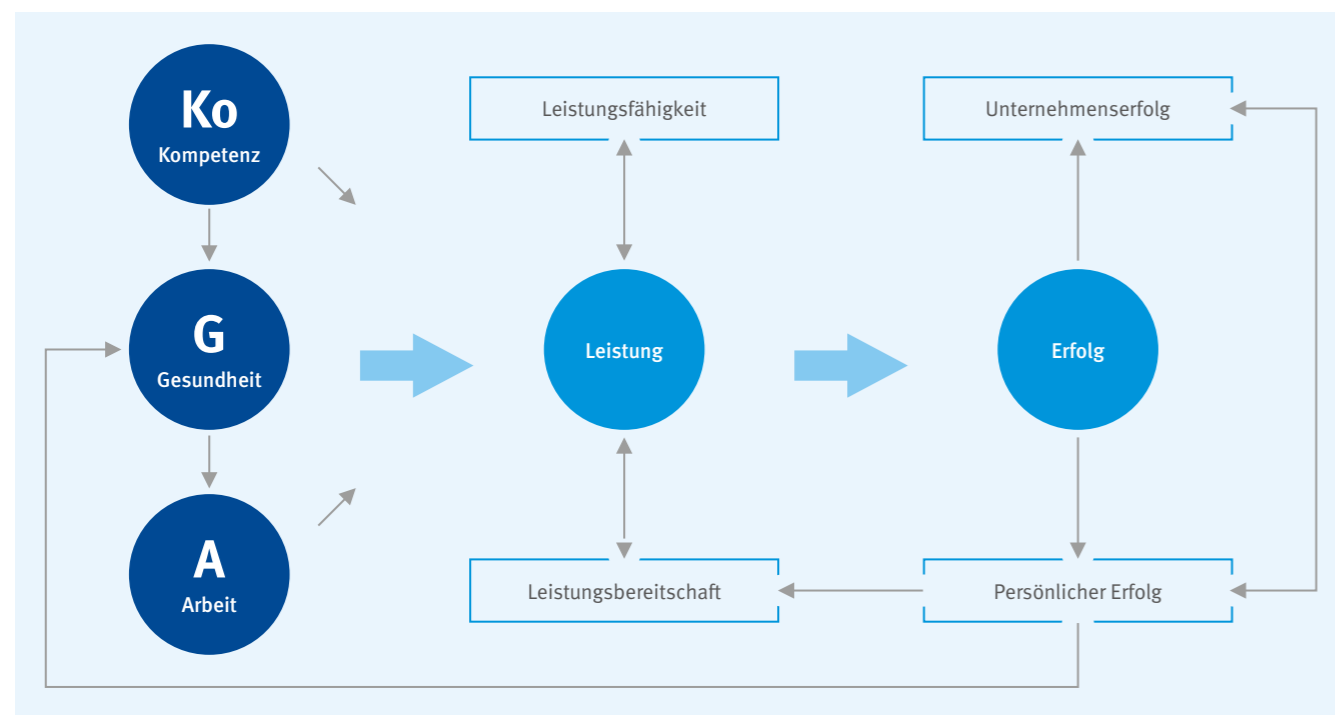


Abbildung 1: Kompetenz. Gesundheit. Arbeit. – Ein Konzept für Leistung und Erfolg

Die Einführung von KoGA in den Behörden erfolgt in sechs Schritten:²

1. Philosophie/Ziele festlegen,
2. Strukturen schaffen,
3. Situation analysieren,
4. Handlungsschwerpunkte festlegen,
5. Maßnahmen entwickeln und durchführen,
6. Evaluation und kontinuierliche Verbesserung.

Im Folgenden werden diese sechs Schritte an einem Praxisbeispiel in einer Zollverwaltung dargestellt.

Systematische Integration von Sicherheit und Gesundheit im Hauptzollamt Hamburg-Jonas

Das Hauptzollamt Hamburg-Jonas (HZA) ist eine Dienststelle der Bundesfinanzverwaltung, die für die Gewährung von Agrarsubventionen der Europäischen Union zuständig ist. Unter fachlicher Beratung der Unfallkasse des Bundes wurde dort ein ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) eingeführt. Hier die wichtigsten Stationen:



Schritt 1: Philosophie/Ziele

Am Beginn des Projekts stand die gemeinsame Entscheidung der Amtsleitung und der Interessenvertretung, ein ganzheitliches BGM nach dem KoGA-Konzept aufzubauen. Dies sollte explizit die Aspekte von Sicherheit und Gesundheit sowie verhaltens- und verhältnisorientierte Perspektiven enthalten. Wichtig war allen Beteiligten eine intensive Partizipation der Beschäftigten in allen Prozessschritten. Diese Philosophie wurde in einem schriftlichen Kooperationsvertrag zwischen der

„Betriebliches Gesundheitsmanagement bedeutet mehr als Rückenschulen und Apfeltage. Es ist vor allem ein integraler Bestandteil der Personal- und Organisationsentwicklung.“

Unfallkasse des Bundes sowie dem HZA fixiert und den Beschäftigten auf einer Mitarbeiterversammlung vorgestellt.

In einem anschließenden Workshop wurden unter Beteiligung von Leitung, Führungskräften und Interessenvertretungen Ziele entwickelt und festgelegt. Hauptziele waren Erhalt und Förderung der Gesundheit sowie der Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten. Es wurde deutlich, dass diese weitreichenden Ziele und die umfassenden Handlungsfelder des KoGA-Konzeptes (siehe oben) nur in einem Zusammenspiel zwischen den Bereichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung, Personal- und Organisationsentwicklung sowie den Führungskräften selber umsetzbar sind.

Schritt 2: Strukturen schaffen

Die meisten notwendigen Strukturen waren im Hauptzollamt bereits vorhanden. Die Ganzheitlichkeit des Projekts machte es aber notwendig, an ein paar Punkten nachzuarbeiten. So entschied man sich zur Einrichtung eines übergeordneten Steuerungskreises, bestehend aus Leitung, Verwaltung, Personalrat, Gleichstellungsbeauftragten, Schwerbehindertenvertretung, Betriebsarzt, Arbeitssicherheit und einer für das Projekt verantwortlichen Person. Diesem Steuerungskreis wurden sowohl die notwendigen Entscheidungskompetenzen als auch zeitliche Ressourcen und festgelegte finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt. Zudem wurden die Beteiligten von der Unfallkasse des Bundes intensiv fortgebildet. Aufgabe des Kreises war und ist die Steuerung des gesamten Prozesses, was auch beinhaltete, Konzepte zur internen Kommunikation und Dokumentation zu entwickeln.

Schritt 3: Analyse

Das Herzstück des Prozesses war die Analysephase. Diese diente dazu, die Ist-Situation zu bewerten, unter besonderer Berücksichtigung der Hauptziele Gesundheit und Arbeitszufriedenheit. Hierzu wurde von der Unfallkasse des Bundes eine umfassende Ist-Analyse aller im KoGA-Konzept enthaltenen Handlungsfelder durchgeführt, bestehend aus:

- Auswertung der Gefährdungsbeurteilung,
- Betriebsbegehung,
- qualitativen Interviews mit der Leitung, den Interessenvertretungen, dem Arbeitsschutz und den für die Personal- und Organisationsentwicklung verantwortlichen Personen,
- Durchführung einer Mitarbeiterbefragung.³

Schritt 4:

Handlungsschwerpunkte festlegen
Durch die Bewertung der Ist-Situation konnten vorhandene Stärken, aber auch Entwicklungspotenziale und somit Hand-

★

¹ Hinweise zur praktischen Umsetzung eines betrieblichen Management für Sicherheit und Gesundheit auf der Basis des NLF unter www.dguv.de > Webcode d124168, hrsg. vom Fachausschuss Organisation des Arbeitsschutzes, 2011.

² Wegner, B.: Unser Leitfaden für mehr Gesundheit – 6 Schritte zum Erfolg, www.uk-bund.de/downloads/Gesundheitsförderung/Leitfaden_BGM_UK_Bund_2009.pdf, 2009.

³ Gute Fragen für mehr Gesundheit, hrsg. von der Unfallkasse des Bundes, www.uk-bund.de/?bereich=AGS&images=1&sizeadd=0&uknid=450&hbid=2, 2010.

lungsschwerpunkte für das weitere Vorgehen isoliert werden:

- a) Arbeitsplatzgestaltung
- b) Fortbildung
- c) Kommunikation & Information
- d) Hygiene
- e) Führung
- f) Verantwortung im Arbeitsschutz
- g) Gesundheitsförderungsangebote

Um die Handlungsschwerpunkte a) bis d) tiefergehend aus Sicht der Beschäftigten beschreiben zu können und Lösungsvorschläge abzuleiten, wurden zu diesen Themen zusätzlich Mitarbeiterzirkel durchgeführt.

Schritt 5: Maßnahmen entwickeln und durchführen

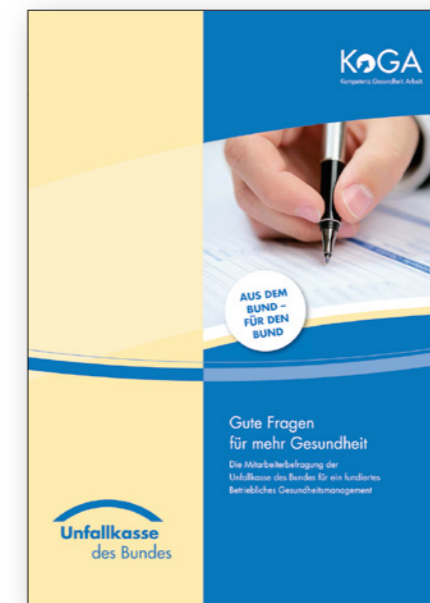
Im nächsten Schritt legte der Steuerungskreis Maßnahmen fest. Hierbei wurden auch die von den Mitarbeiterzirkeln entwickelten Vorschläge bewertet und auf ihre Umsetzbarkeit geprüft.

Folgende Punkte wurden unter Anderem angestoßen:

- a) Arbeitsplatzgestaltung: Austausch von Bildschirmen
- b) Fortbildung: vermehrte Angebote von Inhouse-Schulungen
- c) Kommunikation & Information: Überarbeitung des Intranet, Wiedereinführung von Teambesprechungen
- d) Hygiene: größere Müllbehältnisse, regelmäßige Kontrolle der Teeküchen und Kühlschränke
- e) Führung: kontinuierliche Weiterbildung und Austausch zum Thema „Gesunde Führung“
- f) Verantwortung im Arbeitsschutz: Neuorganisation
- g) Gesundheitsförderungsangebote: Rückenurse, Bewegungspausen am Arbeitsplatz, mobile Massagen, Gesundheitstag etc.

Schritt 6: Evaluation und kontinuierliche Verbesserung

Am Ende stellt sich immer die Frage: Konnten die Ziele erreicht werden? Hierzu wurden zwei Verfahren eingesetzt. Zum einen eine erneute Mitarbeiterbefragung



Die KoGA-Mitarbeiterbefragung der Unfallkasse des Bundes.

und zum anderen zwei Evaluationsworkshops, in denen Beschäftigte und Führungskräfte die bisher durchgeführten Aktivitäten qualitativ bewerten konnten. Ziel war es herauszufinden, ob sich die Situation in den Handlungsfeldern verbessert hat und welche Maßnahmen als besonders effektiv empfunden wurden.

In den Workshops beurteilten Beschäftigte und Führungskräfte das KoGA-Projekt als sehr effektiv. Die Arbeitssituation hat sich subjektiv verbessert. Dies lässt sich auch in den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung feststellen. Die größten positiven Veränderungen ergaben sich in den Bereichen „Fortbildung“, „Behördliche Fürsorge“ und „Führung“. Auch in Hinblick auf den Gesundheitszustand konnten vor allem die Nacken- und Schulterschmerzen deutlich reduziert werden. Zudem hat sich die Arbeitszufriedenheit leicht erhöht, was besonders auf die Zufriedenheit mit der Führung zurückzuführen ist. Alles in allem lässt sich also festhalten: KoGA wirkt!

Nach der erfolgreichen Evaluation des KoGA-Projektes steht das HZA nun vor der Herausforderung, das BGM von der Projektphase in eine dauerhafte Struktur zu überführen. Folgende Schritte sind hierfür

unter anderem umgesetzt beziehungsweise geplant:

- Abstimmung einer neuen Vereinbarung als Ersatz für die bisherige Kooperationsvereinbarung zum KoGA-Projekt
- Übernahme der bereits eingesetzten Methoden und Instrumente (unter anderem Mitarbeiterzirkel, Einbindung der Führungskräfte)
- Integration gesundheits- und sicherheitsbezogener Themen in die Fortbildung
- Bereitstellung von Ressourcen im Rahmen der Verfügbarkeit durch eigenverantwortliche Priorisierung der Dienststelle (unter anderem ein Budget auch für externe Fortbildungen und Teilnahme an Netzwerken)

Resümee

Um die Gesundheit der Beschäftigten effektiv zu erhalten und zu fördern, reicht es nicht aus, ein neues, isoliertes „Managementsystem“ aufzubauen. Vielmehr sollte auf Synergien mit bestehenden Prozessen gesetzt werden. Die Zukunft liegt offensichtlich in integrierten und vernetzten Systemen, die es den Betrieben ermöglichen, das Thema Gesundheit ganzheitlich, zielgerichtet und umfassend auf die betrieblichen Prozesse und Bedürfnisse abzustimmen. ●

Autor



Björn Wegner

Bereich Psychologie und Gesundheitsförderung, Unfallkasse des Bundes
E-Mail: bjoern.wegner@uk-bund.de

Betriebliches Gesundheitsmanagement Handeln mit System

Die Unfallkasse Rheinland-Pfalz bietet ihren Mitgliedsbetrieben umfassende Unterstützung bei der Planung und der Durchführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Seit 2005 wirbt die Unfallkasse Rheinland-Pfalz (UK RLP) gezielt für das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) bei ihren Mitgliedsbetrieben. Grundlage dafür ist ein modernes und erweitertes Verständnis von Prävention, das betriebliche Gesundheit als umfassend versteht (vergleiche **Abbildung 1**) und die „Unfall- und Berufskrankheitenverhütung“ und „Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ um Aspekte systematischer betrieblicher Gesundheitsförderung erweitert. Mit diesem Präventionsverständnis, das nicht nur krankmachende (pathogenetische), sondern auch gesundheitserhaltende (salutogenetische) Perspektiven vereint, soll unter anderem den steigenden beruflich bedingten psychischen Belastungen und ihren möglichen Folgen entgegengewirkt werden.

Inzwischen wurden Behörden, Landes-einrichtungen und Kommunen auf der Grundlage dieses erweiterten Präventionsverständnisses bei der Einführung eines

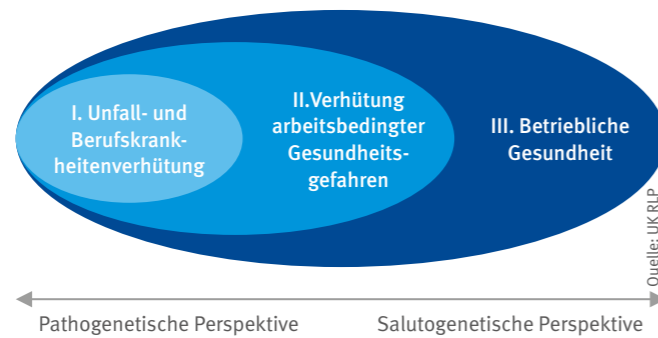


Abbildung 1: Präventionsverständnis der UK RLP

Betrieblichen Gesundheitsmanagements begleitet. Durch die bisherigen Erfahrungen in zahlreichen Projekten hat sich ein Vorgehen als gute Praxis herausgestellt (vergleiche **Abbildung 2**).

Die Einrichtungsleitung muss überzeugt sein

Wichtigste Voraussetzung zur Implementierung eines nachhaltig wirksamen Gesundheitsmanagements ist die Überzeugung der Einrichtungsleitung. Bei einer Erstberatung zwischen Vertretern der Unfallkasse RLP und der Mitgliedseinrichtung werden der Wissensstand und vorliegende Aktivitäten zum BGM erhoben. Möglichkeiten zur weiteren Unter-

stützung durch die Experten der UK RLP sowie ihre Rolle bei der Begleitung des Prozesses werden vorgestellt und die Anforderungen für den Einstieg in eine vertiefte Kooperation vermittelt.

Entschließt sich die Organisation auf oberster Führungsebene dazu, BGM zu implementieren, wird ein individueller Workshop entwickelt, an dem

alle am zukünftigen BGM-Projekt Beteiligten teilnehmen. Hierbei werden grundlegende Informationen zum BGM – zum Beispiel die Beachtung von Verhaltens- und Verhältnisprävention und der Ablauf der BGM-Phasen von Analyse über Zielsetzung und Evaluation – erläutert. Auch die Arbeitsstrukturen der Gruppe werden hinterfragt und gestärkt. Öffentlichkeitsarbeit und Projektmanagement runden die Kick-off-Veranstaltung ab.

Einige Mitgliedsbetriebe sehen sich nach dieser Veranstaltung gut für ein selbständiges Vorgehen gerüstet und nutzen nur noch punktuell die Beratungsleistung der UK RLP. In anderen Fällen unterstützt die UK RLP den weiteren Prozess langfristig.

Mitarbeiterbefragungen als wesentliches Element

Ein Kernelement ist dabei die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung von Mitarbeiterbefragungen, um die Analysephase auf eine solide Grundlage zu stellen. Dabei kommen unter anderem als bewährte normierte Verfahren der Fragebogen SALSA (Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse) sowie die Beschwerdeliste des Wissenschaftlichen Institutes der Ortskrankenkassen (WIDO) zum Einsatz. Mit diesen validen Instrumenten können

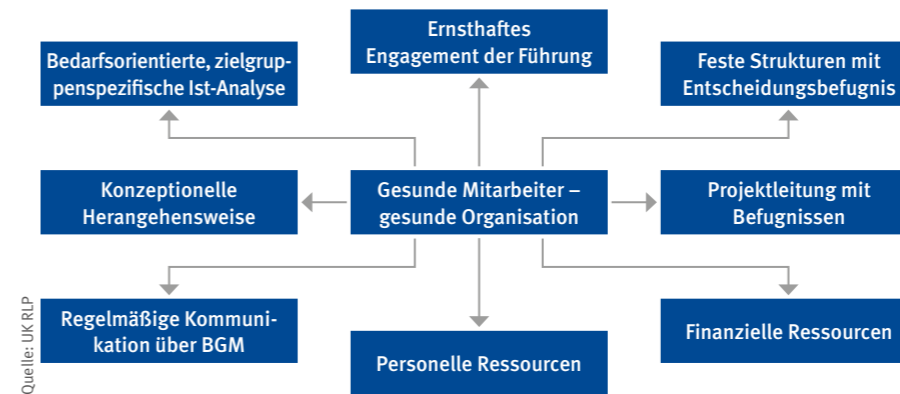


Abbildung 3: Qualitätskriterien im BGM aus Sicht der UK RLP

gezielt gesunderhaltende Potenziale in den Betrieben identifiziert werden. Die Unfallkasse nutzt hier ihre Expertise zur Datenauswertung, deren Bewertung und Erläuterung und berät hinsichtlich der Ableitung geeigneter Maßnahmen.

Im Anschluss sind Wege der vertieften Kooperation möglich. Es ist sinnvoll, Kooperationsvereinbarungen zu schließen, um die Rollen und Aufgaben von Mitglied und Unfallkasse sowie zeitliche Meilensteine festzulegen. Dadurch wird verdeutlicht, dass die Verantwortung für das BGM grundsätzlich beim Mitgliedsbetrieb liegt und nicht an eine externe Beratung abgegeben werden kann. So soll ein nachhaltiges BGM erreicht werden, selbst wenn die Unfallkasse RLP im weiteren Verlauf immer weniger begleitet. Auf Grundlage der vorhandenen Kooperationserfahrungen wurden für die Mitgliedseinrichtungen Qualitätskriterien als Orientierungshilfen entwickelt (vergleiche **Abbildung 3**). Berücksichtigt man diese acht Punkte, sind wesentliche Voraussetzungen gegeben, ein lebendiges Betriebliches Gesundheitsmanagement auf den Weg zu bringen und langfristig für eine gesunde Organisation mit gesunden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu sorgen.

Beratungskonzept der UK RLP

Neben der umfangreichen Prozessbegleitung, die ein auf den Mitgliedsbetrieb abgestimmtes Vorgehen erfordert, bietet die Unfallkasse RLP weitere Unterstützungsangebote wie Seminare, Fachtagungen und Ideenwerkstätten an, um für das Thema zu sensibilisieren und es

möglichst vielen Mitgliedern zugänglich zu machen. Insgesamt lassen sich folgende Punkte zusammenfassen, die für das dargestellte Beratungskonzept der Unfallkasse RLP zum BGM besonders kennzeichnend sind und sich als Erfolgsfaktoren bewährt haben:

- gezielte Ansprache der obersten Führungsebene zur intensiven Unterstützung der BGM-Implementierung,
- Schaffung von Verbindlichkeiten und Klärung von Verantwortlichkeiten durch formulierte Qualitätskriterien und Kooperationsvereinbarungen,
- breit gefächerte Beratungsleistung durch die Zusammenarbeit von BGM-Expertinnen und Aufsichtspersonen,
- Anwendung bewährter und normierter Erhebungsverfahren in der Analysephase des BGM-Prozesses,
- umfangreiches Qualifizierungs- und Beratungsangebot zum Thema BGM,
- Angebot der UK RLP, als Moderatorin und Plattform für verschiedene Interessensgruppen zu agieren sowie den Erfahrungsaustausch in Netzwerken zu fördern.

BGM-Meilensteine bei einer Stadtverwaltung

In einer Stadtverwaltung mit circa 2.000 Beschäftigten wurden die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung mit Hilfe von Gesundheitszirkeln aufgearbeitet. Als eine der Folgen setzte die Verwaltung trotz knapper Haushaltslage internes Personal für die Moderation der Zirkel frei, um möglichst zügig die verschiedenen Bereiche der Verwaltung von Stadtent-

wässerung bis Theater zur Maßnahmenfindung und -umsetzung einbeziehen zu können. Auch die BGM-Beraterin und die Aufsichtsperson der Unfallkasse RLP begleiteten dabei beispielsweise einen Eigenbetrieb und konnten so Belange des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung effizient miteinander verknüpfen und aufgreifen.

BGM-Meilensteine bei einer Landesverwaltung

Nach der Befragung mittels SALSA und weiterer Instrumente, an der sich über 5.000 Beschäftigte beteiligten, wurden die Ergebnisse zunächst den obersten Führungskräften, danach allen Mitarbeitern rückgemeldet. Bereits im Erhebungsprozess wurde deutlich, dass eine eigene interne Fachkraft für das Gesundheitsmanagement notwendig ist. Eine Stelle mit enger Anbindung an die Führungsspitze wurde geschaffen. In weiteren Veranstaltungen ermöglichte die UK RLP als Plattform einen konstruktiven Dialog über Themen wie Arbeitszufriedenheit, Dienstzeitregelungen und Führungsverhalten. Für die Akteure des Arbeitsschutzes und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements der Landesverwaltung bieten die Aufsichtsperson und BGM-Beraterin zusammen regelmäßig gemeinsame Fachveranstaltungen an, um beide Bereiche stärker in einen Austausch zu bringen und Synergien zu schaffen. ●

Autorin



Sonja Wittmann
Prävention, Gesundheit im Betrieb,
Unfallkasse Rheinland-Pfalz
E-Mail: s.wittmann@ukrlp.de

Quelle: UK RLP

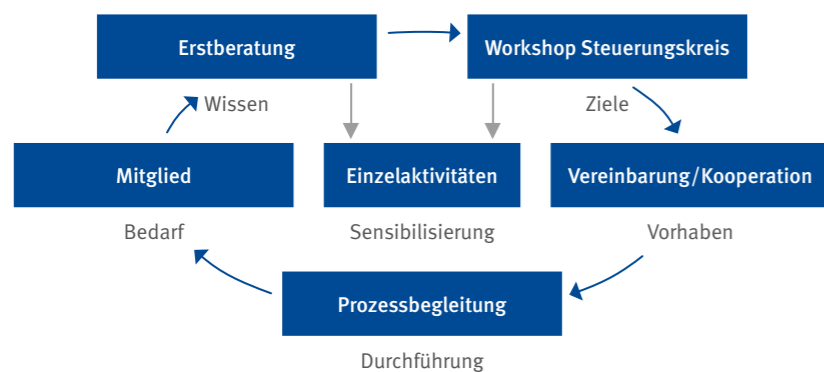


Abbildung 2: Prozessablauf der BGM-Begleitung bei der UK RLP

Gute gesunde Schule

Ein Beispiel aus der Schulpraxis

„Gute gesunde Schule“ heißt das Konzept, das die Grundlage der Gesundheitsarbeit der DGUV und ihrer Mitglieder im Schulbereich bildet. Das Erich-Gutenberg-Berufskolleg in Bünde (NRW) setzt es erfolgreich um.

Zurzeit ist „Gute gesunde Schule“ der innovativste und erfolgversprechendste Ansatz der schulischen Gesundheitsarbeit. Es wurde in den vergangenen Jahren von unterschiedlichen Experten aus Netzwerken der schulischen Gesundheitsarbeit entwickelt.

Konzeptionelle Grundlage

Das Konzept „Gute gesunde Schule“ betont die gegenseitige Bedingtheit von hoher Bildungsqualität und hoher Gesundheitsqualität. Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz an Schulen werden nicht mehr als Selbstzweck, sondern als Mittel und Katalysator zum Zweck der eigentlichen Auftragserledigung von Schule verstanden. Eine gute gesunde Schule ist somit eine Schule, die durch Gesundheitsinterventionen ihre Bildungsqualität insgesamt verbessert und gleichzeitig auch die spezifischen Gesundheitsziele verwirklicht, die zum Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule gehören. Dieses Ziel soll vor allem mit Hilfe von Schulentwicklungsprozessen realisiert werden.

Schulentwicklung ist die Trias von Personal-, Organisations- und Unterrichtsentwicklung und die wohl effektivste Strategie, schulische Innovationen und Reformprojekte erfolgreich zu gestalten (Rolff, 2006, 302). Schulentwicklung heißt unter anderem, die Einzelschule, ihre Bedarfe und Bedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen sowie datenbasiert und im Sinne eines sich wiederholenden PDCA-Zyklus¹ zu arbeiten. Ansatzpunkte für diese Prozesse liegen sowohl in der Gestaltung der Schule als auch in der Beeinflussung der Lebensstile und Kompetenzen schulischer Akteure. Koordiniert und gesteuert wird das Verfahren von der



Das Erich-Gutenberg-Berufskolleg in Bünde ist Vorreiter in der Schulgesundheit.

Schulleitung, häufig gemeinsam mit einer Steuergruppe für Schulentwicklung und/oder einem Gesundheitsteam.

Mit Gesundheit gute Schulen entwickeln

Das Erich-Gutenberg-Berufskolleg (EGB) in Bünde ist ein kaufmännisches Berufskolleg mit 14 Bildungsgängen, in denen 1.700 Schüler von 90 Lehrkräften unterrichtet werden. Es hat 2012 und 2011 den Schulentwicklungspreis „Gute gesunde Schule“ der Unfallkasse NRW gewonnen.

Schulprogramm als Grundlage

Auf der Grundlage eines umfassend ausgearbeiteten Schulprogramms, das die Schule selbst als wiederkehrender Taktgeber und Motor ihrer schulischer Entwicklungsarbeit bezeichnet, ist das Kolleg bestrebt, eine Lernkultur mit einem umfassenden, ganzheitlichen Lernverständnis, mit einer salutogenen Ressour-

cenorientierung und eine kooperative Handlungspraxis zu schaffen. Junge Menschen sollen für ihren Beruf und für das Leben fit gemacht werden. Dabei spielt die Gesundheitsförderung und Prävention eine große Rolle. Demzufolge sind die Themen „Schülergesundheit“ und „Lehrergesundheit“ als Arbeitsschwerpunkte der Schulentwicklungsarbeit im Schulprogramm ausgewiesen. Die Einbindung der Gesundheitsthematik in das Schulprogramm ist wichtig, weil dadurch ein hohes Maß an Verbindlichkeit erzielt wird.

Beteiligung der Betroffenen

Entwickelt werden die gesundheitsbezogenen Maßnahmen von dem Gesundheitsteam der Schule, in dem vier Lehrkräfte mitarbeiten. Es ist auch für die Erprobung von Maßnahmen im Rahmen von Projekten verantwortlich. Das Gesundheitsteam arbeitet eng mit der Steuergruppe und Schulleitung der Schule

zusammen. Schulleitung oder Schulkonferenz müssen über die Realisierung der vom Gesundheitsteam vorgeschlagenen Maßnahmen entscheiden.

Die Steuergruppe moderiert den Gesamtprozess der Schulentwicklung und sorgt dafür, dass die Belange des Lehrerkollegiums berücksichtigt werden. Die Schulleitung hat zudem gemeinsam mit der Steuergruppe die Aufgabe, die verschiedenen Maßnahmen zu bündeln und gegebenenfalls zu priorisieren sowie sie auf das im Schulprogramm festgelegte strategische Ziel der Schule auszurichten.

Traditionelle Maßnahmen reichen nicht aus

Vor circa fünf Jahren wurde im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung eine erhöhte Stressbelastung vieler Lehrerinnen und Lehrer festgestellt. Als präventive Maßnahmen wurden auf Anregung des Gesundheitsteams von der Schulleitung in einem ersten Schritt verschiedene, allerdings eher konventionelle personale und organisatorische Maßnahmen ergriffen, um die Beanspruchung der Betroffenen zu reduzieren. Zum einen erhielten alle Lehrkräfte die Möglichkeit, bei der schulinternen Lehrerfortbildung an Kursen zur progressiven Muskelentspannung teilzunehmen und ein Fitnesscenter in der Region zu besuchen. Zum anderen richtete das Gesundheitsteam in Absprache mit der Schulleitung einen Ruheraum für Lehrkräfte ein.

Gesundheitsförderliche Unterrichtsentwicklung

Weitere Befragungen im Lehrerkollegium ergaben jedoch, dass die Beanspruchung vor allem durch die Heterogenität der Schülerschaft verursacht wird. Um besser mit den bestehenden Unterschieden der Schülerleistungen umgehen und auf die individuellen Wissensstände und Lernfortschritte eingehen zu können, wurde von der Schulleitung und den schulischen Gremien entschieden, in den Klassen des Berufsvorbereitungsjahres (BVJ) probeweise den konventionellen Unterricht zu ändern und das Selbstorganisierte Lernen (SOL) einzuführen.

Seit dem Schuljahr 2010/11 werden die Schülerinnen und Schüler des BVJ mit Verarbeitungstechniken vertraut gemacht, um sich die Lerninhalte selbst zu erarbeiten und in ihrem eigenen Tempo zu lernen. Das Lehrpersonal bereitet für die Schülerinnen und Schüler Lernarrangements mit fächerübergreifenden Inhalten vor. Der Unterricht wird in verschiedenen Niveaugruppen organisiert. Dazu wurde der Stundenplan zu einem großen Teil von den Fächern gelöst und der herkömmliche 45-Minuten-Takt in den Klassen phasenweise aufgelöst.

Gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung

Um den regelmäßigen Wechsel von Einzel-, Partner- und Gruppenarbeit umsetzen zu können, wurden die Klassenraumstruktur aufgehoben und ein Lernetelier eingerichtet, das einen Großraum mit kleineren Räumen und Nischen für Besprechungen und Ruhephasen verknüpft. Zudem hat die Schulleitung weitere organisatorische Veränderungen geschaffen, die den betroffenen Lehrkräften das Arbeiten in Teams erleichtert: So sind zum Beispiel gemeinsame Teamstunden von Lehrkräften im Stundenplan verankert oder organisatorische Freiräume für kollegiale Hospitationen eingerichtet worden.

Ergebnisse: Arbeitszufriedenheit, Wohlbefinden und Kompetenzzuwachs

Die Evaluation der ersten Projektphase zeigt, dass das Projekt „Selbstorganisiertes Lernen“ sehr erfolgreich ist. Das Wohlbefinden und die Zufriedenheit sowie die Leistungsbereitschaft und die Unterrichtsergebnisse sind bei allen Beteiligten besser geworden. Auf Seiten der Schülerinnen und Schüler sind die Abbrecher- und die Abwesenheitsquote deutlich gesunken, die Eigenaktivität und Selbstständigkeit im Unterricht sind gestiegen, die Zufriedenheit mit dem Unterricht hat sich verbessert. Der Lernzuwachs vor allem im Bereich der methodischen, personalen und sozialen Kompetenz ist signifikant gestiegen. Eine Stress- und Angstreduzierung wurde erzielt.

Auf Seiten des Lehrpersonals konnte nach eigenem Bekunden die Beanspruchung durch das Unterrichten deutlich gesenkt und die Zufriedenheit mit der Unterrichtsarbeit merklich verbessert werden. Die überaus positiven Ergebnisse haben die Schulleitung veranlasst, das Selbstorganisierte Lernen als Maßnahme ihres Gesundheitsmanagement in allen Klassen des Berufskollegs einzuführen. ●



Hundeloh, Heinz: Mit Gesundheit gute Schulen entwickeln. In: Schulverwaltung NRW 9 (2010). S. 226–228.

Hundeloh, Heinz: Gute gesunde Schule – das Konzept. In: Schulverwaltung NRW 10 (2010). S. 268–270.

Hundeloh, Heinz: Gesundheitsfördernde Schulentwicklung. In: Schulverwaltung NRW 1 (2010). S. 301–303.

Rolff, Hans-Günter: Schulentwicklung, Schulprogramm und Steuergruppe. In: Buchen, Herbert/Rolff, Hans-Günter (Hrsg.): Professionswissen Schulleitung. Weinheim und Basel 2006. S. 296–364.



1 Plan-Do-Check-Act: Planen-Ausprobieren-Bewerten/Evaluieren-Implementieren

Autor

Foto: Eugen Oskamp, Steinfurt

Dr. Heinz Hundeloh

Leiter des Bereichs Bildungseinrichtungen der Unfallkasse NRW
E-Mail: h.hundeloh@unfallkasse-nrw.de

Gesundheits- und Sozialbereich

Nur gesunde Unternehmen sind zukunftsfähig

Was können wir tun, damit Beschäftigte bis zum Ende ihres Arbeitslebens leistungsfähig bleiben? Wie machen wir uns als Arbeitgeber attraktiv für Fachkräfte? Zunehmend sind es diese Fragen, die Unternehmen bewegen, sich für die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zu entscheiden.

Der Erfolg von Unternehmen im Gesundheits- und Sozialbereich hängt in hohem Maße von der Kompetenz und dem Engagement ihrer Beschäftigten ab. Der steigende Personalbedarf in diesen Branchen führt dazu, dass die Unternehmen mehr in die Pflege der vorhandenen Beschäftigten investieren müssen. Wenn Beschäftigte durch Krankheit ausfallen oder die Einrichtung aufgrund von Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation verlassen, reißt das eine schwer zu schließende Lücke. Wettbewerbsfähig sind aber gerade im Dienstleistungsbereich nur Unternehmen, die über eine qualitativ und quantitativ ausreichende Personaldecke verfügen, um den steigenden Anforderungen der Kunden gerecht zu werden.¹

Betriebliches Gesundheitsmanagement als Verhältnis- und Verhaltensprävention

Betriebliches Gesundheitsmanagement bietet Lösungen für diese Problematik, weil es dazu beiträgt, dass Beschäftigte aller Altersgruppen gesund bleiben. Außerdem ist ein gesundes Betriebsklima attraktiv für potenzielle Bewerberinnen und Bewerber. So werben Betriebe bereits mit ihrem Ranking bei Gesundheitspreisen. Doch um Gesundheitsförderung nachhaltig im Management von Unternehmen zu verankern und eine Veränderung der Führungs- und Unternehmenskultur zu bewirken, bedarf es mehr, als ein paar Maßnahmen zur Ernährung oder Bewegung anzubieten. Der Ansatz der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ist es, die Betriebe

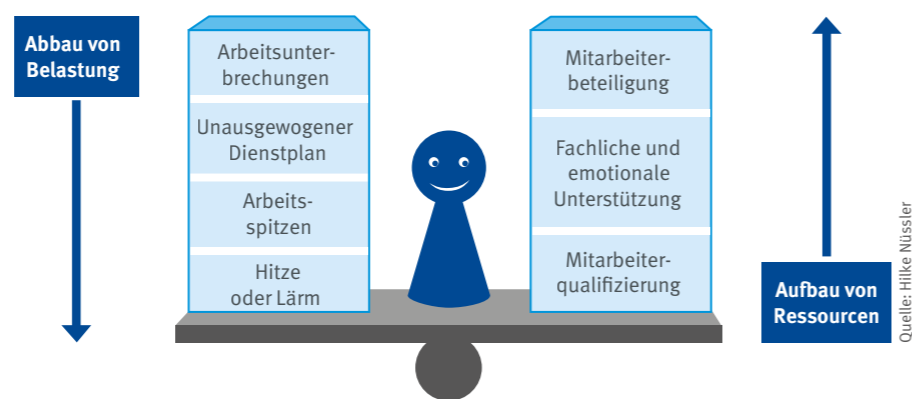


Abbildung 1: Mix aus Verhältnis- und Verhaltensprävention²

dabei zu unterstützen, Belastungen und Gefährdungen abzubauen und gleichzeitig Ressourcen für die Bewältigung der beruflichen Anforderungen aufzubauen, also ein gesunder Mix von Verhältnis- und Verhaltensprävention (siehe Abbildung 1).

Organisationsentwicklung als Weg zum Ziel

Das Mittel der Wahl für die Veränderung der Unternehmenskultur im oben beschriebenen Sinn ist die partizipative Organisationsentwicklung³. Ausgehend von einer Diagnose der Ist-Situation zur Mitarbeitergesundheit im Betrieb werden Schritt für Schritt die passenden Maßnahmen auf den Weg gebracht und deren Erfolg überprüft. Der Grundsatz ist hier: keine Maßnahme ohne Diagnose und keine Diagnose ohne Maßnahme. Für die Diagnose stellt die BGW auch eigene Instrumente zur Verfügung. Mit dem BGW-Betriebsbarometer bietet sie beispielsweise eine Mitarbeiterbefragung mit Branchen-

benchmark. Die BGW-Arbeits-situationsanalyse kann alternativ oder ergänzend dazu eingesetzt werden. Zu Themen wie „Älter werden im Beruf“ oder „Prävention von Rückenbeschwerden in der Pflege“ gibt es weitere spezielle Analysetools.

Häufig genannte Problemfelder bei den Analysen in Projekten der letzten Zeit waren:

- Arbeitsbelastungen (Überforderung, Zeitdruck),
- Führungsverhalten,
- Ausstattung von Räumen,
- Lärmbelästigung,
- „Entgrenztes“ Arbeiten (zum Beispiel keine verlässlichen freien Tage),
- Kommunikationsstörungen im Team oder zwischen Berufsgruppen.

Auf der Ebene des Führungshandelns und der Stärkung der Mitarbeiterressourcen setzt auch das BGW-Programm „Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung“ an.

Tabelle 1: Erfolgsfaktoren für Projekte zum betrieblichen Gesundheitsmanagement

Bezug	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
Betriebsintern	<ul style="list-style-type: none"> • Ausreichende Personalressourcen • Gute Kommunikationsstrukturen 	<ul style="list-style-type: none"> • Umstrukturierungsmaßnahmen • Starre Strukturen
Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der Leitung • Einbeziehung der Entscheidungsträger • Integration in bestehende Strukturen 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Priorität bei der Leitung • Schlechte Dokumentation • Schlechte Planung
Konzept	<ul style="list-style-type: none"> • Partizipation • Begleitende Qualifizierungen • Flexibles Zeitbudget 	<ul style="list-style-type: none"> • Schlechte Vorabinformation • Fehlende Evaluation
Projektleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Durchsetzungsvermögen • Anbindung an Führungskräfte 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Projekterfahrung • Fehlende Führungskompetenzen
Beschäftigte	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation • Gutes Betriebsklima • Informationsweitergabe 	<ul style="list-style-type: none"> • Projektmüdigkeit • Falsche Erwartungen • Fehlende Spielräume im Arbeitsalltag

Quelle: Claudia Voelker

Kostengünstige qualitätsgesicherte Beratung

Für die Unterstützung beim Einsatz der Diagnoseinstrumente und für die Organisationsentwicklung in den Unternehmen hat die BGW bundesweit einen Beraterpool aufgebaut, der auf Basis der BGW-Konzepte professionelle praktische Unterstützung vor Ort leistet. Durch BGW-Rahmenverträge mit den Beraterinnen und Beratern sind für die versicherten

Unternehmen kostengünstige Konditionen möglich. Die Nachfrage nach diesem Angebot ist steigend. Die Rückmeldungen aus den Kundenbefragungen bei den Nutzern sind durchweg positiv. Einzelne Angebote wurden darüber hinaus speziell evaluiert. So wurde die Wirkung der Beratung zur Prävention von Rückenbeschwerden in der Pflege im Rahmen einer Dissertation⁴ untersucht. Darin wurden Erfolgsfaktoren für Projekte zum betrieblichen Gesundheitsmanagement identifiziert (siehe Tabelle 1).

Auf Basis der Diagnoseergebnisse werden in den betrieblichen Projekten mitarbeiterorientierte Maßnahmen auf den Weg gebracht. Dazu gehörten bei vielen Projekten:

- Veränderungen des Dienstplanes,
- Verbesserung der Dokumentation (Abbau von Bürokratie),
- Abbau pflegefremder Tätigkeiten,
- Klärung von Arbeitsaufgaben,
- Optimierung der Übergabe,
- Teamentwicklung,
- Schulungen (beispielsweise zum Umgang mit Hilfsmitteln),
- Umbaumaßnahmen,
- Anschaffung von Hilfsmitteln.

Nachhaltigkeit durch Qualifizierung

Die BGW-Beraterinnen und Berater bieten Unterstützung auf Zeit an. Nach Abschluss der Projektphase sollen die Betriebe das betriebliche Gesundheitsmanagement im Liniengeschäft eigenständig weiterführen. Damit das gut gelingt, bie-

tet die BGW bei Bedarf an, interne Verantwortliche zu Projektmanagerinnen und Projektmanagern für betriebliches Gesundheitsmanagement zu qualifizieren. Der Besuch von BGW-Seminaren, die Durchführung eines Lernprojekts, Projektcoaching und eine Abschlussprüfung bilden die Bausteine dieses Qualifizierungsangebots, das 2011 evaluiert wurde.⁵ Immer häufiger nutzen Träger von Gesundheits- oder Sozialdienstleistungen dieses Angebot zum intelligenten Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements für eine größere Zahl von Betrieben des Trägers. So hat beispielsweise der Caritas-Verband Düsseldorf in elf Pflegeeinrichtungen das BGW-Angebot zur „Prävention von Rückenbeschwerden in der Altenpflege“ parallel mit Hilfe eigener, zu BGM-Projektmanagerinnen qualifizierter Mitarbeiterinnen und einem externen BGW-Berater umgesetzt.

Ausblick

Die Bedeutung des betrieblichen Gesundheitsmanagements zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren steigt vor dem Hintergrund der Zunahme stressbedingter Erkrankungen. Mit auf den Kundenbedarf zugeschnittenen Unterstützungsangeboten ist die BGW auf einem innovativen Weg, Gesundheits- und Arbeitsschutzmanagement miteinander zu verbinden. ●

Autorin



Foto: Photo-Atelier Scholz, Hamburg

Dr. Heike Schambortski

Präventionskoordination der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
E-Mail: heike.schambortski@bgw-online.de

Prävention in bewegten Bildern

Fit für Job und Leben

Der Titel des Gesundheitsmagazins der BG RCI könnte auch das Motto ihrer Präventionsarbeit sein: Arbeit und Leben sind zwei Seiten einer Medaille und gehören zusammen.

An Erkenntnissen und guten Praxisbeispielen zum Präventionsfeld „Gesundheit im Betrieb“ mangelt es nicht. Die Schwierigkeit besteht eher darin, diese Erkenntnisse an die relevanten Zielgruppen weiterzugeben. Vor allem in einer Form, die die Verantwortlichen in den Betrieben anregen und motivieren kann, die Arbeitsbedingungen im Unternehmen gesundheitsförderlich zu gestalten. Unternehmer oder andere Verantwortliche merken noch immer an, dass Themen der Gesundheitsförderung betriebsintern schwer zu kommunizieren sind. Gespräche mit Mitarbeitern beziehen sich in der Regel auf fachliche Inhalte, auch wenn bisweilen ein Austausch über private Belange stattfinden kann. Gesundheit und Vorsorge sind jedoch Themenkomplexe, die nur sehr zurückhaltend und oft oberflächlich ange-

sprochen werden. Denn hier gilt es, auch die Privatsphäre und Eigenverantwortung der Mitarbeiter zu respektieren.

Daher war es der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI) für die Arbeit in diesem Präventionsfeld wichtig, ein Medium zu entwickeln, das viele Menschen in ihrer Lebenswelt erreicht, die neben dem betrieblichen Kontext auch die Freizeit umfasst. So wenig wie arbeitsbedingte Rückenschmerzen nach Feierabend im Betrieb gelassen werden können, machen Suchtprobleme vor dem Werkstor halt. Kooperationen mit Krankenkassen liegen daher nahe, und diese gibt es dazu schon länger.

Obwohl es für einen Unfallversicherungsträger nicht unbedingt üblich ist, ein Magazin in bewegten Bildern auf DVD zu pro-

duzieren, kristallisierte sich das sinnlich erfassbare und auch emotional ansprechende Medium Film als geeignete moderne Form zur Information und Sensibilisierung der Zielgruppen heraus.

In der Lebenswelt der Zielgruppe ankommen

Information, Weiterbildung, Motivation und praktische Unterstützung – das sind die wichtigsten Elemente der Präventionsarbeit der BG RCI. Dieser Gedanke drückt sich auch in dem entwickelten Format des DVD-Magazins „Fit für Job und Leben“ aus.

Angelegt wie eine Ratgebersendung des Fernsehens mit Experteninterviews, Hintergrundinformationen und Tipps wird der Fokus vor allem auf erfolgreich umgesetzte Praxisbeispiele aus Mitgliedsbetrieben gesetzt. Damit wird es den betrieblichen Multiplikatoren ermöglicht, von Anderen zu lernen sowie gute Strategien und Maßnahmen im Präventionsfeld Gesundheit im Betrieb zu übernehmen.

„Fit für Job und Leben“ erscheint seit 2007 halbjährlich, wodurch der zeitnahe Transfer neuer Erkenntnisse gesichert und Nachhaltigkeit geschaffen wird. Die einzelnen Ausgaben widmen sich verschiedenen Schwerpunktthemen wie Stress, Bewegung, Hautschutz, Schichtarbeit und gesunder Schlaf, Burn-out oder betriebliche Suchtprävention.

Zum Beispiel liefert die Ausgabe 1/10 unter dem Motto „Gesund bleiben“ Praxisbeispiele, Anregungen und Informationen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement und gibt Antworten auf Fragen wie:



Nicole Jansen, Psychologin der BG RCI, moderiert das halbjährlich erscheinende Gesundheitsmagazin.



Dr. Ulrich Ott, Neurowissenschaftler der Universität Gießen, informiert über die Auswirkungen von Meditation.

„Der Fokus unserer Sendung liegt auf erfolgreich umgesetzten Praxisbeispielen aus unseren Mitgliedsbetrieben, damit andere davon lernen und gute Strategien übernehmen können.“

Was kann ich tun, um meine Mitarbeiter gesund zu erhalten? Wer hilft mir bei der Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung? Welche Dienstleistungen bieten Berufsgenossenschaften und Krankenkassen an? Wie motiviere ich die Beschäftigten, an entsprechenden Aktionen teilzunehmen?

Vor allem kleine und mittelständische Unternehmen, die über wenige Ressourcen in diesem Feld verfügen, profitieren von dieser Art der Informationsvermittlung, da häufig schon mit recht einfachen Maßnahmen viel erreicht werden kann. Aber auch Großbetriebe setzen das Gesundheitsmagazin gerne bei Schulungen und Informationsveranstaltungen ein.

Kompetenz-Center Gesundheitsschutz

Information, Weiterbildung, Motivation und praktische Unterstützung der Mitgliedsbetriebe – das sind auch die Werkzeuge und das zentrale Anliegen des Kompetenz-Centers Gesundheitsschutz, das die BG RCI im Rahmen der Fusion im Jahre 2010 gegründet hat. Mit fünf Mitarbeitern in den Fachbereichen Demographischer Wandel/Neue Formen der Arbeit, Ergonomie und Gesundheit im Betrieb

stellt es den Unternehmen nicht nur Medien wie das hier vorgestellte Magazin „Fit für Job und Leben“ und Broschüren als Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung; ein weiterer Schwerpunkt ist die Arbeit vor Ort in den Unternehmen.

Wichtige Aktionsfelder sind Beratungen zu ergonomischen Fragestellungen, Unterstützung bei der Einführung betrieblicher Gesundheitsmanagementsysteme oder Hilfe bei der Durchführung von Altersstrukturanalysen. Neben Vorträgen, Workshops und Seminaren werden mit verschiedenen Aktionsmedien die Unternehmen bei der Organisation von Veranstaltungen wie zum Beispiel Gesundheitstagen praktisch unterstützt. Mit der Qualifizierung von Mitarbeitern zum betrieblichen Gesundheitsmanager wird das Anliegen der BG RCI, die Gesundheit in den Unternehmen zu optimieren, besonders nachhaltig befördert.

Somit dient das Kompetenz-Center Gesundheitsschutz als zentrale Anlaufstelle mit Lotsenfunktion für Fragen zum Thema „Gesundheit im Betrieb“, um dem vor allem in kleineren Betrieben vorhandenen Wunsch nach schneller Auskunft nachkommen zu können. Es informiert über

geeignete Angebote und berät die Unternehmen. Notwendige und sinnvolle weitere erforderliche Schritte werden zusammen mit dem Unternehmen koordiniert.

Insgesamt gesehen liegen mit den vom Kompetenz-Center angebotenen Dienstleistungen wie der Qualifizierung zum betrieblichen Gesundheitsmanager und der DVD-Reihe „Fit für Job und Leben“ nützliche Instrumente im Sinne einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ vor, die es den Mitgliedsbetrieben zusammen mit der Beratung und Unterstützung durch Ansprechpartner der BG RCI erleichtern, im Präventionsfeld Gesundheit im Betrieb tätig zu werden und dabei nachhaltige Erfolge zu erzielen.

Auf der Homepage der BG RCI unter www.bgrci.de können die DVDs im Medienshop bestellt oder in der Videothek online angesehen werden. ●

Autorin

Nicole Jansen,

Leiterin des Fachbereichs „Gesundheit im Betrieb“ im Kompetenz-Center Gesundheitsschutz, Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI)
E-Mail: nicole.jansen@bgrci.de

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Forschung und Beratung für die UV-Träger sowie die Umsetzung des internen BGM der DGUV

Bei Berufsgenossenschaften und Unfallkassen sind Angebote und Unterstützung im Handlungsfeld „Gesundheit im Betrieb“ derzeit verstärkt nachgefragt (Bindzius & Knoll, 2011). Das IAG berät und forscht zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und unterstützt die Unfallversicherungsträger und deren Mitgliedsbetriebe in allen Phasen des BGM. Auch das BGM der DGUV profitiert von diesen Erfahrungen und spiegelt sie zurück.

Forschung und Beratung für die UVT

In der Diagnosephase unterstützt das IAG bei der Auswahl von Instrumenten zur Analyse des Ist-Zustands (zum Beispiel Arbeitstätigkeitsanalysen, Altersstrukturanalyse, BGM-Check, Mitarbeiterbefragungen) und berät bei deren Durchführung und Auswertung. Mit dem BGM-Check (Schmidt, 2012), einer umfangreichen Checkliste, die systematisch den Status Quo eines BGM im Betrieb abfragt, können Handlungsfelder sowohl für kurzfristige Interventionen als auch für langfristige Schwerpunkte des BGM eines Betriebs abgeleitet werden.

Aus dem Bedarf der Betriebe hat das IAG zudem ein Beratungsangebot zur Konzeption, Durchführung und Auswertung von Mitarbeiterbefragungen entwickelt. Auf Basis einer umfangreichen Recherche zu standardisierten Instrumenten für Mitarbeiterbefragungen wurde unter anderem ein modularer Fragebogen zusammengestellt, der IAG-Standard (Wolff, 2012), der frei verfügbare Instrumente beinhaltet und die klassischen Themenbereiche einer Mitarbeiterbefragung erfasst. Das Angebot zu Mitarbeiterbefragungen kann sich sowohl auf den gesamten Prozess einer Mitarbeiterbefragung beziehen als auch die Beratung zu einzelnen Schritten umfassen.

Darüber hinaus übernimmt das IAG auch die Entwicklung und Validierung von Instrumenten oder führt trägerübergreifende

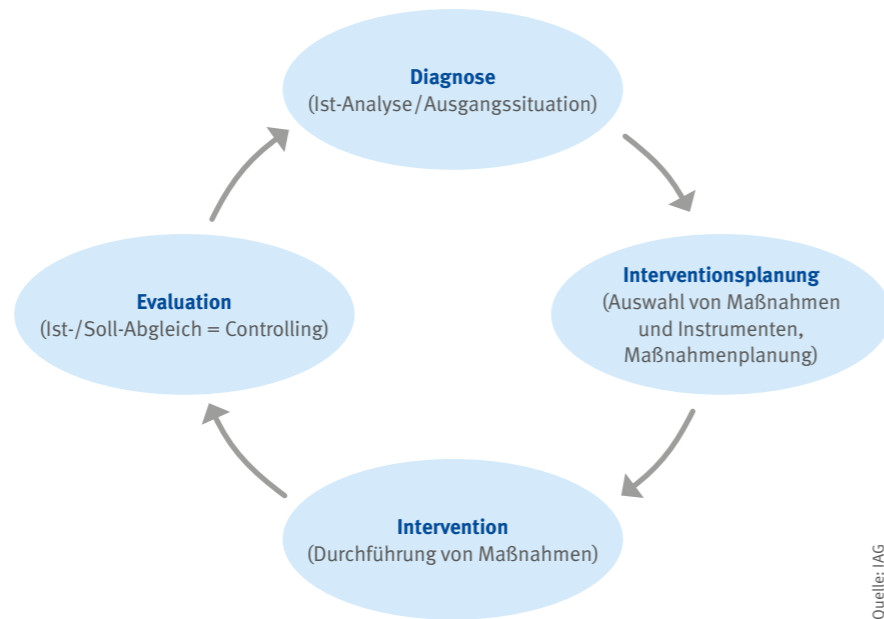


Abbildung 1: Kernelemente eines BGM

Befragungen durch. So wurde der Fragebogen KoGA-Mitarbeiterbefragung der UK-Bund hinsichtlich seiner Itemkennwerte, der Faktorenstruktur und der Gütekriterien (Validität, Reliabilität, Objektivität) untersucht.

In den Phasen der Intervention und ihrer Planung unterstützt das IAG durch Moderationen (zum Beispiel bei der Zielfindung oder bei Gesundheitszirkeln), Coachings und Beratungen in Betrieben (zum Beispiel zu Arbeitszeitgestaltung, Ergonomie, psychischen Belastungen, Demographie,

Gesundheitskommunikation, Gewalt am Arbeitsplatz). Über die Kooperation mit der gesetzlichen Krankenversicherung kann das IAG außerdem Kontakte zu Krankenkassen herstellen.

In Bezug auf die Evaluationsphase untersucht das IAG geeignete Instrumente, anhand derer ausgehend von den Zielen und Erfolgskriterien des BGM sowohl Hinweise zur Verbesserung der Prozesse als auch Nachweise zur Wirksamkeit von BGM-Maßnahmen gewonnen werden können. Im Rahmen eines Forschungsprojekts

Quelle: IAG



Bindzius, F.; Knoll, A.: Das Präventionsfeld „Gesundheit im Betrieb“. In: DGUV Forum 12/2011, S. 26–31.

Schmidt, N. (2012): Der BGM-Check. Aus der Arbeit des IAG, 3050. 7/2012.

Weinreich, I.; Weigl, C.: Unternehmensratgeber betriebliches Gesundheitsmanagement. Grundlagen – Methoden – personelle Konsequenzen. Berlin; Erich Schmidt Verlag, 2011.

Wetzstein, A. & Wundratsch, I. (2012): Werkzeugkasten für mehr Gesundheit im Betrieb. In: DGUV Forum 04/2012, S. 36–37.

Wolff, M. (2012): IAG-Standard für Mitarbeiterbefragungen im Rahmen des BGM. Aus der Arbeit des IAG, 3049. 7/2012.

am IAG wurde eine umfangreiche Instrumentsammlung erstellt und hinsichtlich verschiedener Kriterien kategorisiert und anwenderorientiert aufbereitet (Wetzstein & Wundratsch, 2012).

Das BGM in der DGUV

Diesen fachlichen Hintergrund möchte die DGUV für die Weiterentwicklung des eigenen Betrieblichen Gesundheitsmanagements nutzen und hat daher 2011 die Koordination für das BGM im IAG angesiedelt. So können zusätzlich auch die eigenen Erfahrungen im internen Gesundheitsmanagement in Forschung und Beratung für die Unfallversicherungsträger zurückgespiegelt werden.

Seit 2005 wurden die Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in der DGUV durch verschiedene Akteure vorangetrieben. Seitdem hat sich ein breites Spektrum an Angeboten entwickelt, von Mittagsgymnastik über Gesundheitszirkel bis hin zur Erprobung einer externen Mitarbeiterberatung. Dabei war und ist es eine besondere Herausforderung, den unterschiedlichen Gegebenheiten der verschiedenen Standorte (Mitarbeiterzahl, Umgebungsbedingungen etc.) und den Entwicklungen, zum Beispiel durch die Fusion, gerecht zu werden.

Es wurde deutlich, dass die konzeptionelle Weiterentwicklung des BGM in der DGUV einer systematischen Herange-

hensweise bedarf. Es sollte ermöglicht werden, die Erfahrungen aus einzelnen Maßnahmen zu bündeln, aber auch alle wichtigen Akteure zum gesunden Arbeiten in der DGUV einzubinden. Mit der Ansiedlung der Stelle am IAG galt es daher, zuerst eine Struktur, den Steuerkreis Betriebliches Gesundheitsmanagement (SK BGM), zu schaffen, in dem die Bemühungen der verschiedenen Akteure und Standorte zusammengetragen werden. Kern des SK BGM sind BGM-Beauftragte der einzelnen Standorte, die jeweils auch in dem dortigen Arbeitsschutzausschuss (ASA) berichten, die standortübergreifende BGM-Koordination sowie ein Vertreter der Geschäftsführung und des Betriebsrates. Je nach Thema kommen im erweiterten Steuerkreis ein Vertreter aus dem Personal, der BEM-Beauftragte, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Gesamtschwerbehindertenvertreter und der Arbeitsmedizinische Dienst hinzu.

Die Aufgaben des SK BGM sind angelehnt an Weinreich und Weigl (2011) und umfassen zum Beispiel die Entwicklung einer BGM-Gesamtstrategie mit der Festlegung von Prioritäten, Zielen, Zielwegen und -kriterien sowie die Entwicklung und Umsetzung von Analyse- und Evaluationsstrategien. Der SK BGM hat vor allem eine Steuerungsfunktion inne, während die Umsetzungsverantwortung bei den Standorten liegt, die dabei durch den jeweiligen BGM-Beauftragten und die BGM-Koordination unterstützt werden.

Neben der Schaffung der strukturellen Voraussetzungen wurden Interviews zum Status Quo mit dem BGM-Check (Schmidt, 2012) an allen Standorten der DGUV durchgeführt und somit ein weiterer Schritt zur Identifizierung der Handlungsfelder im BGM der DGUV getan. Darüber hinaus werden aktuell die Erfahrungen von durchgeführten Gefährdungsbeurteilungen zu psychischen Belastungen aufbereitet, um auf dieser Grundlage eine standortübergreifende Handlungsroutine zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen zu entwickeln. Die Ergebnisse aus der Gefährdungsbeurteilung können dann wiederum der Entwicklung geeigneter Interventionsmaßnahmen dienen.

Neben diesen Schwerpunkten werden einzelne Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung an den Standorten mit Hilfe von kurzen Fragebögen evaluiert, um so kontinuierliche Verbesserungen voranzutreiben.

Um den Austausch innerhalb der gesetzlichen Unfallversicherung zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement fortzusetzen, ist für den 31. Januar und 1. Februar 2013 eine Veranstaltung im IAG in Kooperation mit dem Sachgebiet Gesundheitsförderung des Fachbereichs Gesundheit im Betrieb geplant. ●

Autorinnen



Foto: IAG

Friederike Maria Engst

Koordinatorin des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) der DGUV, Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: friederike.engst@dguv.de



Foto: IAG

Dr. Annetrin Wetzstein

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



Foto: fotolia.de/pressmaster

Beispiele aus der Praxis

Wie Unfall- und Krankenversicherung erfolgreich zusammenarbeiten

Die Kooperation von gesetzlicher Unfall- und Krankenversicherung auf dem Gebiet der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung ermöglicht es Unternehmen, umfassendes Wissen, langjährige Erfahrung und eine breite Palette an Leistungen zu nutzen. Der unterschiedliche Blickwinkel der Akteure und die bedarfsgerechte Kombination bewährter Angebote führen zu passgenauen und effektiven Präventionskonzepten für die Unternehmen.

Die VBG unterstützt ihre Mitgliedsunternehmen bei der Einführung und Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsmanagementsystems im Rahmen des Dienstleistungsangebotes „Gesundheit mit System“ – kurz GMS. Die GMS-Ansprechpartner der VBG stehen interessierten Unterneh-

men insbesondere als Impulsgeber und Begleiter während des Gesamtprozesses zur Seite.

Je nach betrieblicher Situation und Interessenlage ist es für die Unternehmen von Vorteil, beim betrieblichen Gesundheitsmanagement neben den Angebo-

ten der VBG die Unterstützung weiterer Partner in Anspruch zu nehmen. Ein Netzwerk zwischen der VBG, den gesetzlichen Krankenkassen und den Unternehmen eröffnet letzteren umfassenden Zugang zu aktiver Unterstützung, passgenauen Angeboten und wertvollen Informationen.

INNOPUNKT Initiative

Als Teil des Operationellen Programms des Landes Brandenburg für den Europäischen Sozialfonds (ESF) soll die INNOPUNKT Initiative zur Steigerung der Anpassungs- und Wettbewerbsfähigkeit von Beschäftigten und Unternehmen, speziell zur Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen durch gesundheitsorientierte Gestaltung der Arbeitsorganisation beitragen. Die Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin, die KKH-Allianz und die VBG sind mit einem Modellprojekt zum Thema Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen am Start. Ziel des Projekts ist es, ein bestehendes Netzwerk von Gesundheitsanbietern wie Arbeitspsychologen oder Physiotherapeuten aus Berlin auf das Gebiet Brandenburg/Potsdam zu erweitern. Dadurch soll Gesundheitsförderung auch für kleine und mittlere Unternehmen anwendbar gemacht werden. Über das Netzwerk bieten qualifizierte Anbieter ihre Leistungen an, die von den Beschäftigten in den Arbeitsalltag integriert werden können. Neben den Dienstleistungsangeboten steht die Vernetzung der interessierten Unternehmen im Vordergrund, um Synergieeffekte zu nutzen. Zum Programm zählen Arbeitssituationsanalysen und Arbeitsbewältigungcoachings. Gemeinsam organisierte Gesundheitstage informieren zu verschiedenen Präventionsfeldern wie Verkehrssicherheit oder Hautschutz. Zusätzlich bietet die VBG in ihren Akademien zahlreiche Seminare zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Unternehmern und Führungskräften an, etwa zur Prävention von Burn-out oder Rückenbelastungen und -erkrankungen, bei denen sie das praktische Rüstzeug erhalten, um sicher und gesund führen zu können.

Volks- und Raiffeisenbanken – Gesund und sicher zum Erfolg

Ein weiteres Beispiel für eine erfolgreiche Kooperation ist die Zusammenarbeit der VBG mit der R+V BKK im Bereich der Volks- und Raiffeisenbanken. In dieser Branche verfügen beide Kooperationspartner über große Überschneidungen der versicherten Personenkreise. Gemeinsames Ziel ist es, Sicherheit und

Gesundheit in den Unternehmen mittels eines systematischen Ansatzes zu steigern. Um die Motivation der Volks- und Raiffeisenbanken zur Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zu fördern und relevantes Wissen zu vermitteln, können sich interessierte Banken seit 2009 von den beiden Kooperationspartnern gemeinsam beraten lassen. Weiterhin führen die VBG und die R+V BKK jährlich eine gemeinsame Veranstaltung als „Netzwerktreffen“ für die Branche durch. Teilnehmerzahlen und -rückmeldungen belegen das große Interesse der Volks- und Raiffeisenbanken am Thema und ermöglichen es, auf die spezifischen Bedürfnisse der Branche einzugehen. Der Informationsaustausch der Banken untereinander und deren gegenseitige Unterstützung erfahren dabei zunehmende Bedeutung. Volks- und Raiffeisenbanken, die sich für die Inanspruchnahme der Leistungsangebote von VBG sowie R+V BKK in puncto betriebliches Gesundheitsmanagement entscheiden, profitieren von der optimalen Ergänzung derer Angebote. Aber auch für VBG und R+V BKK ergeben sich, nicht zuletzt durch reduzierten Unterstützungsaufwand und regelmäßigen Erfahrungsaustausch, wesentliche Vorteile. Es bestätigt sich das Erfolgsrezept „Zusammen geht mehr“.

Gesundheitsprävention bei der DRV-Bund

Gute Zusammenarbeit findet auch mit Großunternehmen statt. Aus Sicht der VBG ist dafür die Kooperation mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege sowie mehreren großen Krankenkassen und dem Mitgliedsunternehmen Deutsche Rentenversicherung Bund ein gutes Beispiel. Gemeinschaftlich erarbeitete die DRV-Bund mit den Berufsgenossenschaften und den Krankenkassen ein Konzept zur stufenweisen Einführung von Präventionsaktivitäten. Bei den rund 24.000 Beschäftigten steht die Schulung der Führungskräfte im Vordergrund, um deren eigene Gesundheitskompetenz zu fördern und ihren Einfluss auf die konkrete Arbeitsgestaltung in den Unternehmen für die Präventionsarbeit zu nutzen. Ein weiterer Schritt ist die Schulung von Moderatoren zur Durch-

führung von Arbeitssituationsanalysen sowie der Einsatz von Kollegen als Bewegungs- und Ergonomiemultiplikatoren. Die DRV-Bund hat ein Gesundheitsteam aufgestellt, das für die Koordination und die Festlegung der Verantwortlichkeiten zuständig ist. Das Gesundheitsteam überprüft die bereits im Unternehmen getroffenen Maßnahmen, wertet sie aus und stellt somit sicher, dass nur Präventivmaßnahmen zugelassen werden, die hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit den Anforderungen der Krankenkassen entsprechen. Um Bewegung in den Alltag zu bringen, bietet die DRV-Bund ein vielfältiges Sportprogramm wie Rückenfitness, Pausen- und Bürogymnastik für ihre Mitarbeiter an. Zur Sensibilisierung und Information der Beschäftigten für verschiedene Gesundheitsthemen werden Gesundheitstage mit unterschiedlichen Schwerpunkten organisiert. Die regelmäßige Anwendung hat die Motivation der Führungskräfte, sich für betriebliche Gesundheitsförderung einzusetzen, deutlich erhöht. ●

Autoren

Tobias Belz,

GMS-Ansprechpartner in der VBG-Bezirksverwaltung Mainz
E-Mail: tobias.belz@vbg.de

Yvonne Hein,

Fachreferentin Prävention im Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement in der VBG-Bezirksverwaltung Berlin
E-Mail: yvonne.hein@vbg.de

Daniela Koppel,

Fachreferentin Prävention im Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement in der VBG-Bezirksverwaltung Berlin
E-Mail: daniela.koppel@vbg.de

! **Einen Leitfaden zu GMS, Praxishilfen und Infoblätter gibt es unter www.vbg.de/gms. Die GMS-Ansprechpartner in den VBG-Bezirksverwaltungen sind unter der Servicenummer 0180 58247728 zu erreichen.**

Seminare zur Gesundheitsförderung können unter www.vbg.de/seminare gebucht werden.

Aus der Forschung

Nachrüsten fürs Büroklima?

Nachrüstfilter an Laserdruckern sollen Partikelemissionen aus diesen Geräten zurückhalten. Ob das tatsächlich ein Beitrag für bessere Luft im Büro ist, hat das Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung untersucht.

Wo ein Computer, da auch ein Drucker. In unserer hoch technischen Welt finden sich Computer und damit meist auch Drucker an immer mehr Arbeitsplätzen, insbesondere in Büros. Oft sind es Laserdrucker, die hier zum Einsatz kommen: Sie punkten gegenüber Tintenstrahlgeräten beim Preis pro Seite und liegen auch bei der Geschwindigkeit in den meisten Fällen deutlich vorne. Aber: Sie stehen im Ruf, Schadstoffe, vor allem feinste Tonerstäube, an die Umgebungsluft abzugeben. Immer mehr Nutzer greifen deshalb zum Nachrüstfilter, das die vermeintlich ungesunden Emissionen zurückhalten soll. Mit Erfolg?

Der übliche Verdächtige: das Tonerpulver

Geht es um die Wirksamkeit von Filtern, spielt die Art der zu filternden Emissionen eine zentrale Rolle. Was kommt raus aus dem Laserdrucker und warum? Ein Blick auf die Funktionsweise der Geräte bringt uns der Antwort ein Stück näher.

Um den Toner dauerhaft auf das Papier zu bringen, muss das Blatt im Laserdrucker eine so genannte Fixiereinheit passieren. Sie besteht im Wesentlichen aus zwei Walzen, von denen mindestens eine stark erhitzt wird. Durchläuft das Blatt diese Fixiereinheit, schmilzt der Toner und verklebt mit dem Papier. Die Reini-

gung der Walzen von Tonerresten erfolgt automatisch im Drucker selbst. Damit das einfacher ist, sind die Walzen unter anderem mit Silikonölen beschichtet.

Beim Betrieb von Laserdruckern entstehen nachweislich unter anderem partikelförmige Stoffe: Papierfeinstaub als Folge des Abriebs zwischen den Walzen, aber auch so genannte ultrafeine Partikel, deren möglicherweise gesundheitschädliches Potenzial seit langem Gegenstand weltweiter Forschung ist. Dass diese ultrafeinen Partikel vor allem aus dem Tonerpulver der Geräte stammen, ist eine gerne wiederholte Behauptung. Ein wissenschaftlicher Blick auf die Partikelgröße macht jedoch deutlich: Das kann nicht sein. Denn Tonerpartikel sind üblicherweise fünf bis sieben Mikrometer groß und damit mindestens fünfzig Mal größer als die größten ultrafeinen Partikel (< 0,1 Mikrometer).

Silikonöle als Quelle von ultrafeinen Partikeln

Bei den an Druckern gemessenen ultrafeinen Partikeln handelt es sich nach derzeitigem Kenntnisstand um kleinste Tröpfchen. Sie stammen mit großer Wahrscheinlichkeit aus den Silikonölen, mit denen die Papier-Transportwalzen im Drucker behandelt sind. Auch eine Untersuchung des Fraunhofer Wilhelm-Klauditz-Instituts im Auftrag des Bundesverbandes Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V. hat sich mit Emissionen aus Laserdruckern beschäftigt. Die Ergebnisse bestätigen: Keines der untersuchten Geräte stieß tatsächlich Tonerpartikel aus.



„Prüfzeichen wie der Blaue Engel helfen bei der Auswahl emissionsarmer Drucker.“

Wie wirksam sind handelsübliche Nachrüstfilter für Laserdrucker?

Auf Veranlassung der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft ist das Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) dieser Frage nachgegangen. Unter reproduzierbaren Untersuchungsbedingungen fanden Messungen an den Öffnungen von Laserdruckern mit und ohne Filter statt, aber auch vollständige Geräteemissions-Messungen in der geschlossenen Kabine wie beim Prüfverfahren für die Vergabe des Umweltzeichens „Blauer Engel“. Die Ergebnisse machen deutlich: Theoretisch können Filter die Emissionen zum Teil reduzieren. Aber: Die größte Öffnung der Geräte – das Papierausgabefach – kann nicht verschlossen werden. Und: Filter und Drucker müssen zueinander passen. Damit Druckerfilter überhaupt wirken können, gilt es, ein paar grundsätzliche Dinge zu klären:

- 1.) Bläst der Laserdrucker Luft über eine Ausblasöffnung aus dem Gerät? Nur dann kann ein Filter die Staubbelastung überhaupt reduzieren. Saugt der Drucker Luft an oder besitzt er gar keinen Ventilator, ist er für den Einsatz eines Filters nicht geeignet.
- 2.) Wo befindet sich die Ausblasöffnung des Druckers, an der der Filter anzubringen ist? In der Praxis ist es für den Anwender oft schwierig, die Ausblasöffnung zu erkennen, da das Gerätegehäuse mehrere Öffnungen aufweist und nicht an jeder Ausblasöffnung ein Ventilator eingebaut ist.
- 3.) Lässt sich der Filter bündig an der Ausblasöffnung anbringen? Für die Untersuchungen im IFA war es häufig notwendig, die Filter zusätzlich mit

Klebeband gegen Leckagen abzudichten. Ansonsten strömt die Luft aus der Ausblasöffnung und am Filter vorbei.

- 4.) Ändert sich durch das Anbringen des Filters die Luftführung im Drucker, so dass Partikel verstärkt an anderen Öffnungen austreten?
- 5.) Ändert sich durch das Anbringen des Filters das Temperaturmanagement und besteht die Gefahr der Überhitzung?

Diese Fragen kann der Anwender nicht selbst beantworten. Hier sind vielerorts die Druckerhersteller gefragt, die aber in der Regel das Nachrüsten von Filtern aus Überhitzungsgründen verneinen. Insbesondere bei der leckagefreien Anbringung besteht Verbesserungsbedarf. Zudem sollten Filter- und Druckerhersteller gemeinsam daran arbeiten, das Problem erhöhten Strömungswiderstandes an der Ausblasöffnung zu lösen und damit Veränderungen in der Luftführung vorzubeugen. Auch fehlt es an verständlichen und eindeutigen Informationen zur Handhabung.

Fazit

Es gibt also noch viel zu tun, bevor Nachrüstfilter an Laserdruckern grundsätzlich geeignet sind, Partikelemissionen zu reduzieren. Bis dahin rät das IFA, das „System Drucker“ von vornherein emissionsarm zu betreiben. Das heißt: Drucker, Toner und Papier sollten emissionsarm sein. Dabei helfen Test-Zeichen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung für emissionsarme Produkte und Prüfzeichen wie der Blaue Engel. Dadurch wird aus Sicht des IFA mehr erreicht als durch das Nachrüsten mit Filtern. ●

Autoren



Foto: IFA

Thomas von der Heyden

Referatsleiter Schutzmaßnahmen, Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA)
E-Mail: thomas.von.der.heyden@dguv.de



Foto: IFA

Ina Neitzner

Referatsleiterin Wissenschaftliche Kooperationen, Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA)
E-Mail: ina.neitzner@dguv.de



Foto: shutterstock.de/Lightfactor

Es gibt noch viel zu tun, bis Nachrüstfilter an Laserdruckern geeignet sind, Emissionen zu reduzieren.

Das GDA-Arbeitsprogramm Schulen

Gemeinsam zum Ziel

Die hohe Zahl von Schülerunfällen war der Anlass, um im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie ein „Arbeitsprogramm Schulen“ aufzulegen. Nach rund einem Jahr Laufzeit zeigen sich erste Erfolge.

Einführung

Für seine eigene Sicherheit und Gesundheit sorgen zu können, ist eine der wichtigsten Fähigkeiten, die gelernt werden müssen. Der Grundstein hierfür kann vor allem in der Schule gelegt werden. Voraussetzung ist, dass an Schulen eine Präventionskultur entwickelt wird, die für das Thema Sicherheit und Gesundheitsschutz sensibilisiert und auf ein entsprechendes Verhalten hinwirkt. In einer Schule mit einer hohen Präventionskultur prägen Gesundheit und Sicherheit sowohl die Grundüberzeugungen und Haltungen der schulischen Akteure als auch die schulische Alltagspraxis. Eine solche Präventionskultur ermöglicht es Lehrpersonen und Schülerinnen und Schülern, gesundheits- und sicherheitsförderliche Lern- und Arbeitserfahrungen zu machen und sich umfassend Sicherheits- und Gesundheitskompetenzen anzueignen. Dies kann dazu beitragen, dass Schülerunfälle und auch Unfälle im späteren Arbeitsleben vermieden werden.

Das Arbeitsprogramm

Die hohe Anzahl der Schülerunfälle und der frühzeitige Aufbau einer Präventionskultur waren Anlass für die Einrichtung des GDA-Arbeitsprogramms „Sensibilisierung von Schülerinnen und Schülern zum Thema Sicherheit und Gesundheitsschutz in Schulen“ im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA). Für allgemeinbildende Schulen haben die Unfallkassen als Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung zusammen mit den Obersten Arbeitsschutzbehörden der Länder (Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik – LASI) und der Kultusministerkonferenz (KMK) ein gemeinsames Programm entwickelt, wie Schülerinnen und Schüler langfristig

zu sicherheits- und gesundheitsgerechtem Verhalten motiviert werden können (siehe **Abbildung 1**). Im Mittelpunkt steht dabei, die existierenden Netzwerke weiter zusammenzubringen und vorhandene Angebote zielorientiert einzusetzen.

Nach gut einem Jahr Laufzeit kann sich der Erfolg des GDA-Arbeitsprogramms Schulen sehen lassen. Nicht nur, dass für zentrale Themen wie Lärm oder Gefahrstoffe für die konkrete Arbeit in Schulen geeignete Materialien gesichtet und zur Verfügung gestellt wurden. Vielmehr ist es gelungen, dass sich die mit Sicherheit und Gesundheit in Schulen befassten Kreise zusammenfinden und gemeinsam konkrete Maßnahmen abstimmen.

Abstimmung auf Bundesebene

Grundvoraussetzung für die Umsetzung des GDA-Arbeitsprogramms Schulen ist die Abstimmung der Beteiligten auf Bundesebene. Hierbei galt es, einer Besonderheit Rechnung zu tragen. Während für die Arbeitswelt die Vorgehensweise zwischen Bund, staatlichen Arbeitsschutzbehörden der Länder und Unfallversicherungsträgern in der Nationalen Arbeitsschutzkon-

- A Abstimmung der politisch Verantwortlichen auf Bundesebene
- B Runde Tische auf Länderebene
- C Qualifizierung von Schulleitungen zu Sicherheit und Gesundheit
- D Arbeitsgruppen auf Länderebene zu spezifischen Sicherheits- und Gesundheitsschutzthemen
- E Ermittlung, gegebenenfalls Entwicklung von Materialien
- F Multiplikatorenveranstaltung für Aufsichtsführende der GDA-Partner

Abbildung 1: Maßnahmen im Rahmen des GDA-Arbeitsprogramms Schulen

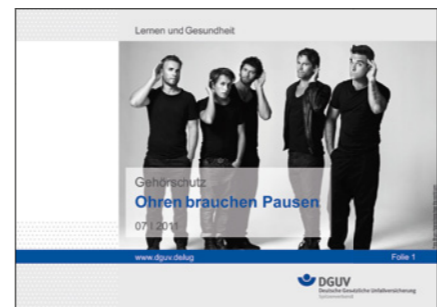


Abbildung 2: Unterrichtsmaterialien auf dem Schulportal der DGUV: Beispiel „Ohren brauchen Pausen“

ferenz abgestimmt wird, war es wichtig, für den Bereich Schulen die Kultusministerkonferenz als weiteren Partner einzubeziehen. Hierzu wurde das jährlich stattfindende DGUV-KMK-Kontaktgespräch um zwei Vertreter des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik erweitert und trägt nunmehr den neuen Namen Spitzengespräch KMK-DGUV-LASI.

Berücksichtigung der Länderspezifika durch Runde Tische

Schulangelegenheiten obliegen aufgrund der Kultushoheit den Bundesländern. Deshalb wurde auf Landesebene die Einrichtung so genannter Runder Tische initiiert, die die weiteren Maßnahmen zu spezifischen Sicherheits- und Gesundheitsschutzthemen unter Berücksichtigung der jeweiligen Besonderheiten in den Ländern beraten und abstimmen. Beteiligt sind neben den zuständigen Unfallversicherungsträgern, dem Kultusministerium und der für den Arbeitsschutz zuständigen Obersten Landesbehörde die maßgeblichen Interessengruppen im Schulbereich wie etwa Schulträger und Landeselternvertretungen. Fachliche Fragestellungen zu spezifischen Themen des



Links

- Das Schulportal der DGUV – Lernen und Gesundheit: www.dguv-lug.de
- Das GDA-Arbeitsprogramm Schulen: www.gda-schulen.de
- Das Portal der GDA: www.gda-portal.de

Sicherheits- und Gesundheitsschutzes wie Lärm, Gefahrstoffe oder psychische Belastungen sollen in der Regel auf Arbeitsgruppen zur Erarbeitung von Lösungsvorschlägen übertragen werden.

Nach einem Jahr Programmlaufzeit wurde auf der Tagung GDA-Schulen am 27./28. März 2012 in Erfurt Bilanz gezogen. In 13 Ländern wurden Runde Tische eingerichtet, die sich intensiv mit den unterschiedlichsten Präventionsmaßnahmen in Schulen beschäftigt haben. Die angesprochenen Themen reichen von Bewegungsförderung („Die bewegte Schule“) über die Vorbereitung der Schülerinnen und Schüler aufs Betriebspraktikum bis hin zur Lehrgesundheit und weiterer Integration des Arbeitsschutzes in die Aus- und Fortbildung von Lehrerinnen und Lehrern und Schulleiterinnen und Schulleitern. Zum Teil wurden auch schon konkrete landesbezogene Umsetzungen beraten. Hierzu gehörte etwa die Berücksichtigung von Sicherheit und Gesundheit bei der Fortschreibung der Bildungspläne oder die Initiierung eines Pilotvorhabens „Energieeffiziente, energetisch nachhaltige und lernförderliche Schulgebäudesanierung“, mit dem aufgezeigt werden soll, wie bei einer energetischen Sanierung von Schulgebäuden auch Verbesserungen in Klassenzimmern und Lehrerzimmern erreicht werden können.

Hilfen für die Praxis

Aus den vorhandenen Informationsmaterialien zum Thema Sicherheit und Gesundheit wurden im Rahmen des Arbeitsprogramms solche ausgewählt, die Lehrkräfte beim Vorbereiten und Durchführen von Unterrichtsstunden fachlich unterstützen und altersentsprechend auf Schülerinnen und Schüler ausgelegt

sind. So wurden das „Unterrichtskonzept für Lehrkräfte – Tatort Ohr“ der Unfallkasse Hessen, die „Lehrerhandreichung Lärm und Gesundheit (5. – 10. Klassen)“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA und das Lehr- und Lernprogramm mit Hörtest „Lärm und Gehörschutz“ der DGUV exemplarisch ausgewählt und bei der Bildungsmesse Didacta 2012 auf dem Stand der DGUV angeboten.

Das Schulportal der DGUV – Lernen und Gesundheit – stellt Lehrkräften an berufs- und allgemeinbildenden Schulen, anderen Bildungseinrichtungen sowie sonstigen Auszubildenden und Dozenten praxisnahe Unterrichtsmaterialien zur Verfügung (siehe **Abbildung 2**). Sie umfassen klar strukturierte didaktische und methodische Hinweise (Lernziele, Kompetenzen, Unterrichtsverlauf, Arbeitsmethoden, Möglichkeiten der Ergebnissicherung) sowie Hintergrundinformationen für die Lehrkraft. Lehr- und Lernmaterialien wie Arbeitsblätter, Schülertexte, Schaubilder, Foliensätze, Videos und eine Mediensammlung vervollständigen das Angebot.

Begleitet wird das GDA-Arbeitsprogramm Schulen durch einen Internetauftritt, der schrittweise ausgebaut wird. Hier werden Beschreibungen und Präsentationen zu den entwickelten Maßnahmen zur Verfügung gestellt. Er ist Teil eines Netzwerks, um Sicherheit und Gesundheitsschutz in Schulen zu fördern.

Ausblick

Die Sensibilisierung von Schülerinnen und Schülern zum Thema Sicherheit und Gesundheitsschutz in Schulen ist ein längerfristiger Prozess. Informationsmaterialien sollen verwendet und zusammengeführt und bestehende Netzwerke miteinander in Kontakt gebracht werden. So kann zum Beispiel das Spitzengespräch DGUV-KMK-LASI als Steuerungsgremium das angestrebte Ziel weiter unterstützen, ebenso wie ein jährlicher Erfahrungsaustausch der Unfallkassen, Kultusministerien und Sozialministerien in Kooperation mit der DGUV-Tagung „Gu-

te Gesunde Schule“, die vom Fachbereich Bildungseinrichtungen der DGUV geleitet wird.

Durch die Zusammenarbeit aller Akteure im Bereich Sensibilisierung von Schülerinnen und Schülern in Schulen wird ein Beitrag zu nachhaltig wirkenden Verbesserungen für Sicherheit und Gesundheitsschutz und der Bildung geleistet. ●

Autoren

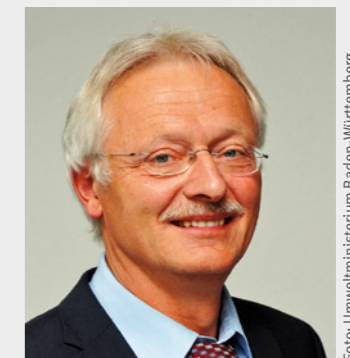


Foto: Umweltministerium Baden-Württemberg

Josef Kreuzberger

Leiter des GDA-Arbeitsprogramms Schulen, Ministerium für Umwelt, Klima und Energiewirtschaft Baden-Württemberg
E-Mail: josef.kreuzberger@um.bwl.de



Foto: Eugen Oskamp, Steinfurt

Dr. Heinz Hundeloh

Stellvertretender Leiter des GDA-Arbeitsprogramms Schulen, Unfallkasse Nordrhein-Westfalen
E-Mail: h.hundeloh@unfallkasse-nrw.de

Die Fachbereiche der DGUV stellen sich vor

Handel und Logistik

Der Fachbereich „Handel und Logistik“ ist einer der Fachbereiche der DGUV. Seine Federführung liegt bei der Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution (BGHW).

Die Aufgabenschwerpunkte des Fachbereichs „Handel und Logistik“ liegen in vier verschiedenen Sachgebieten:

- Bauliche Einrichtungen und Handel
- Fördern, Lagern, Logistik im Warenumsatz
- Physische Belastungen
- Zustellung und stationäre Bearbeitung von Postsendungen

In den Sachgebieten arbeiten Aufsichtspersonen und andere Präventionsfachleute der Unfallversicherungsträger, Vertreter der DGUV und ihrer Institute, Vertreter der Sozialpartner, der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA), Vertreter der Hersteller und Betreiber sowie besondere Sachverständige. Sie bilden so ein Netzwerk thematisch abgestimmter Kompetenzen mit ausgewiesenen Experten.

Das Sachgebiet „Bauliche Einrichtungen und Handel“ beschäftigt sich mit folgenden Themenfeldern:

- Leitern, Tritte, ortsfeste Arbeitsbühnen
- Fußböden, Rampen, Treppen
- Fenster, Türen, Tore
- Verkaufsstellen
- Fahrtreppen, Fahrsteige
- Tankstellen, Fahrzeugwaschanlagen

Als akkreditierte Prüf- und Zertifizierungsstelle „Handel und Logistik“ im Verbund „DGUV Test“ führt das Sachgebiet Baumusterprüfungen durch. Nach erfolgreicher Prüfung werden Prüfbescheinigungen (Zertifikate) ausgestellt.

Das Sachgebiet „Fördern, Lagern, Logistik im Warenumsatz“ ist für nahezu alle Tätigkeiten und Geräte zuständig, die sich im innerbetrieblichen Transport und Wa-

renumschlag finden:

- Flurförderzeuge
- Geräte und Anlagen zur Regalbedienung
- Hebebühnen
- Ladebrücken
- Lagereinrichtungen und Lagergeräte
- Logistik im Warenumsatz
- Ballenpressen
- Stetigförderer
- Elektro- und Automatisierungstechnik in der Logistik
- Hafenarbeit

Die Mitarbeiter der Sachgebiete „Fördern, Lagern, Logistik im Warenumsatz“ und „Bauliche Einrichtungen und Handel“ sind zudem in außerberufsgenossenschaftlichen Ausschüssen wie dem Deutschen Institut für Normung (DIN), in der Europäischen Normungsorganisation (CEN) oder in der Internationalen Normungsorganisation (ISO) aktiv.

Das Sachgebiet „Physische Belastungen“ untersucht in Kooperation mit externen Gremien und Fachleuten Tätigkeiten im Unternehmen im Hinblick auf Gesundheitsgefahren durch Muskel-Skelett-Belastungen. Die Schwerpunkte sind:

- manuelle Lastenhandhabungen
- Arbeiten in erzwungenen Körperhaltungen
- Arbeiten mit erhöhter Kraftanstrengung und/oder Krafterwirkung
- repetitive Tätigkeiten mit hoher Handhabungsfrequenz

Das Aufgabenspektrum des Sachgebietes „Zustellung und stationäre Bearbeitung von Postsendungen“ umfasst:

- Transportieren, Handhaben, Sortieren und Kommissionieren sowie Auslieferung von Brief-, Paket- und sonstigen Postsendungen

Fachbereiche der DGUV

Die Mitgliederversammlung der DGUV hat im Mai 2011 den neuen DGUV Grundsatz 401 „Fachbereiche und Sachgebiete der DGUV“ beschlossen. Die neue Organisationsstruktur sieht 15 Fachbereiche vor und deckt das ganze Spektrum der Branchen, Betriebe, Verwaltungen und Bildungseinrichtungen ab. DGUV Forum stellt beginnend mit der Ausgabe 5/2012 die neuen Fachbereiche vor.

- Arbeiten an Maschinen und Anlagen, sowie Umgang mit Transportmitteln und Arbeitsmitteln bei den oben genannten Tätigkeiten

Diese Tätigkeiten werden vom Sachgebiet in Unternehmen mit Kurier-, Express- und Postdienstleistungen im Hinblick auf branchenspezifische Gefährdungen von Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit untersucht und die notwendigen Regelungen und Informationen erarbeitet. ●

Autor



Dr. Hans-Peter Kany
Leiter des Fachbereichs Handel und Logistik der DGUV
E-Mail: hp.kany@bghw.de

Foto: BGHW

Die Fachbereiche der DGUV stellen sich vor

Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege



Die Vertreter im Fachbereich Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege vor der BGW-Hauptverwaltung gehen optimistisch ihre neuen Aufgaben an.

Der Fachbereich Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege ist ein branchenübergreifender Fachbereich im Kompetenz-Netzwerk Prävention. Im November 2011 hat er die Arbeit aufgenommen.

Personen, die sich im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder im Wellnessbereich um das Wohl der Patienten, Klienten oder Gäste kümmern, sind bei Unfallversicherungsträgern gegen Arbeitsunfall und Berufskrankheit versichert. Sie können Beschäftigte, ehrenamtlich Tätige, pflegende Angehörige oder Teilnehmer einer Arbeitsförderungsmaßnahme sein. Schüler sind während des Schwimmunterrichts ebenfalls in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert. Im Folgenden wird für alle der Begriff „Versicherte“ verwendet. Im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege wirken viele Gefährdungen und Belastungen, zum Beispiel:

- Kontakt zu Infektionserregern ist oft kaum vermeidbar.
- Das Mobilisieren pflegebedürftiger Patienten kann den Rücken der Versicherten überlasten.
- Wochenend-, Schicht- und Nachtarbeit können die Gesundheit der Versicherten beeinträchtigen.
- Die Unzufriedenheit der Patienten oder Klienten mit ihrer augenblicklichen Lebenssituation kann sich in verbalen oder tätlichen Übergriffen auf

Versicherte äußern. Andererseits kann auch die Ohnmacht der Versicherten gegenüber menschlichem Leid zu psychischen Fehlbelastungen führen.

- Medikamente, Hilfsstoffe der Medizin sowie physikalische Verfahren wie zum Beispiel Röntgen, Laser, NMR können bei Fehlanwendung oder mangelnden Schutzmaßnahmen Versicherte gefährden.

In Bädern wie Hallen-, Frei- und Erlebnisbädern, Kur-, Schul-, Hotel- oder medizinischen Bädern sowie Wellnessrichtungen, zum Beispiel Saunen, sind Versicherte neben biologischen, chemischen und physikalischen Gefährdungen auch mit technischen und organisatorischen Herausforderungen konfrontiert. Dazu gehören

- eine ausreichende Rutschhemmung bei Bodenbelägen in nassen Barfußbereichen,
- ein sicherer Betrieb der Wasseraufbereitungsanlagen,
- das Bereitstellen geeigneter Schwimmbadgeräte und
- die Gewährleistung eines sicheren Badebetriebs.

Für alle Versicherten in den oben genannten Bereichen trifft der Fachbereich Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege fundierte Aussagen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz – ganz nach dem Motto „einer für alle“. Im Fachbereich kommen Vertreter der Unfallversicherungsträger, der Sozialpartner, Berufsverbände und weiterer berührter Kreise zusammen. Er löst den früheren gleichnamigen Fachausschuss und die frühere Fachgruppe „Gesundheitsdienst“ ab. Die Federführung des Fachbereichs und die Geschäftsstelle liegen bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Der Fachbereich gliedert sich in die Sachgebiete „Gesundheitsdienst“, „Wohlfahrtspflege“ und „Bäder“. Für das Sachgebiet „Bäder“ ist die Kommunale Unfallversicherung Bayern federführend. Die Geschäftsstelle dieses Sachgebiets hat die DGUV übernommen. Der Fachbereich hat sich am 29. November 2011 konstituiert, siehe Bild. ●

Autor

Engelbert Drerup,
Leiter des Fachbereichs Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege der BGW
E-Mail: engelbert.drerup@bghw-online.de



Die Fachbereiche der DGUV stellen sich vor

Rohstoffe und chemische Industrie

Im Fachbereich „Rohstoffe und chemische Industrie“ (FB RCI) der DGUV werden unter der Federführung der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI) neben den spezifischen Themen der hier versicherten Branchen auch Querschnittsthemen wie zum Beispiel Laboratorien, biologische Arbeitsstoffe, Gefahrstoffe, mineralische Stäube sowie Arbeiten in engen Räumen nach dem Motto „einer für alle“ behandelt.

Der Fachbereich bearbeitet alle Fragen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes in seinem Zuständigkeitsbereich unter der Leitung von renommierten Experten aus der Prävention fachlich sowie inhaltlich in folgenden 17 Sachgebieten:

1. Maschinen der chemischen Industrie
2. Mineralische Rohstoffe
3. Baustoffe und Bindemittel
4. Gesundheitsgefährlicher mineralischer Staub
5. Papierherstellung und Ausrüstung
6. Glas und Keramik
7. Gefahrstoffe
8. Biologische Arbeitsstoffe
9. Anlagen und Verfahren in der chemischen Industrie
10. Sprengarbeiten
11. Explosionsschutz
12. Explosionsgefährliche Stoffe
13. Laboratorien
14. Polstereianlagen und -maschinen
15. Druckanlagen und Anlagen für Gase
16. Behälter, Silos und enge Räume
17. Lederherstellung

Die vom Fachbereich Rohstoffe und chemische Industrie erarbeiteten Leistungen und Produkte sind vielfältig und reichen von der Erarbeitung, Pflege und Ausle-

gung des DGUV Vorschriften- und Regelwerks bis hin zur Durchführung von Fachveranstaltungen für Sachverständige. Die Arbeit erfolgt in zeitlich befristeten Projektgruppen. Diese werden von Obleuten geleitet, die über große praktische Erfahrung und umfassendes Zusammenhangswissen verfügen. Bei der Besetzung der Projektgruppen sind die Praktiker und Fachleute gefragt und es wird auf interdisziplinäre Ausgewogenheit geachtet. Um eine höchstmögliche Akzeptanz und Anwendbarkeit der Ergebnisse und Produkte zu erzielen, werden insbesondere auch die betroffenen Kreise in die Arbeiten eingebunden. Die Kompetenzen der Obleute und Projektgruppen werden genutzt, um Anfragen an den Fachbereich auf Expertenniveau zu beantworten.

Der Fachbereich Rohstoffe und chemische Industrie unterhält in seinem Zuständigkeitsbereich auch eine Prüf- und Zertifizierungsstelle. Zu deren Leistungen zählen neben einem umfangreichen Beratungsangebot insbesondere auch die Prüfung und Zertifizierung von Betriebsmitteln nach dem Produktsicherheitsgesetz (Erteilung des GS-Zeichens beziehungsweise des DGUV-Test-Zeichens), die Zertifizierung von Produkten nach EG Richtlinien (EG-

Baumusterprüfungen) sowie die Prüfung und Zertifizierung von Teilaspekten (zum Beispiel Lärm, Emissionen, Ergonomie).

Der Fachbereich Rohstoffe und chemische Industrie hat sich am 7. und 8. März in Heidelberg konstituiert und damit seine Arbeit aufgenommen. ●

Autor



Foto: BG RCI

Helmut Ehnes

Leiter des Fachbereichs Rohstoffe und chemische Industrie, sowie Leiter Prävention, Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI)
E-Mail: helmut.ehnes@bgrci.de

Über 35 x in Deutschland:



Viele neue Möglichkeiten?

Kennen Sie die neuen Möglichkeiten, die Ihnen Arbeitsbühnen heute bieten? Möglichkeiten die Ihnen Zeit, Geld und Nerven sparen? Fragen Sie doch einfach einmal einen unserer Spezialisten.

Bei Gardemann haben Sie die Wahl unter 4.000 Arbeitsbühnen. Eine unserer über 35 Mietstationen ist auch in Ihrer Nähe. Und kompetente Beratung sowie zuvorkommender Service werden bei uns groß geschrieben.

Möchten Sie über die neuen Einsatzmöglichkeiten informiert werden? Dann schicken Sie eine Mail oder rufen Sie uns einfach an.

Und schon können Sie sagen: Gardemann gefragt. Erledigt. Haken dran.

Gardemann
Der bundesweite Mietservice
HochProfessionell

Gardemann Arbeitsbühnen GmbH
Weseler Straße 3a • 46519 Alpen
freecall 0800 3 227 227
info@gardemann.de • www.gardemann.de



Deutsch-indischer Austausch in Sachen Arbeitsschutz im Bausektor

Ein weiterer Schritt zu mehr Arbeitssicherheit

Maharashtra führt Präventionsregeln nach deutschem Vorbild ein

Neben den beiden anderen BRIC Staaten¹ China und Brasilien wird Indien aufgrund seiner überdurchschnittlichen Wachstumsraten als ein „Boomland“ wahrgenommen, das selbst die Finanz- und Wirtschaftskrise 2008/09 nahezu unbeschadet überstanden hat. Auch wenn die rasante wirtschaftliche Entwicklung derzeit ein wenig gebremst ist², Indien gilt aufgrund der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung sowie seiner Stärken vor allem im Dienstleistungsbereich nach wie vor als „Wachstumsmotor der Zukunft“ und hat Experten zufolge das Potenzial einer kommenden Weltmacht.

Die aktuellen wirtschaftlichen Herausforderungen Indiens liegen in Kapazitätserweiterungen bei der Energieversorgung sowie dem zügigen Ausbau der Infrastruktur. Das liegt auch im Interesse deutscher Unternehmen, die in Indien tätig sind. Deutschland ist Indiens wichtigster Handelspartner in der Europäischen Union. Als Lieferant sowie

Abnehmer indischer Waren belegt es den achten Platz und steht in Punkto Direktinvestitionen ebenfalls an achter Stelle.³

Gute Beziehungen

Neben den traditionell guten politischen Beziehungen beider Länder – derzeit werden mit dem Deutschlandjahr in Indien und den Days of India in Deutschland die

60jährigen diplomatischen Beziehungen gefeiert – hat sich in den vergangenen Jahren auch eine enge Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes und der Absicherung gegen Arbeitsunfälle entwickelt.

Basis hierfür ist das im Jahr 2010 abgeschlossene dreiseitige Memorandum zwi-

schen der DGUV, dem indischen Bundesstaat Maharashtra und dem indischen National Safety Council.⁴ Die Verbesserung des Arbeitsschutzes in Indien ist neben dem gegenseitigen Wissens- und Erfahrungsaustausch sowie der Durchführung gemeinsamer Projekte ein zentraler Bestandteil des Memorandums.

Deutsches Präventions-Know-how für indische Baustellen

Auf der Grundlage des Memorandums fand im Februar 2011 ein deutsch-indischer Expertenaustausch in Maharashtra statt, der in einer ersten Stufe zu einer Fokussierung auf den Bausektor führte.⁵ Der Bausektor in Indien ist sehr unfallträchtig, zehntausende Tote jedes Jahr sprechen für sich. Beschäftigte im Bau waren in der Vergangenheit jedoch weder durch Regeln zum Arbeitsschutz noch zur sozialen Absicherung geschützt. Nun zeichnet sich eine geänderte Politik ab. Sowohl die indische Bundesregierung als auch die Regierungen der Bundesstaaten möchten die Lebens- und Arbeitsbedingungen gerade im Bausektor verbessern.

Das Arbeitsinspektorat Maharashtra führte aus diesem Grunde erstmals im Juli

„Die Globalisierung der Märkte, gerade auch im Baubereich, erfordert auch Strategien im Arbeits- und Gesundheitsschutz, die expandierende Länder wie Indien an nationalen, aber auch europäischen Arbeitsschutzverfahren teilhaben lassen. Es ist mittlerweile selbstverständlich, dass deutsche sowie europäische Fachkräfte im Baubereich von ihren Unternehmen in Länder entsandt werden, in denen es an Regelungen und Überprüfungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz fehlt oder diese zu verbessern sind. Die Initiative der DGUV sowie der BG BAU ist zu begrüßen und zu unterstützen, da hier wie übrigens in anderen Bereichen ein Wissenstransfer stattfinden kann, von dem nicht nur entsandte Fachkräfte, sondern vielmehr auch die im Baubereich beschäftigten Fachkräfte in Ländern wie zum Beispiel Indien partizipieren werden.“

Peter Heinrich, Health & Safety Manager Eurovia International
Dr. Oliver Polanz, Leiter Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz Center, HOCHTIEF Solutions AG
Frank Becker, Leiter HSEQ, Bilfinger Berger Civil

2011 mit Unterstützung der BG BAU mehrere Schulungsworkshops mit circa 400 Teilnehmern aus dem Management von Baubetrieben sowie Sicherheitsfachkräften und Arbeitsinspektoren durch.

Arbeitsschutzregeln für den Bausektor nach deutschem Vorbild

Sowohl die in den bausepezifischen Schulungsworkshops vermittelten Kenntnisse

als auch die vor Ort geführten Gespräche zeigten einen unmittelbaren Effekt. Die Verantwortlichen in der Regierung des Bundesstaats Maharashtra waren derart überzeugt, dass sie im Dezember 2011 neue Arbeitsschutzbestimmungen einführen, die nunmehr Richtlinien für den Bausektor vorschreiben (Guidelines for Employers under Building and other Construction Workers).

Bau eines Hochhauses in Mumbai



Bewehrungsarbeiten bei einem Brückenbauwerk



Die Richtlinien orientieren sich dabei an den Präventionsvorschriften der deutschen Unfallversicherung im Baubereich. Zudem stellte das Arbeitsinspektorat Maharashtra speziell für den Baubereich 60 neue Inspektoren ein, die Einstellung weiterer 300 Inspektoren befindet sich derzeit in Vorbereitung.

Diese kurzfristig eingeleiteten Maßnahmen zeugen angesichts der indischen Bürokratie von Flexibilität und Handlungsbereitschaft, zeigen aber auch die Dringlichkeit des Handlungsbedarfs auf. Eine Handlungsbereitschaft, die Früchte tragen wird, denn schon jetzt ist absehbar, dass die neuen Regelungen maßgeblich zu Verbesserungen im Arbeitsschutz im Baubereich beitragen werden. Ehrgeiziges Ziel der Regierung von Maharashtra ist es, die tödlichen Unfälle innerhalb von drei Jahren zu halbieren.

Während der stark intensivierten Aktivitäten im Baubereich fanden im Januar 2012 weitere Workshops statt.



Typischer Bauarbeiter „ohne alles“



Workshop Arbeitssicherheit im Baubereich in Mumbai



Reges Interesse an den deutschen Präventionsvorschriften für den Baubereich

In Chennai, im Bundesstaat Tamil Nadu, kamen anlässlich des Workshops „Accident Prevention Strategies & Social Security in the Construction Sector“ erstmals die verantwortlichen Vertreter von Behörden und Unternehmen sowie

Sicherheitsexperten aus der Region zusammen. Der zweitägige Workshop der DGUV sowie des National Safety Council mit rund 150 Teilnehmern war offizieller Programmbestandteil des Deutschlandjahres in Indien.

Im Anschluss an Chennai fanden zwei durch das Arbeitsinspektorat Maharashtra mit Unterstützung der DGUV und der BG BAU organisierte Workshops in Mumbai (Maharashtra) statt. Der erste Workshop mit 60 Teilnehmern diente der Ausbildung der neuen Bauinspektoren. Es fiel auf, dass die Teilnehmer extrem interessiert und gut vorgebildet waren.

Im Fokus des Workshops stand die Bedeutung eines einheitlichen und konsequenten Vorgehens der Inspektoren, um schnell eine Änderung der Unfall-situation in Maharashtra herbeiführen zu können. Angedacht ist, dass zwei bis drei Inspektoren nach Deutschland kommen, um bei einem gemeinsamen Außendienst mit den Aufsichtspersonen der BG BAU praktische Erkenntnisse für die Um- und Durchsetzung von Arbeitsschutzregelungen zu gewinnen. Das Vorhaben soll zwei Wochen dauern.

Der zweite Workshop unter dem Titel „Interactive Seminar on safety issues for building and other construction workers“ richtete sich an rund 150 Vertreter von Unternehmen sowie Projektleiter. Während der intensiven Diskussionen äußerten die Teilnehmer insbesondere aufgrund der geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen Bedarf für weitere derartige Veranstaltungen.

Internationales Engagement für Prävention der richtige Weg

Die jüngsten Entwicklungen zeigen, dass die Position der Selbstverwaltung der DGUV, sich international für die Prävention einzusetzen, der richtige Weg ist.⁶ Letztlich verhelfen die neuen Arbeitsschutzvorschriften im indischen Baubereich nicht nur zu mehr Sicherheit im Bau sondern dienen auch einer Annäherung der Wettbewerbsbedingungen. Hier von profitieren Unternehmen und Versicherte sowohl in Deutschland als auch in Indien.

Die deutsch-indische Kooperation entwickelt sich auf dieser Grundlage weiter, Themen sind die Wirtschaftlichkeit von Präventionsmaßnahmen, Konzepte für Trainings- und Ausbildungsmaßnahmen, die Implementierung des Projektes „Life Long Learning“ sowie Fragen des Aufbaus einer sozialen Absicherung bei Arbeitsunfällen. So besuchte der Generaldirektor des National Safety Council, V. B. Sant⁷ im März 2012 das Institut für Arbeits- und Gesundheitsschutz der DGUV in Dresden, um an einem Workshop des Projektes Return on Prevention teilzunehmen und sich über die Ausbildungs- und Trainingsaktivitäten zu informieren. In Sankt Augustin standen die Präventionsaktivitäten der DGUV sowie ein Besuch des DGUV Instituts für Arbeitsschutz auf dem Programm. ●

„Indien ist ein Land der Gegensätze. Mit 1,1 Milliarden Menschen eines der bevölkerungsreichsten Länder der Welt. Die größte Demokratie der Welt, die Softwareschmiede der Welt und vielleicht bald eine der stärksten Wirtschaftsnationen. Indien ist aber auch das Land, in dem mehr als 90 Prozent der Erwerbstätigen in prekären Beschäftigungsverhältnissen tätig sind, in dem Kinderarbeit normal ist, in dem soziale Sicherheit für Millionen Menschen bisher ein unerfüllter Traum geblieben ist. Nirgendwo auf der Welt sind die Gegensätze zwischen Arm und Reich, zwischen Hochtechnologie und einfachste handwerkliche Praktiken so groß wie in Indien.“

Indien entwickelt sich sowohl politisch als auch wirtschaftlich zu einer der führenden Nationen der Welt. Unser Interesse muss es sein, dass sich die Arbeits- und Lebensbedingungen der Menschen parallel dazu in gleichem Tempo verbessern. Dazu müssen sowohl Politik als auch Wirtschaft und Gewerkschaften ihre Beiträge leisten. Deshalb ist Beitrag der DGUV und der BG BAU zu begrüßen eine bewährte Struktur zu schaffen um im Rahmen internationaler Zusammenarbeit den Arbeits und Gesundheitsschutz zu verbessern.

Außerdem ist es weiterhin noch wichtig die indischen Kolleginnen und Kollegen und deren Gewerkschaften bei der Sicherung von Arbeitnehmerrechten und dem Aufbau sozialer Sicherungsstrukturen zu unterstützen.“

Gerhard Citrich, Branchensekretär Bauwirtschaft, Arbeits- und Gesundheitsschutz Sicherheitsfachkraft, Bundesvorstand IGBAU

*

- 1 Zimmer, S.: Europa, BRIC und Next Eleven, Die internationalen Handlungsfelder der DGUV, DGUV Forum 11/2011, S. 8 ff.
- 2 Deutsch-Indische Handelskammer, Indien im Fokus 2012, S. 4 ff.
- 3 Länderinformationen Auswärtiges Amt Indien, Stand April 2012: www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/Indien/Bilateral_node.html.
- 4 Höffer, E.-M.: Grundstein für Zusammenarbeit im Arbeitsschutz, Indien, DGUV Forum, 6/2010, S. 32 ff.
- 5 Höffer, E.-M.: Kooperation gegen Arbeitsunfälle, DGUV Forum 11/2011, S. 11.
- 6 Positionspapier der Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention, 2008.
- 7 Siehe hierzu das Interview: Im Gespräch mit V. Sant, Generaldirektor NSC: „Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz ins Bewusstsein rücken“ DGUV Kompakt April/Mai 2012, S. 3.

Autoren



Foto: BG BAU

Eva-Marie Höffer

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



Foto: BG BAU

Karl-Heinz Noetel

Leiter Stabsbereich PSA und besondere DGUV-Kooperationen der BG BAU
E-Mail: karl-heinz.Noetel@bgbau.de

Formtexte der DGUV

Lassen Sie sich gerne belehren?

Wie Berufsgenossenschaften und Unfallkassen ihre Korrespondenz ansprechend und verständlich formulieren

Die DGUV stellt den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen für ihre Korrespondenz Mustertexte zur Verfügung. Damit erhalten die UV-Träger für die Standardschreiben im Leistungsbereich wie die Ermittlung von Sachverhalten, Gutachtaufträge oder Entscheidungen qualitätsgesicherte Vorlagen. Mit dieser Aufgabe befasst sich der Arbeitskreis (AK) Formtexte der DGUV. Er hält den Bestand an DGUV-Formtexten aktuell. Dies betrifft nicht nur Änderungen im Unfallversicherungsrecht. Viele andere Anforderungen sind ebenfalls zu berücksichtigen, wenn die Mustertexte ihren Zweck erfüllen sollen: mit den vielfältigen Partnern – Versicherte, Unternehmer, behandelnde Ärzte, medizinische Gutachter – angemessen zu kommunizieren.

Kommen wir zurück zur Ausgangsfrage: Lassen Sie sich gerne belehren? Der Gesetzgeber scheint die Unfallversicherungsträger zu verpflichten, die Empfänger ihrer Entscheidungen (Bescheide, Widerspruchsbescheide) zu „belehren“. Unter der Überschrift „Rechtsmittelbelehrung“ regelt § 66 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz sinngemäß Folgendes: Die Frist von einem Monat für den Widerspruch gegen einen Bescheid oder für die Klage gegen einen Widerspruchsbescheid beginnt nur dann zu laufen, wenn die Betroffenen über den Rechtsbehelf und einige Modalitäten hierzu „belehrt worden“ sind. Bis vor einigen Jahren setzten die Mustertexte der Spitzenverbände der Unfallversicherung diese Regelung unmittelbar um: Am Ende jedes Bescheid-Formtextes fand sich eine Rechtsbehelfsbelehrung.



Viele Formtexte dienen der Information der UV-Träger über Arbeitsunfälle oder den Gesundheitszustand der Versicherten.

Dann aber wurde im AK Formtexte die Frage gestellt: Sollen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen weiterhin diesen wenig ansprechenden Rechtsbegriff verwenden? Oder steht es ihnen als modernen Dienstleistern besser an, die Betroffenen über „Ihre Rechte“ zu informieren und nicht etwa zu belehren? Der AK Formtexte hat sich schon vor vielen Jahren für diese modernere Sicht entschieden. Allen UV-Trägern empfiehlt die DGUV, anstelle der gesetzlichen Formulierung „Rechtsbehelfsbelehrung“ die kürzere, ansprechendere und verständlichere Formulierung „Ihre Rechte“ zu verwenden. Der sprachliche Ausdruck signalisiert: Die Unfallversicherung wendet sich nicht verwaltungsmäßig belehrend an die Betroffenen, sondern kommuniziert partnerschaftlich mit ihnen auf Augenhöhe und gibt ihnen Gelegenheit, sich über ihre Rechte zu informieren.

Diese Geschichte hat eine aktuelle Fortsetzung: Mittlerweile können Klagen bei den Sozialgerichten grundsätzlich auch elektronisch erhoben werden. Der AK Formtexte hatte sich deswegen im Jahr 2011 mit der Frage zu beschäftigen: Muss hierauf in den Bescheiden ausdrücklich

hingewiesen werden? Die rechtliche Analyse ergab: Auch die elektronische Einlegung erfolgt schriftlich; sie ist mithin von der bisherigen Formulierung, dass Klage „schriftlich oder zur Niederschrift“ einzu legen ist, abdeckt. Der AK Formtexte hat – obwohl nicht zwingend erforderlich – beschlossen, die entsprechenden Formulierungen in den Mustertexten zu ergänzen, um über diese neue Möglichkeit zu informieren. Die Sache hat aber einen Haken: Noch lange nicht alle Sozialgerichte haben sich auf den elektronischen Empfang von Klagen eingerichtet. Die Formtexte sollen daher über die elektronische Möglichkeit allgemein zu informieren, verbunden mit einem Hinweis auf eine zentrale Internetseite. Aus dieser können die Betroffenen erfahren, ob das zuständige Sozialgericht sich bereits hierauf eingerichtet hat.

Die Beispiele machen deutlich: Der AK Formtexte hat viele Aspekte in komplexer Weise zu berücksichtigen:

- Natürlich müssen die Mustertexte sachlich und rechtlich zutreffen. Wie das Beispiel zeigt, bedeutet rechtliche Richtigkeit aber keine sklavisches Bindung an gesetzliche Formulierungen.

- Die Texte müssen klar und verständlich sein. Wird ein Mustertext eingesetzt, um den im Einzelfall relevanten Sachverhalt zu ermitteln, müssen ihn die Adressaten leicht verstehen. Andernfalls kommt es zu unnötigen Missverständnissen oder Rückfragen und damit im besseren Fall zur Verzögerung des Verfahrens, im schlechteren Fall zu einer falschen Entscheidung.

- Die Texte sollen so kurz wie möglich sein. Jeder weiß aus eigener Erfahrung: Behördliche Fragebögen, die sich über Seiten hinziehen und bei denen viele Ankreuzkästchen ohne jede Relevanz für einen selbst sind, stehlen einem unnötig Zeit. Der Datenschutz fordert zu Recht: Es dürfen nur die im Einzelfall erforderlichen Daten erhoben werden, Datenerhebung auf Vorrat ist verboten. Andererseits müssen Verständlichkeit und Kürze in Einklang miteinander gebracht werden.

- Die Texte sollen die Betroffenen – hier geht es vor allem um die Versicherten – so individuell wie möglich ansprechen. Dazu gehört auch, die Texte geschlechtergerecht zu gestalten: Frauen und Männer sollen sich als solche angesprochen fühlen.

- Aktuell betont die UN-Behindertenrechtskonvention: Die Texte sollen den Belangen behinderter Menschen gerecht werden. Unter anderem bedeutet dies: Auch Menschen mit geistigen Behinderungen sollen in der Lage sein, die Texte zu verstehen. Die Verwendung „einfacher Sprache“ kann hierzu beitragen.

Um diese Anforderungen zu erfüllen, überarbeitet der AK Formtexte derzeit den gesamten Bestand an Formtexten. Im Zusammenhang mit einer grundlegenden technischen Umstellung der Mustertexte (Modularisierung) bearbeitet er die Bescheide sowie die dazugehörigen Erläuterungen. Ziel ist: Die Texte sollen vor allem verständlich und versichertenfreundlich formuliert werden. Dass eine solche Verbesserung notwendig und sinnvoll ist, zei-

gen Nachfragen von Versicherten. Wenn sie die an sie gerichteten Bescheide missverstehen, kann sie das veranlassen, ohne eigentlichen sachlichen Grund Widersprüche und Klagen zu erheben.

Unabhängig von der Art eines Textes erschweren bestimmte Formulierungen das Verständnis; folgende „Verständnishemmer“ finden sich immer noch häufig:

- Passivformulierungen sind schwieriger zu verstehen als Formulierungen im Aktiv. Aktive Formulierungen sind ansprechender und persönlicher.

- Substantivierte Verben wie zum Beispiel „Erledigung“ oder „Mitteilung“ gehen häufig mit Passivkonstruktionen einher. Sie erschweren das Verständnis genauso wie Verbindungen aus solchen Hauptwörtern und Verben (Funktionsverbgefüge), wie zum Beispiel „Erledigung ist erfolgt“ oder „Mitteilung ist ergangen“.

- Eingebettete Nebensätze erschweren das Verständnis, weil die Sätze sehr lang werden (können).

- Indirekte Aufforderungen wie „Es wird um Mitteilung gebeten“ sind unpersönlich, sie sprechen die Adressaten nicht direkt an.

- Abkürzungen und Fremdwörter behindern den Lesefluss und erschweren das Verständnis, vor allem wenn es sich um wenig bekannte Begriffe handelt.

- Wie bei den indirekten Aufforderungen gehen Formulierungen mit dem Personalpronomen „es“ häufig mit Passivkonstruktionen einher (es wird betont, dass ...). Sie tragen ebenfalls zu einem unpersönlichen Stil bei.

Der AK Formtexte hat es sich vorgenommen, diese Verständnishemmer aus den Bescheiden und den dazugehörigen Erläuterungen zu verbannen und die Inhalte ansprechend und verständlich zu formulieren. Einige Beispiele alter und neuer

Formulierungen aus den Bescheiden und den Bescheiderläuterungen sollen zeigen, wie dies gelingen kann:

- Im bisherigen „Bescheid über Pflegegeld“ findet sich folgende Formulierung:

„Solange Sie infolge des Versicherungsfalls so hilflos sind, dass Sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang der Hilfe bedürfen, wird nach § 44 Abs. 1 SGB VII Pflegegeld gezahlt, eine Pflegekraft gestellt oder Heimpflege ermöglicht.“

Die Formulierung war zu unpersönlich, schwer verständlich und viel zu lang (Schachtelsatz). All dies kann ohne Abstriche bei den Inhalten in Zukunft wie folgt formuliert werden:

„Pflegegeld erhalten Sie, solange Sie infolge des Versicherungsfalls für die Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang Hilfe brauchen.“

- Die Formulierung im „Bescheid über Herabsetzung oder Entziehung der Rente“ lautete bisher wie folgt:

„Sehr geehrte ..., die aufgrund der ärztlichen Befunde festgestellten Folgen des Versicherungsfalls bedingen nach unserer Überprüfung und Wertung

nur noch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von ___ Prozent
 keine rentenberechtigende Minderung der Erwerbsfähigkeit mehr.“

Die Formulierung spricht die Betroffenen ebenfalls nicht persönlich an und packt eine komplexe Aussage in einen langen Satz. Die neue Formulierung ist zwar etwas länger, spricht aber die Betroffenen mit dem ersten Satz persönlich an und vermeidet eine Überfrachtung, indem die Aussagen in zwei Sätze aufgeteilt werden: ▶

Rechtsbehelfsbelehrung**Allgemeines**

Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Klage erheben (§§ 77 ff. des Sozialgerichtsgesetzes – SGG). Bei Versendung durch einfachen oder eingeschriebenen Brief gilt der Bescheid mit dem dritten Tag nach Aufgabe zur Post als bekanntgegeben, es sei denn, daß er zu einem späteren Zeitpunkt zugegangen ist. Bei Zustellung mit Postzustellungsurkunde oder gegen Empfangsbekanntnis ist der Tag der Bekanntgabe der Tag der Zustellung. Wird Klage nicht erhoben, wird der Bescheid bindend.

Klage

Die Klage ist schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundenbeamten der Geschäftsstelle bei dem für den Wohnsitz zuständigen und umstehend bezeichneten Sozialgericht einzureichen. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist die Klage bei dem für den Aufenthaltsort örtlich zuständigen Sozialgericht zu erheben. Stehen Sie in einem Beschäftigungsverhältnis, so können Sie auch vor dem für den Beschäftigungsort zuständigen Sozialgericht klagen (§ 57 Abs. 1, § 87 Abs. 1 und § 90 SGG). Die Frist für die Erhebung der Klage gilt auch dann als gewahrt, wenn die Klageschrift innerhalb der Frist statt bei dem zuständigen Gericht der Sozialgerichtsbarkeit bei uns oder einem sonstigen Versicherungsträger, bei einer inländischen Behörde oder bei einer deutschen Konsularbehörde eingegangen ist (§ 91 Abs. 1 SGG). In der Klage sollen die Beteiligten, der Streitgegenstand und der angefochtene Bescheid bezeichnet, ein bestimmter Antrag gestellt und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angegeben werden. Die Klageschrift soll von Ihnen oder einer von Ihnen zur Vertretung befugten Person mit Orts- und Tagesangabe unterzeichnet sein.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Rechte

Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Klage erheben (§ 87 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz – SGG). Sie können die Klage schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle bei dem zuständigen

Sozialgericht _____

einreichen (§ 57 Abs. 1 und § 90 SGG).

Die Gerichte ermöglichen zunehmend, Klage auch elektronisch einzulegen. Sollten Sie dies beabsichtigen, informieren Sie sich unter www.egvp.de, ob und in welcher Form dies bei dem o. g. Sozialgericht möglich ist.

Alt und Neu – „Rechtsbehelfsbelehrung“ versus „Ihre Rechte“

„Sehr geehrte ..., Sie erhalten eine Rente nach einer Minderung einer Erwerbsfähigkeit (MdE) von ___ Prozent. Die Prüfung der Folgen Ihres Versicherungsfalles hat ergeben, dass

nur noch eine MdE von ___ Prozent besteht.

keine rentenberechtigende MdE mehr vorliegt.“

- Das bisherige „Schreiben an Rentenempfänger“, die sich über die Möglichkeit einer Rentenabfindung informieren lassen wollen, lautet wie folgt:

„Sehr geehrte ..., Sie können einen Antrag auf Abfindung stellen.

Da die Minderung Ihrer Erwerbsfähigkeit 40 Prozent oder mehr beträgt, können wir Ihre Rente bis zur Hälfte für einen Zeitraum von zehn Jahren abfinden. Als Abfindungssumme wird das Neunfache

des der Abfindung zugrunde liegenden Jahresbetrags der Rente gezahlt (§§ 78, 79 Sozialgesetzbuch VII – SGB VII). Voraussetzung ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit nicht wesentlich sinkt. Außerdem muss Ihre Lebenserwartung über dem Abfindungszeitraum liegen. Um dies festzustellen, ist eine ärztliche Allgemeinuntersuchung notwendig. [...] Wenn Sie eine Abfindung wünschen, senden Sie bitte die beigefügten Unterlagen ausgefüllt und unterschrieben zurück.“

Dieser Text spricht zwar die Versicherten direkt an. Er verwendet aber zur Information im Wesentlichen den sehr komprimierten Gesetzestext. Zudem erschwert die kompakte Zusammenfassung verschiedener Aspekte im zweiten Absatz dieses Schreibens das Verständnis. Der neue Text behält zwar grundsätzlich den Stil des alten Textes bei, der am Beginn und am Ende die Betroffenen direkt anspricht. In

den beiden dazwischen angeordneten Absätzen werden die Informationen über die Umstände und Voraussetzungen einer Abfindung wesentlich besser und genauer strukturiert. Dadurch wird der neue Text zwar länger, gewinnt aber entscheidend an Verständlichkeit:

„Sehr geehrte ..., Sie haben Anspruch auf eine Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 40 Prozent oder mehr. Diese kann teilweise abgefunden werden. Grundsätzlich gilt (§§ 78, 79 Sozialgesetzbuch VII – SGB VII):

- Der Abfindungszeitraum umfasst 10 Jahre.
- Sie können höchstens die halbe Jahresrente abfinden lassen. Das 9-fache dieses Betrags ist die Abfindungssumme.
- Der abgefundene Rentenanteil erlischt für 10 Jahre.

Die Voraussetzungen für eine Abfindung sind:

- Die Minderung Ihrer Erwerbsfähigkeit darf nicht wesentlich sinken.
- Ihre Lebenserwartung muss über dem Abfindungszeitraum liegen. Um dies festzustellen, ist eine ärztliche Allgemeinuntersuchung notwendig.
- [...] Wenn Sie eine Abfindung wünschen, senden Sie bitte die beigefügten Unterlagen ausgefüllt und unterschrieben zurück.“

- Die bisherigen „Erläuterungen zum Bescheid über Witwen- oder Witwerrente“ lauten wie folgt:

„Anrechnung

Trifft Witwen- oder Witwerrente (auch an Lebenspartner) mit zu berücksichtigendem Einkommen zusammen, ist dieses auf die Rente in Höhe von 40 Prozent des den Freibetrag übersteigenden Einkommens anzurechnen (§ 65 Abs. 3 SGB VII).“

Die Erläuterung gibt den abstrakten, zwangsläufig unpersönlich formulierten Gesetzestext wieder. Die neuen Erläuterungen sind durch eine präzisere Überschrift und die etwas kürzere Fassung verständlicher und ansprechender:

„Anrechnung von Einkommen (§ 65 Abs. 3 SGB VII)

Wenn die Rente mit zu berücksichtigendem Einkommen zusammentrifft, wird der Teil des Einkommens, der über dem Freibetrag liegt, in Höhe von 40 Prozent angerechnet.“

- Die „Erläuterungen zu Rentenbescheiden“ lauten bisher wie folgt:

„Anspruch auf Rente

besteht, wenn die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) über die 26. Woche nach Eintritt des Arbeitsunfalls hinaus andauert und die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 20 Prozent gemindert ist (§ 56 Abs. 1 Sozialgesetzbuch VII – SGB VII). Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Prozentsätze wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfalle, Anspruch auf Rente.

Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 Prozent mindern.“

Auch hier wurde der abstrakte Gesetzestext wiedergegeben, der auf alle Fallkonstellationen eingeht, auch wenn sie im Einzelfall nur äußerst selten vorkommen. Die neue Formulierung ist konkreter und – durch Weglassen von Überflüssigem – auch wesentlich kürzer:

„Anspruch auf Rente (§ 56 Abs. 1 SGB VII)

Anspruch auf Rente besteht, wenn die Erwerbsfähigkeit über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall um mindestens 20 Prozent gemindert ist. Wenn die Erwerbsfähigkeit durch mehrere Versicherungsfälle gemindert ist (mindestens jeweils 10 Prozent), besteht für jeden Versicherungsfalle Anspruch auf Rente. Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.“

- Die folgende Erläuterung soll Versicherte, die eine anerkannte Berufskrankheit, aber keinen Anspruch auf BK-Rente haben, über ihre Rechte hinsichtlich der Heilbehandlung informieren:

„Heilbehandlung

Durch die Ablehnung einer Rente wird der Anspruch auf Heilbehandlung nicht berührt. Soweit Sie wegen der Folgen der Berufskrankheit ärztliche Behandlung benötigen, benennen wir Ihnen Ärzte.“

Die bürokratische Floskel „... wird nicht berührt“ ist wenig ansprechend. Dass der UV-Träger den Versicherten „Ärzte benennt“, ist zwar kurz und bündig, entspricht aber nicht dem partnerschaftlichen Verhältnis zwischen UV-Träger und Versicherten. Die neue, etwas ausführlichere Formulierung vermeidet dies:

„Heilbehandlung

Sie haben weiterhin Anspruch auf Heilbehandlung, auch wenn keine Rente gezahlt wird. Wenn Sie wegen der Folgen Ihrer Berufskrankheit ärztliche Behandlung benötigen, helfen wir Ihnen gerne bei der Auswahl geeigneter Ärzte.“

Natürlich wird es nicht gelingen, alle Formulierungen, die zu Verständnisproblemen führen können, zu ersetzen. Formulierungen sind manchmal auch Geschmackssache und nicht immer allgemein als „besser“ oder „schlechter“ zu beurteilen. Alleine weil sich die Sprache und ihr Verständnis ständig wandeln, wird der AK Formtexte die Mustertexte regelmäßig überprüfen und aktualisieren. Ob die Arbeit erfolgreich ist, entscheiden letzten Endes die Versicherten: Es wird sich zeigen, ob Versicherte bei den Unfallversicherungsträgern seltener nachfragen, weil sie einen Bescheid nicht verstehen. Um bereits jetzt zu überprüfen, ob die überarbeiteten Bescheide und ihre Erläuterungen auch tatsächlich verständlicher und ansprechender sind, bereitet eine Arbeitsgruppe zurzeit eine entsprechende Untersuchung vor. Bei dieser Untersuchung erhalten Versicherte alte und neue Bescheidtexte, zu denen sie Verständnisfragen beantworten sollen und die sie anhand verschiedener Kriterien beurteilen sollen. Über die Ergebnisse werden wir weiter berichten. ●

Autoren**Renate Dreisbach,**

Germanistin im Formularausschuss der BGHM

E-Mail: renate.dreisbach@bghm.de

Heinrich-Peter Francks,

Beauftragter der DGUV für Formtexte und das Informationssystem BIS der BGHM

E-Mail: H.Francks@bghm.de

Dr. Andreas Kranig,

Leiter der Abteilung Versicherung und Leistungen der DGUV

E-Mail: andreas.kranig@dguv.de

Dr. Hiltraut Paridon,

Leiterin des Bereichs „Psychische Belastungen und Gesundheit“ im Institut Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)

E-Mail: hiltraut.paridon@dguv.de

Rüdiger Stahl,

Unfallabteilung der Bezirksverwaltung Berlin der BG Verkehr

E-Mail: ruediger.stahl@bg-verkehr.de

Auswirkung auf die Qualität

Umsetzung des Benchmarking-Projekts „Pflege“ der DGUV in die Verwaltungspraxis

Die Pflege erlangt sowohl im Zuge der demographischen Entwicklung als auch des medizinischen Fortschritts immer größere Bedeutung. Demnach war es folgerichtig, die Pflege Unfallverletzter und Berufserkrankter zum Gegenstand eines Benchmarking-Projekts zu machen. Wesentliches Ergebnis des Projekts ist die Ableitung von 38 allgemein formulierten Handlungsempfehlungen, die von den Trägern in konkrete Maßnahmen umgesetzt werden sollen.¹ Im folgenden Beitrag wird dargestellt, wie die Ergebnisse des Benchmarking-Projekts „Pflege“ zu einem trägerspezifischen Pflegekonzept weiterentwickelt wurden nach der Erkenntnis: „Wir behalten von unseren Studien am Ende doch nur das, was wir praktisch anwenden“.²

1 Ausgangslage

Die DGUV hat ein Benchmarking-Projekt² mit Beteiligung von 15 Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zum Arbeitsbereich „Pflege“ durchgeführt. Der Bereich „Pflege“ wurde im unfallversicherungsrechtlichen Schrifttum bisher kaum behandelt. Hier stehen regelmäßig andere Themen im Vordergrund. Mit dem Projekt gelang es, die Aufmerksamkeit verstärkt auf die Pflege der Unfallverletzten und Berufserkrankten zu richten.

Die beteiligten Träger führten ein Prozess-Benchmarking durch, in dem die jeweiligen Verwaltungsverfahren und deren Ergebnisse verglichen wurden. Die bisherige Arbeit der Träger hat sich dabei grundsätzlich bestätigt, gleich-

wohl konnten Verbesserungspotenziale erkannt werden. 38 Handlungsempfehlungen wurden nach den Ergebnissen der Prozess- und Datenerhebung sowie der Kundenbefragung erarbeitet.³ Das Projekt war also, auch in Anbetracht der positiven Rückmeldungen der betroffenen Versicherten zur Leistung „Pflege“, darauf ausgerichtet, die Leistungen weiterzuentwickeln und zu optimieren. An den Handlungsempfehlungen werden die allgemeinen Ziele des Benchmarkings im Spannungsdreieck zwischen Qualität, Kosten und Bearbeitungszeiten deutlich.⁴ Zielsetzung des Benchmarkings der DGUV ist nicht nur die Kostenminderung, sondern auch und gerade die Qualitätsentwicklung.⁵ Dies kann zusätzliche Kosten erfordern.

Die im Projekt entwickelten Handlungsempfehlungen zeigen ferner, dass die bisherigen Leistungen noch entwicklungsfähig sind. Die Umsetzung der Ergebnisse des Benchmarking-Projekts wird nach zwei bis drei Jahren evaluiert werden, um die Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen zu überprüfen.⁶

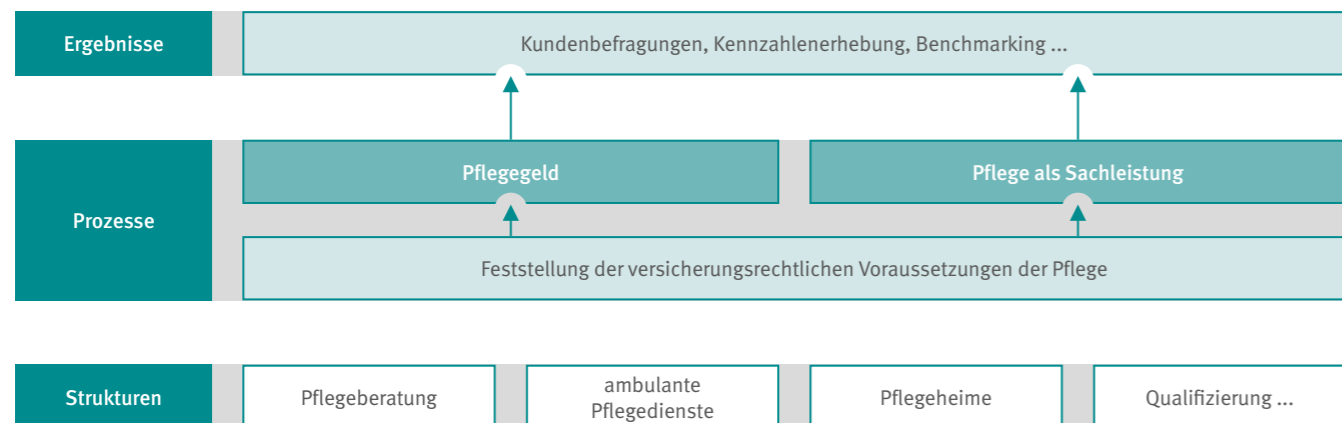
2 Standortbestimmung des Trägers: Auswertung des Kenndatenvergleichs und der Handlungsempfehlungen

Es ist Aufgabe des Trägers, die Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem Projekt – bezogen auf die eigene Position – auszuwerten, zu analysieren und mit den bereits vorhandenen Standards abzugleichen. Nach Auswertung der qualitäts- und kostenbezogenen Vergleichsdaten und der daraus abgeleiteten



Foto: fotolia.de/Gina Sanders

„Zielsetzung des Benchmarkings der DGUV ist nicht nur die Kostenminderung, sondern auch und gerade die Qualitätsentwicklung.“



Quelle: BGHW

Abbildung 1: Ebenen des Pflegekonzepts

allgemeinen Handlungsempfehlungen wird schließlich erkennbar, in welchen Bereichen Handlungsbedarf besteht. Im Sinne einer Optimierung von bereits Vorhandenem wird gegebenenfalls eine Anpassung oder Weiterentwicklung bestehender Strukturen und Prozesse notwendig. Eine Handlungsempfehlung kann aber auch aufzeigen, dass Strukturen und Prozesse neu gebildet werden müssen. Sollte, um ein Beispiel zu nennen, bisher kein Angebot für pflegende Angehörige bestehen, wären dazu vorrangig auf der Grundlage der konkreten und qualitätsgesicherten Handlungsempfehlungen Maßnahmen zu entwickeln.

3 Aufbau des Konzepts „Pflege“

Zunächst sind die bestehenden Rahmenbedingungen zu klären, um den vorhandenen Handlungsspielraum beurteilen zu können. Auf dieser Grundlage können dann die erreichbaren Ziele entwickelt werden. Bei den zur Zielerreichung erforderlichen und zu entwickelnden Maßnahmen sind mehrere Bereiche zu unterscheiden:

Auf der Strukturebene werden die prozessübergreifenden strukturbezogenen Grundlagen geschaffen. Dazu gehören die Rahmenbedingungen, die für die Leistun-

gen erforderlich sind, wie beispielsweise ein Konzept, die sachliche und personelle Ausstattung oder die Qualifikationsangebote.⁷ Auf der Prozessebene werden die Abläufe der Geschäftsprozesse mit den einzelnen Arbeitsschritten festgelegt. Schließlich wird auf der Ergebnisebene der Grad der Zielerreichung ermittelt. An dieser Stelle treffen sich dann Träger und die Benchmarking-Projektgruppe „Pflege“, wenn es darum geht, die Ergebnisse der vom einzelnen Träger realisierten Maßnahmen zusammenzuführen und die nachhaltige Wirksamkeit des Projekts zu ermitteln. ▶



„Im Ergebnis hat das Benchmarking-Projekt ‚Pflege‘ vor allem qualitätsbezogene Auswirkungen. Es können aber auch Kostenvorteile durch die Optimierung von Prozessabläufen erzielt werden.“

Die Handlungsempfehlungen können, wenngleich im Abschlussbericht nicht entsprechend gegliedert, diesen drei Bereichen zugeordnet werden: Die Auswahl einer Pflegeeinrichtung greift, um ein Beispiel zu nennen, auf der Ebene der Strukturen auf ein Netzwerk des Trägers zurück, die Erstellung eines Profils bezieht sich auf einen Prozess mit einer Abfolge von Arbeitsschritten und die Befragung der Versicherten ist auf die Ergebnisfeststellung gerichtet.

4 Rahmenbedingungen eines Pflegekonzepts

Ein Pflegekonzept muss sowohl extern vorgegebene Rahmenbedingungen als auch intern gesetzte Vorgaben berücksichtigen.

Gesetzliche Regelungen geben die Grundlagen externer Vorgaben vor. Die gesetzliche Unfallversicherung hat unter anderem den Auftrag, nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen (§1 Nr. 2 Sozialgesetzbuch – nachfolgend SGB VII). Versicherte haben bei Hilflosigkeit einen Anspruch auf Leistungen der Pflege (§44 SGB VII). Die Träger der gesetzlichen Unfallver-

sicherung sind verpflichtet, möglichst frühzeitig Leistungen mit allen geeigneten Mitteln zu erbringen (§26 Absatz 1 und Abs. 2 Nr. 5 SGB VII).

Besondere Bedeutung für die Pflege hat auch die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK).⁸ In ihr werden die für jeden Menschen gültigen Menschenrechte weiter konkretisiert und individualisiert. Ziel ist hierbei, die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen zu erreichen. Zu diesem Zweck formuliert die UN-BRK einzuhaltende Regeln zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Diese betreffen damit auch Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung. Diesen Zielansatz konsequent weiterführend, hat die DGUV einen eigenen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK beschlossen.⁹

Die darin beschriebenen Arbeitsfelder weisen in mehrfacher Hinsicht Bezüge zur Pflege auf: Die UV-Träger beziehen die Versicherten und deren Angehörigen von Anfang an in die Reha- und Pflegeplanung ein. Sie verstärken das Prinzip der Partizipation der Versicherten durch selbstbestimmte Auswahl der Leistungen und berücksichtigen die individuellen Wünsche der Betroffenen bei der Auswahl

der Leistungen.¹⁰ Durch Kundenbefragungen erhalten die Versicherten und ihre Angehörigen eine aktive Rolle bei der Sicherung von Qualitätsstandards.¹¹ Ferner wird der Ausbau von Netzwerken zwischen Menschen mit Behinderungen, Pflegenden, Ärzten und UV-Trägern gefordert.¹²

Weitere Vorgaben ergeben sich aus den trägerspezifischen Grundlagen der Unternehmenskultur, aus dem Leitbild und den Handlungsleitlinien. Für das hier entwickelte Konzept gelten unter anderem die trägerspezifischen Vorgaben, den Versicherten Leistungen zügig und orientiert an den individuellen Bedürfnissen zu erbringen, kompetent und persönlich zu beraten und den Qualitätswettbewerb in der gesetzlichen Unfallversicherung zu unterstützen.

Die Handlungsempfehlungen des Benchmarking-Projekts „Pflege“ der DGUV geben zusätzlich inhaltliche Orientierung. Sie sind zwar mit dem Empfehlungscharakter für den Träger nicht unmittelbar verbindlich, enthalten aber qualitätsgesichert sach- und erfolgsbezogene Hinweise, von denen die Träger im Interesse der Zielerreichung regelmäßig nicht abweichen werden.

5 Zielsetzung

Das allgemein gesetzte Ziel der Pflegeleistung ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, möglichst qualitätsvollen Pflege, die die individuellen Bedürfnisse der Versicherten umsetzt, sie soweit wie möglich vor Folgeerkrankungen bewahrt und innerhalb der individuell vorhandenen Möglichkeiten eine selbstbestimmte Lebensweise gewährleistet.¹³ Das erfordert eine konzeptionelle und damit auch standardisierte, praxisnahe Herangehensweise.

6 Strukturen

Strukturen umfassen die vom Träger vorgehaltenen prozessübergreifenden Verhältnisse, Einrichtungen und Mittel. Beispielhaft sind hier Verwaltungsstrukturen, Netzwerke und Qualifizierungsangebote zu nennen. Auf die entsprechenden Module der Strukturebene wird prozessunabhängig zugegriffen. Dabei können in mehrfacher Hinsicht eigene, aber auch trägerübergreifende Kompetenzen verwendet werden: Die Erbringung der Pflegeleistungen nach §44 SGB VII an die Versicherten verschafft einen stetigen Überblick über medizinische Leistungserbringer, Pflegeeinrichtungen und Beratungen. Darüber hinaus sind einzelne Träger zuständig für die Prävention in der Pflege und damit für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren der versicherten Pflegepersonen. Damit bestehen im Netzwerk der gesetzlichen Unfallversicherung entsprechende Kompetenzen der zuständigen Träger bezogen auf die pflegenden Personen.¹⁴

Auf der Grundlage der Handlungsempfehlungen und ergänzend nach eigener trägerinterner Bewertung werden im Pflegekonzept vor allem folgende Strukturen bereitgestellt:

Informationsplattform

Die für die Anwender und Anwenderinnen zur Verfügung stehende Informationsplattform ist das Intranet. Grundlage für ein kompetentes, zielgerichtetes und effektives Verwaltungshandeln in der Pflege ist die Qualität und die schnelle Zugriffsmöglichkeit auf die notwendigen Informationen. Diese müssen nach festgelegtem Standard aktuell und verständlich vorgehalten sowie zeitnah abgerufen wer-

den können; für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozesses sind sie stetig anzupassen.

Pflege – Fachberatung

BG Kliniken bieten für berufsgenossenschaftlich Versicherte eine pflegefachliche Überprüfung und Einschätzung der häuslichen Pflegesituation an. Bei der Pflegefachberatung wird besonders auf den Pflegebedarf, die pflegerische, aber auch die ärztliche und therapeutische Versorgungssituation, das Risikomanagement, die Versorgung mit Hilfsmitteln sowie das häusliche Umfeld geachtet. Fachberatungen werden auch von anderen Stellen angeboten. Entsprechende Informationen mit den Kontaktdaten werden bundesweit bereitgestellt und fortlaufend durch Anwenderinformationen ergänzt und aktualisiert.

Netzwerk

Eine grundlegende Bedeutung haben Netzwerke. Sie müssen stets auf dem neuesten Stand gehalten werden, die Bearbeiter und Bearbeiterinnen müssen darauf schnell zugreifen können. Eine einheitliche und leicht übersichtliche Datenstruktur ist unerlässlich. Die Netzwerke werden deshalb nach einheitlichen Standards in Dateien mit identischer Datenstruktur aufgebaut und fortlaufend aktualisiert. Diese Aufgabe ist vor allem bei den vor Ort tätigen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen angesiedelt, die thematisch mit dem Arbeitsbereich „Pflege“ betraut sind. Netzwerkpartner aus dem stationären Pflegebereich wie Pflegeberatungen, Pflege- und Therapiezentren sowie aus dem ambulanten Pflegebereich (zum Beispiel Caritas-Pflegestationen, Diakoniestationen, Paritätische Sozialdienste) können regional und aufgabenbezogen ermittelt werden.

Zu den zu berücksichtigenden Netzwerken gehören Übersichten über Pflegeberatungen, qualitätsgeprüfte Pflegeheime, Pflegedienste und Hospize. Die hohe Qualität der zur Verfügung gestellten Informationen wird durch den Abgleich mit bereitstehenden Qualitätsdaten flankierend sichergestellt.¹⁵ Stetige Rückmeldungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erfolgen mittels eines kurzen Standardvordrucks, der im Intranet zur Verfügung gestellt wird.

Qualifizierung und Weiterbildung

Es wird ein Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebot vorgehalten. Bei der Schulung pflegender Angehöriger wird ein Schwerpunkt auf die Erkennung und die Vermeidung von Folgeerkrankungen bei den Betroffenen gelegt. Zu diesem Thema gibt es bereits umfassende Informationen, etwa durch die Hannelore Kohl Stiftung.¹⁶

Im Rahmen des verwaltungsinternen Personalentwicklungskonzepts werden Angebote für anforderungsgerechte Qualifizierungsmöglichkeiten der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unterbreitet. Der Arbeitsbereich „Pflege“ wird ferner regelmäßig in den Dienstbesprechungen der Entschädigungsabteilungen thematisiert.

7 Prozesse

Aus den Handlungsempfehlungen ergibt sich bereits eine Reihe von prozessbezogenen Hinweisen, die – wie die „Sensibilisierung der Sachbearbeiter bezüglich Pflegebedürftigkeit“ (Position 26) – systematisch zugeordnet werden. Für die leichte Erfassbarkeit der Vorgaben werden die Arbeitshinweise in der Abfolge der Bearbeitungsschritte prozessgerecht auf der Plattform dargestellt und vermittelt.

Dies bedeutet, dass ausgehend von §44 SGB VII als „Basisnorm“ der Pflege die Anwender alle für die Bearbeitung der Pflege notwendigen Informationen zeitnah, strukturiert und verfahrensablaufforientiert je nach Bedarf im Einzelfall abrufen können. Dabei werden – ausgehend von der Bearbeitungsabfolge – drei Kernprozesse unterschieden:

1. Feststellung der Leistungsvoraussetzungen,
2. Leistung der Pflege als Pflegegeld,
3. Leistung der Pflege als Sachleistung.

7.1 Feststellung der Leistungsvoraussetzungen

Zuerst müssen die Anhaltspunkte für eine Hilflosigkeit als Voraussetzung der Pflege erkannt werden. Die Fallkonstellationen sind dabei sehr unterschiedlich. Nach schweren Versicherungsfällen ergibt sich die Hilflosigkeit als Auslöser der Pflegeleistung bereits bei oder mit Abschluss der Behandlung. Schwieriger ist es zu erkennen, wenn sich Hilflosigkeit ▶

- *
 1 Jürs, Benchmarking-Projekt „Pfleger“, in: DGUV Forum 10/2010, S. 32.
 2 Allgemein zum Benchmarking in der DGUV: Botti/Schwanz, „Benchmarking in der gesetzlichen Unfallversicherung“, in: DGUV Forum 10/2010, S. 2.
 3 Vgl. Jürs, S. 35.
 4 Botti/Schwanz, „Benchmarking in der gesetzlichen Unfallversicherung“, in: DGUV Forum 10/2010, S. 26 f.
 5 Zur Diskussion vgl. Molkenitz/Zilch: „Benchmarking in der gesetzlichen Unfallversicherung – Kostensenkungsprogramm oder Qualitätsmanagement?“, in: DGUV Kompakt 05/2010, S. 3.
 6 Vgl. Jürs, S. 36.
 7 Vgl. auch § 4 Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX vom 27.3.2003 der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
 8 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008, Teil II Nr. 35, S. 1419 ff.
 9 Website der DGUV; Aktionsplan der gesetzlichen Unfallversicherung zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2012-2014; www.dguv.de/inhalt/presse/2011/Q4/aktionsplan/aktionsplan.pdf.
 10 Ziff. 8.1 f. des Aktionsplanes.
 11 Ziff. 7.1 des Aktionsplanes.
 12 Ziff. 9.2 des Aktionsplanes.
 13 Zur Zielsetzung im Projekt siehe Jürs, S. 33.
 14 Beispiele:
 • Website der Unfallkasse NRW/Projekt Netzwerk zum Gesundheitsschutz für nicht erwerbsmäßig Pflegenden „Neuheit für Pflege“; www.dguv.de/ifa/de/pro/pro1/ff-fp0286/index.jsp; Informationen zum Projektstand: Zeitschrift: „Die Schwester/Der Pfleger“, Ausgabe März 2010 S. 226–229).
 • CD-ROM „Rückengerechtes Arbeiten in Pflege und Betreuung“, BG/GUV 77.60, März 2011, als Medieninformationsangebot; www.gesundheitsdienstportal.de.
 • Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) – Arbeitsprogramm Pflege, Online-Selbstbewertungsinstrument; www.gesund-pflegen-online.de/DE/Selbstbewertung/Selbstbewertung_node.html.
 • Website des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses Hamburg: aktivierende Pflege unter Einbeziehung der Angehörigen und des sozialen Umfeldes der Versicherten; www.buk-hamburg.de/69-0-Therapeutische-Pflege.html.
 15 www.pflegelotse.de (vdek Pflegelotse); Website des Spitzenverbands der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum Thema Pflegenoten und deren Weiterentwicklung: Pflegequalität in allen Heimen und Diensten, www.pflegenoten.de/Home.gkvn; Website des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG): Wie erkenne ich ein gutes Heim? Stationäre Einrichtungen, Qualitätskriterien, Pflegedienste, Befragungen. www.bmg.bund.de/pflege/qualitaetsicherung/wie-erkenne-ich-ein-gutes-heim.html.
 16 Siehe Angebote der DGUV Akademie, www.hannelore-kohl-stiftung.de/rat_hilfe/Weiterbildung/Seminar_Angehoerige.
 17 Vgl. Artikel 1 des Gesetzes zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf vom 6.12.2011 – Familienpflegezeitgesetz (FpZG), BGBL Jahrgang 2011, Teil 1, Nr. 64, S. 2564 ff., vgl. Rundschreiben 0557–2011 bzw. Tarifrecht 06–2011 der DGUV vom 27.12.2011.

aufgrund von Unfallfolgen oder einer Berufserkrankung über einen längeren Zeitraum entwickelt. Insbesondere für diese Fallgestaltungen wurde – orientiert an dem Erfahrungswissen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und an typischen Verletzungs- oder Erkrankungsmustern – ein Indikationskatalog erarbeitet, der stetig nach neuen Erkenntnissen angepasst wird. Damit werden Anhaltspunkte für eine potenzielle Hilfslosigkeit aufgezeigt und die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für Fälle einer möglichen Hilfslosigkeit sensibilisiert. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen werden entsprechend geschult, Hilfslosigkeit zu erkennen und festzustellen.

Liegt ein Leistungsfall vor, ist zeitnah zu prüfen, welche Art der Pflege in Betracht kommt und sich als sinnvoll und zweckmäßig anbietet (vergleiche auch § 26 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 5, Abs. 5 SGB VII).

Wird ein Leistungsfall festgestellt, ist zudem frühzeitig eine umfassende Beratung sicherzustellen. Diese beinhaltet nicht

nur die Leistungen des Trägers, sondern erstreckt sich beispielsweise auch auf die gesetzliche Regelung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege¹⁷ oder auf die Leistungsgewährung in Form eines persönlichen Budgets.

7.2 Pflegeleistung in Form von Pflegegeld

Liegt Hilfslosigkeit aufgrund der Folgen eines Versicherungsfalles aus der gesetzlichen Unfallversicherung vor, wird vorrangig Pflegegeld gezahlt. Dessen Höhe richtet sich nach § 44 Abs. 2 SGB VII. Maßgeblich ist der tatsächliche Umfang der im Einzelfall notwendigen Hilfe. Die Basisermittlungen, mit denen der Umfang der Hilfslosigkeit festgestellt werden, erfolgen anhand eines digitalen Erhebungsbogens mit ergänzenden Erläuterungen und einer umfassenden Arbeitsanleitung zur Feststellung der Hilfslosigkeit.

In diesen Fällen war die Dienstleistung bisher regelmäßig auf die Feststellung des Pflegegeldes beschränkt und die Hilfs-

mittelversorgung frühzeitig sichergestellt. Darüber hinaus wurden nun anhand der Handlungsempfehlungen Maßnahmen zur Entwicklung der Pflegequalität intensiviert mit einer frühzeitigen Risiko- und Profilanalyse, einer Pflegeanalyse und Angeboten zur Unterstützung pflegender Angehöriger. Dazu gehören auch regelmäßige Pflegeberatungen, Einbeziehung einer gezielten Pflegeprüfung bei den Besuchen während der nachgehenden Betreuung, regelmäßig veranlasste Besuche zum Beispiel beim Hausarzt zur frühzeitigen Erkennung von Risiken und einer eingehenden Analyse bei möglichen Folgeerkrankungen.

Das thematische Spektrum zu jedem neu abgeleiteten Standard wird in Form eines Kurztikels dargestellt. Diese Artikel finden sich als Web-Links zum jeweiligen Oberbegriff im System hinterlegt.

7.3 Pflege als Sachleistung

Das generelle Ziel des Pflegekonzepts ist es, Pflege – im Einvernehmen mit den Versicherten – bestmöglich auszugestalten und

dahingehend zu beraten. Pflege wird auf Antrag als Sachleistung (§ 44 Abs. 5 SGB VII) erbracht. Die unter 7.2 (Pflegeleistung in Form von Pflegegeld) dargestellten, auf Basis der Handlungsempfehlungen entwickelten Standards werden bei der Gewährung von Pflege als Sachleistung zum Teil aufgegriffen und um Themen ergänzt, die sich spezifisch auf die Leistungsgewährung als Sachleistung beziehen. So ist bei dieser Leistung verbindlich, einen Pflegeplan nach vorgegebenem Standard zu erstellen.

Das thematische Spektrum zu diesem neu abgeleiteten Standard wird auch hier in Form eines im System verlinkten Kurztikels dargestellt.

Wird die Pflege teilweise zum Beispiel von Verwandten des Versicherten geleistet, besteht die Möglichkeit, ergänzend Pflegegeld zu zahlen. Dies erfolgt zusätzlich zu den ebenfalls übernommenen Aufwendungen für die Pflege als Sachleistung. Auch hier wird der Anspruch deutlich, Pflege individualisiert und passgenau nach entsprechender Beratung auszugestalten.

Mit einem Blick auf die im Aktionsplan der DGUV zur Umsetzung der UN-BRK beschriebenen Arbeitsfelder wird erkennbar, dass die UV-Träger sowohl die Versicherten als auch deren pflegende Angehörige von Beginn an in die Pflegeplanung mit einbeziehen. Das hier umgesetzte Prinzip der Partizipation wird durch eine selbstbestimmte Auswahl der Leistungen und durch Berücksichtigung der individuellen Wünsche der Betroffenen bei der Leistungsauswahl (gemäß 8.1 f. des Aktionsplanes) verstärkt. Über Kundenbefragungen (siehe auch unter 8.) erhalten die Versicherten und ihre Angehörigen zudem eine aktive Rolle, wenn es darum geht, Qualitätsstandards zu sichern (Ziffer 7.1 des Aktionsplanes).

Alle beschriebenen Aspekte fließen in das Pflegekonzept ein und tragen damit zu einer Individualisierung der Pflege im Sinne der UN-BRK bei.

8 Ergebnisse und Nachhaltigkeit

Der Arbeitsbereich „Pfleger“ und damit auch das Pflegekonzept ist eng verbunden mit der fortlaufenden Feststellung

und Analyse der Ergebnisqualität. Dazu werden künftig folgende Instrumente eingesetzt: trägerinterne Revisionen, Benchmarking und Controlling, analytische Fallbesprechungen mit dem Ziel der Ergebnisoptimierung (Debriefing), regelmäßige Besprechungen der Mitarbeiter/innen, Versichertenbefragungen und zeitnahe Anpassung des im Intranet bereitgestellten Pflegekonzepts bei erkanntem Bedarf.

Mittels Kundenbefragungen erhalten die Versicherten und ihre Angehörigen eine aktive Rolle bei der Sicherung von Qualitätsstandards (Ziffer 7.1 des Aktionsplans). Die „Kundenzufriedenheit bei der Pflege“ wird über einen im Pflegekonzept hinterlegten Versichertenbefragungsbogen nach einem standardisierten verbindlichen Verfahren regelmäßig abgefragt, ausgewertet und die Ergebnisse werden in das System des Pflegekonzepts eingebracht.

Mit Hilfe des Debriefings als einer Methode zur einfachen, strukturierten Erfassung und Dokumentation von Erfahrungswissen werden Erkenntnisse aus Erfolgen, aber auch aus Misserfolgen einer Maßnahme gewonnen und nutzbringend zur Verfügung gestellt. Damit soll vor Entscheidungen auf ein möglichst komplettes relevantes Wissen zurückgegriffen werden können, um einmal gemachte Fehler nicht zu wiederholen.

Auch der Verfahrensablauf zum Debriefing ist modular mit beschriebenen Abläufen im Pflegekonzept hinterlegt sowie im Intranet umgesetzt. Eine wesentliche Bedeutung hat hierbei das ebenfalls zur Verfügung gestellte Debriefing-Protokoll.

Nach Präsentation eines Falles im Mitarbeiter/innenkreis sind gemeinsam dessen kritische Situationen zu diskutieren und der theoretische Idealfall zu erarbeiten. Die aus dieser intensiven Auseinandersetzung mit dem Einzelfall gewonnenen Erkenntnisse werden in generalisierten Aussagen festgehalten und unter Zuhilfenahme des Debriefing-Protokolls schlagwortartig dokumentiert und archiviert. Wichtige Erkenntnisse von standortübergreifender Bedeutung werden für eine Aufnahme in die gemeinsame Wissensplattform weitergegeben.

9 Ausblick

Flächendeckend wurde das Pflegekonzept im Dezember 2011 eingeführt. Evaluierbare Ergebnisse können erst mittelfristig erwartet werden. Da die umzusetzenden optimierenden Maßnahmen aber auf der Grundlage eines umfassenden Benchmarkingprojekts der DGUV entwickelt worden sind, ist von deren Qualitätssicherung auszugehen. Weitere Erkenntnisse werden aus der während des Benchmarking-Projekts anstehenden Evaluation im Austausch mit den beteiligten Trägern erwartet. Im Ergebnis hat das Benchmarking-Projekt „Pfleger“ vor allem qualitätsbezogene Auswirkungen. Darüber hinaus können aber auch Kostenvorteile bei der Vermeidung von Folgeerkrankungen und der Optimierung von Prozessabläufen erzielt werden. ●

Autoren



Foto: BGHW

Dr. Günter Hans

Mitglied der Geschäftsführung der BGHW
 E-Mail: g.hans@bghw.de



Foto: BGHW

Harald Wendling

Teilhaber-Referent der BGHW
 E-Mail: h.wendling@bghw.de

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

	2009	2010	2011	Veränd. v. 2010 auf 2011 in % ³
Organisation				
UV-Träger	48	40	36	-10,0
Sektionen und Bezirksverwaltungen ¹	118	93	83	-10,8
Umfang der Versicherung				
Unternehmen / Einrichtungen	3.800.432	3.943.133	3.874.966	-1,7
Vollarbeiter ²	36.462.823	36.941.169	37.475.591	+1,4
Versicherte	75.055.655	75.548.669	75.931.185	+0,5
davon in der Schüler-UV	17.072.402	17.122.852	17.071.776	-0,3
Versicherungsverhältnisse ²	80.041.625	80.018.160	80.602.427	+0,7
Entgelt¹ (Der Beitragsberechnung zugrunde gelegtes Entgelt)				
in 1.000 Euro ¹	722.238.047	743.003.013	783.460.386	+5,4
pro (GBG-)Vollarbeiter ¹	23.073	23.364	24.227	+3,7
Arbeits- und Wegeunfälle⁶				
Meldepflichtige Arbeitsunfälle ²	886.122	954.459	919.025	-3,7
je 1.000 Vollarbeiter	24,30	25,84	24,52	-5,1
je 1 Mio. geleisteter Arbeitsstunden	15,48	16,15	15,42	-4,5
Meldepflichtige Schulunfälle	1.250.552	1.307.348	1.293.653	-1,0
je 1.000 Schüler	73,25	76,35	75,78	-0,8
Meldepflichtige Wegeunfälle ²	178.590	223.973	188.452	-15,9
je 1.000 gew. Versicherungsverhältnisse	4,24	5,25	4,34	-17,2
Meldepflichtige Schulwegunfälle	115.534	124.572	114.157	-8,4
je 1.000 Schüler	6,77	7,28	6,69	-8,1
Meldepflichtige Unfälle zusammen²	1.064.712	1.178.432	1.107.477	-6,0
Meldepflichtige Schülerunfälle zusammen	1.366.086	1.431.920	1.407.810	-1,7
Neue Arbeitsunfallrenten ²	16.590	16.564	15.740	-5,0
je 1.000 Vollarbeiter	0,455	0,448	0,420	-6,3
Neue Schulunfallrenten	751	619	505	-18,4
je 1.000 Schüler	0,044	0,036	0,030	-18,2
Neue Wegeunfallrenten ²	5.944	6.076	5.951	-2,1
je 1.000 gew. Versicherungsverhältnisse	0,141	0,142	0,137	-3,6
Neue Schulwegunfallrenten	314	317	303	-4,4
je 1.000 Schüler	0,018	0,019	0,018	-4,1
Neue Unfallrenten zusammen²	22.534	22.640	21.691	-4,2
Neue Schülerunfallrenten zusammen	1.065	936	808	-13,7
Tödliche Arbeitsunfälle ²	456	519	498	-4,0
Tödliche Schulunfälle	14	6	7	x
Tödliche Wegeunfälle ²	362	367	394	+7,4
Tödliche Schulwegunfälle	45	50	70	+40,0
Tödliche Unfälle zusammen²	818	886	892	+0,7
Tödliche Schülerunfälle zusammen	59	56	77	+37,5
Berufskrankheiten (BKen)				
Verdachtsanzeigen	66.951	70.277	71.269	+1,4
Entschiedene Fälle	62.702	69.186	71.738	+3,7
davon: BK-Verdacht bestätigt	25.570	31.219	34.573	+10,7
Anerkannte Berufskrankheiten	16.078	15.461	15.262	-1,3
darunter: neue BK-Renten	6.643	6.123	5.407	-11,7
Berufliche Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt ⁴	9.492	15.758	19.311	+22,5
davon: BK-Verdacht nicht bestätigt	37.132	37.967	37.165	-2,1
Todesfälle infolge einer BK	2.767	2.486	2.548	+2,5
Rentenbestand				
893.177	881.268	870.678	-1,2	
Verletzte und Erkrankte	767.350	758.374	750.005	-1,1
Witwen und Witwer	110.883	109.023	107.768	-1,2
Waisen	14.902	13.837	12.872	-7,0
Sonstige	42	34	33	-2,9
Umlagesoll der gewerblichen Berufsgenossenschaften in Euro	9.464.412.902	9.816.176.100	10.310.357.698	+5,0
Umlagebeitrag der UV-Träger der öffentlichen Hand in Euro	1.222.399.030	1.237.847.181	1.268.866.657	+2,5
Aufwendungen in Euro				
Prävention ⁵	915.130.360	911.434.949	948.224.808	+4,0
Entschädigungsleistungen ⁵	9.026.983.864	9.304.087.838	9.369.686.097	+0,7
darunter: Heilbehandlung, sonstige Rehabilitation	3.452.828.406	3.676.488.869	3.797.051.081	+3,3
Finanzielle Kompensation ⁵	5.574.155.458	5.627.598.969	5.572.635.016	-1,0
Verwaltung und Verfahren ⁵	1.334.437.802	1.275.609.735	1.300.581.441	+2,0

¹nur gewerbliche Berufsgenossenschaften ²ohne Schüler-Unfallversicherung ³x Prozent nur bei Fallzahl > 10 ⁴Der Anstieg ist durch die Verbesserung der Dokumentation der §3-Maßnahmen in der Stufe 1 des Stufenverfahrens Haut zu begründen. ⁵Änderungen im Kontenrahmen ab Berichtsjahr 2010, Vergleiche mit Berichtsjahren vor 2010 nur bedingt möglich: finanzielle Kompensation inkl. neuem Konto 589 „Leistungen bei Unfalluntersuchungen“, früher Teil der Verfahrenskosten. ⁶Die Angabe in 2011 ist aufgrund der bei einigen UV-Trägern der öffentlichen Hand vorgenommenen Umstellung der Erfassung der Meldepflicht relativ unsicher. (Stand: 27.6.2012)

Jahresbericht

Kennzahlen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 2011

Die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der neun gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie der 27 Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand für das Jahr 2011 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 2011 schlossen sich folgende Berufsgenossenschaften zusammen; aus der Hütten- und Walzwerks-BG, der Maschinenbau- und Metall-BG, der Holz-BG und der BG Metall Nord Süd entstand die BG Holz und Metall. Zum gleichen Termin haben sich die BG Nahrungsmittel und Gaststätten und die Fleischerei-BG zur BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe zusammengeschlossen. Somit ist das Ziel der Bundesregierung in diesem Jahr erreicht worden.

Im Jahr 2011 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.

Eine weitere Fusion fand in diesem Jahr statt. Am 1. Januar 2012 haben sich die Unfallkasse München und der Bayerische Gemeindeunfallversicherungsverband zur Kommunalen Unfallversicherung Bayern zusammengeschlossen.

Die Zahl der bei den Unfallversicherungsträgern tätigen Personen ist gegenüber dem Vorjahr um 1,7 Prozent auf 21.991 gestiegen. Davon gehörten 17.035 (+1,5 Prozent) zum Verwaltungspersonal und 4.956 (+2,7 Prozent) zum Personal des Technischen Aufsichtsdienstes.

2 Unternehmen und Einrichtungen

Bei den Mitgliedern der DGUV waren 2011 insgesamt 3.874.966 Unternehmen beziehungsweise Einrichtungen zu verzeichnen. Davon entfielen 3.228.380 auf den Zuständigkeitsbereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand betreuten 646.586 Unternehmen und Einrichtungen.

In der gewerblichen Wirtschaft war im Jahr 2011 die Entwicklung der Zahl der Unternehmen in den verschiedenen Berufsgenossenschaften uneinheitlich: Der größte Anstieg um 4,8 Prozent ist unter anderem im Zusammenhang mit der Einführung der DEÜV (Datenerfas-

sungs- und -übermittlungsverordnung) und damit verbundenen Anmeldungen in der Verwaltungs-BG zu verzeichnen. In der BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe ist ein außergewöhnlicher Rückgang um 25,1 Prozent zu beobachten, der durch eine Bereinigung der Zählweise bei den Unfallversicherungsträgern (Unternehmen vs. Betriebe) entstanden ist. Bei den übrigen Berufsgenossenschaften bewegen sich die Veränderungen zwischen -4,9 Prozent und +2,0 Prozent. Insgesamt ist die Unternehmenszahl auf 3.228.380 gefallen (-2,4 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. Für das Berichtsjahr 2011 wurden 23.589 Unternehmen, 460.409 Privathaushalte, die Personen beschäftigten, und 22.076 Unternehmen, die Hilfe leisten, ermittelt. Gegenüber dem Vorjahr hat die Gesamtzahl der Unternehmen mit 506.074 um 1,4 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 140.512 um 2,7 Prozent gestiegen. ▶

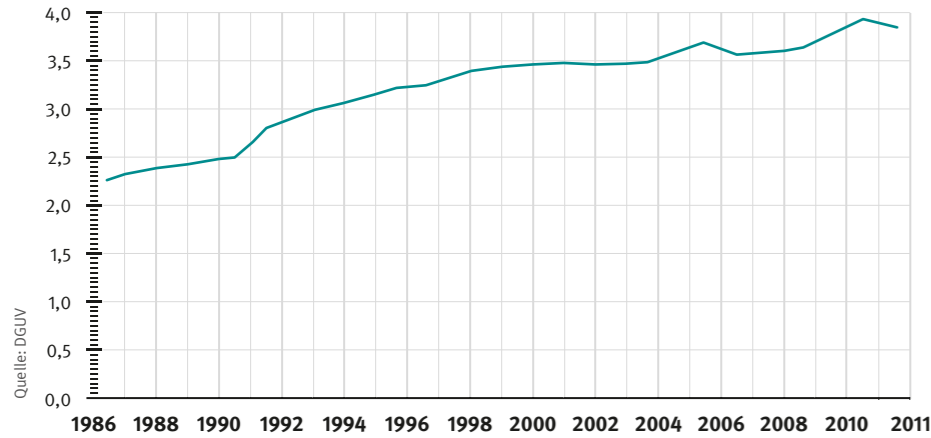


Abbildung 1: Unternehmen/Beitragspflichtige, Haushalte und Unternehmen, die Hilfe leisten, sowie Bildungseinrichtungen (absolut in Millionen)

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 2011 mehr als 75,9 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 und im öffentlichen Dienst. Daneben gibt es per Satzung oder freiwillig versicherte Unternehmer. Einen wesentlichen Teil der Versicherten machen die rund 17,07 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

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

(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 das Jahr 2011 beträgt die Zahl der Vollarbeiter bei den Mitgliedern der DGUV insgesamt 37.475.591 und ist damit gegenüber dem Vorjahr um 1,4 Prozent gestiegen. Davon entfallen 32.338.580 Vollarbeiter auf den Bereich der gewerblichen Wirtschaft, was gegenüber dem Vorjahr einen Zuwachs um 1,7 Prozent darstellt. Von diesen wurden 51,4 Mrd. Arbeitsstunden im gewerblichen Bereich geleistet; das sind 1,1 Prozent mehr als im Vorjahr. Im öffentlichen Bereich ist die Vollarbeiterzahl mit 5.137.011 um 0,1 Prozent leicht gesunken. Die Bestimmung der Rechengröße Vollarbeiter wird für die 17,07 Millionen Versicherten der Schüler-Unfallversicherung nicht vorgenommen. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Versicherten in der Schüler-Unfallversicherung leicht gefallen (–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, wird er in den Geschäftsergebnissen zusätzlich als „neue Unfallrente“ nachgewiesen. Voraussetzung für eine solche Entschädigung ist, dass der Unfall allein oder zusammen mit einem früheren Arbeitsunfall für einen gesetzlich festgelegten Mindestzeitraum zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 Prozent geführt hat.

Bei der statistischen Erfassung der tödlichen Unfälle werden diejenigen Fälle gezählt, bei denen sich der Unfall im Berichtsjahr ereignet hat und der Tod innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall eingetreten ist.

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

Jede versicherte Tätigkeit, ob als eine Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung oder eine 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 43.373.506 gewichtete Versicherungsverhältnisse (ohne Schüler-Unfallversicherung).

4.2 Meldepflichtige Arbeitsunfälle

Im gewerblichen und öffentlichen Bereich waren im Berichtsjahr 919.025 meldepflichtige Arbeitsunfälle zu verzeichnen; dies waren 3,7 Prozent weniger als im Vorjahr.² Da die Zahl der Vollarbeiter jedoch gestiegen ist, ist das Risiko, einen Arbeitsunfall zu erleiden, je 1.000 Voll-

arbeiter von 25,84 im Vorjahr auf 24,52 in 2011 um 5,1 Prozent gefallen.

Ebenso ist die Zahl der geleisteten Arbeitsstunden im Vergleich zum Vorjahr gestiegen, wodurch die Häufigkeit der meldepflichtigen Arbeitsunfälle je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden um 4,5 Prozent gesunken ist. Diese Unfallquote betrug im Berichtsjahr 15,42, während sie im Vorjahr noch bei 16,15 gelegen hatte.

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

Die Quoten zeigen für die verschiedenen Berufsgenossenschaften die gleichen Trends auf: Am stärksten fällt die Abnahme bei der BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe, der Verwaltungs-BG,

² Wobei die Angabe in 2011 bei einigen UV-Trägern der öffentlichen Hand aufgrund einer vorgenommenen Umstellung der Erfassung der Meldepflicht etwas unsicher ist.

der BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse sowie der BG der Bauwirtschaft mit über fünf beziehungsweise vier Prozent aus. Einen Anstieg bei den Arbeitsunfallquoten verzeichnen lediglich die BG Holz und Metall, die BG Verkehr sowie die BG Handel und Warendistribution. (+1 beziehungsweise +2 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. 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).

Tabelle 1: Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter

	2008	2009	2010	2011	Veränd. v. 2010 auf 2011 in %
UV in der gewerblichen Wirtschaft	27,75	25,01	26,44	25,79	-2,47
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	19,84	17,34	19,24	18,75	-2,53
102 BG Holz und Metall	47,15	40,16	42,62	43,09	+1,11
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	21,03	19,71	21,84	20,76	-4,96
104 BG der Bauwirtschaft	67,32	65,13	66,54	63,68	-4,30
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	48,94	41,71	40,13	37,84	-5,72
106 BG Handel und Warendistribution	25,11	24,91	26,85	27,02	+0,62
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	40,28	36,99	42,92	43,34	+0,98
108 Verwaltungs-BG	16,53	14,81	15,82	14,99	-5,24
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	14,75	14,43	15,72	15,54	-1,13
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)	20,87	20,03	22,10	16,56	-25,08
Insgesamt	26,80	24,30	25,84	24,52	-5,09
Schüler-Unfallversicherung					
Schulunfälle je 1.000 Schüler	78,11	73,25	76,35	75,78	-0,75

Tabelle 2: Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden

	2008	2009	2010	2011	Veränd. v. 2010 auf 2011 in %
UV in der gewerblichen Wirtschaft	17,24	15,93	16,53	16,22	-1,86
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	12,32	11,04	12,02	11,79	-1,92
102 BG Holz und Metall	29,28	25,58	26,64	27,10	+1,75
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	13,06	12,56	13,65	13,06	-4,36
104 BG der Bauwirtschaft	41,81	41,48	41,59	40,05	-3,70
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	30,40	26,57	25,08	23,80	-5,13
106 BG Handel und Warendistribution	15,59	15,87	16,78	16,99	+1,26
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	25,02	23,56	26,82	27,26	+1,62
108 Verwaltungs-BG	10,27	9,43	9,89	9,43	-4,64
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	9,16	9,19	9,82	9,77	-0,50
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)	12,96	12,76	13,81	10,41	-24,61
Insgesamt	16,64	15,48	16,15	15,42	-4,49

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 Ortsverkehrswachten 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“, „Bus-Schule“, „Schulweglexikon“).

In den Jahren 2010 und 2011 lief in der gesetzlichen Unfallversicherung die zweijährige bundesweite Präventionskampagne „Risiko raus!“.

Im Jahr 2011 ereigneten sich 188.452 meldepflichtige Wegeunfälle. Nach dem vermutlich witterungsbedingten starken Anstieg im Vorjahr ist damit ihre absolute Zahl gegenüber dem Vorjahr um 15,9 Prozent deutlich gesunken. Bezogen auf 1.000 (gewichtete) Versicherungsverhältnisse (vgl. Abschnitt „Unfallquoten“) hat sich die Häufigkeit der meldepflichtigen Wegeunfälle von 5,25 im Vorjahr auf 4,34 im Berichtsjahr um 17,2 Prozent verringert. Die Entwicklung der Wegeunfallquoten bei den Berufsgenossenschaften liegt zwischen -10 und -21 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 16.564 im Vorjahr um 5,0 Prozent auf 15.740 in 2011 zurückgegangen. Dabei hat ihre Häufigkeit je 1.000 Vollarbeiter

von 0,448 auf 0,420 im Berichtsjahr um 6,3 Prozent abgenommen. Bezogen auf eine Million geleistete Arbeitsstunden ist ein Rückgang um 5,7 Prozent, von 0,280 in 2010 auf 0,264 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 uneinheitlich ausgefallen ist. Einer Zunahme der BG Verkehr von 2,9 beziehungsweise 3,5 Prozent stehen Rückgänge in allen anderen Berufsgenossenschaften, vor allem in der BG für Rohstoffe und chemische Industrie (-21,8 beziehungsweise 21,3 Prozent), gegenüber.

4.5 Neue Wegeunfallrenten

Die Zahl der neuen Wegeunfallrenten ist von 6.076 in 2010 auf 5.951 im Berichtsjahr um 2,1 Prozent gesunken. Dabei ist das Unfallrisiko je 1.000 (gewichteter) Versicherungsverhältnisse um 3,6 Prozent von 0,142 auf 0,137 gefallen. **Tabelle 6** zeigt, dass sich die Veränderung dieser Wegeunfallquote gegenüber dem Vorjahr in den verschiedenen Bereichen ausgesprochen

unterschiedlich darstellt. Der höchste Anstieg ist in der BG Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (+10,8 Prozent) zu verzeichnen, der größte Rückgang in der BG Holz und Metall (-23,3 Prozent).

4.6 Verhältnis von neuen Unfallrenten zu meldepflichtigen Unfällen

Im Jahr 2011 kamen auf 1.000 meldepflichtige Arbeitsunfälle 17 neue Arbeitsunfallrenten, auf 1.000 meldepflichtige Wegeunfälle hingegen 32 neue Wegeunfallrenten. Daraus ist zu ersehen, dass Wegeunfälle im Vergleich zu Arbeitsunfällen weitaus häufiger besonders schwere Folgen haben.

4.7 Tödliche Unfälle

Bei den tödlichen Arbeitsunfällen ist ein Rückgang um 21 Fälle auf 498 Todesfälle zu verzeichnen. Bei der Zahl der tödlichen Wegeunfälle findet sich ein Anstieg um 27 Fälle auf 394.

Während auf 1.000 neue Arbeitsunfallrenten 32 tödliche Arbeitsunfälle kommen, entfallen auf 1.000 neue Wegeunfallrenten mit 66 tödlichen Wegeunfällen

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

5 Schul- und Schulwegunfälle

Im Berichtsjahr ereigneten sich 1.407.810 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 gefallen (-1,7 Prozent). Der Schulweganteil liegt mit 114.157 meldepflichtigen Unfällen bei 8,1 Prozent. Nach einem Anstieg im Vorjahr ist das Schülerunfallrisiko im Berichtsjahr wieder gesunken (-1,4 Prozent). Die Rate liegt bei 82,5 Schülerunfällen je 1.000 versicherte Schüler.

Ebenso ist bei der Zahl der neuen Schülerunfallrenten ein Rückgang von 13,7 Prozent auf insgesamt 808 erstmalige Entschädigungen zu verzeichnen. Dabei liegt

der Anteil der neuen Wegeunfallrenten bei 37,5 Prozent.

Die Zahl der tödlichen Schülerunfälle hingegen ist von 56 auf 77 gestiegen (37,5 Prozent). Der weit überwiegende Teil der tödlichen Schülerunfälle ereignet sich auf dem Schulweg. Im Jahr 2011 liegt der Anteil bei 90,9 Prozent.

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 der Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden“. In diese Liste können ausschließlich Erkrankungen durch besondere gefährdende Einwirkungen aufgenommen werden, denen bestimmte Personengruppen durch ihre ▶

Tabelle 3: Meldepflichtige Wegeunfälle je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse

	2008	2009	2010	2011	Veränd. v. 2010 auf 2011 in %
UV in der gewerblichen Wirtschaft	4,13	4,13	5,11	4,26	-16,6
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	4,35	4,23	5,02	4,29	-14,5
102 BG Holz und Metall	4,47	4,27	5,20	4,49	-13,6
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	3,62	3,56	4,12	3,49	-15,3
104 BG der Bauwirtschaft	3,57	3,76	4,41	3,77	-14,4
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	3,96	3,75	4,30	3,47	-19,4
106 BG Handel und Warendistribution	4,65	4,89	6,03	5,11	-15,3
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	3,53	3,62	4,57	4,11	-10,1
108 Verwaltungs-BG	4,18	4,11	5,29	4,19	-20,8
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	4,20	4,31	5,60	4,78	-14,7
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)	4,88	5,00	6,12	4,89	-20,0
Insgesamt	4,23	4,24	5,25	4,34	-17,2
Schüler-Unfallversicherung					
Schulwegunfälle je 1.000 Schüler	6,95	6,77	7,28	6,69	-8,1

Tabelle 4: Neue Arbeitsunfallrenten je 1.000 Vollarbeiter

	2008	2009	2010	2011	Veränd. v. 2010 auf 2011 in %
UV in der gewerblichen Wirtschaft	0,493	0,488	0,480	0,450	-6,4
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,648	0,646	0,656	0,513	-21,8
102 BG Holz und Metall	0,666	0,718	0,671	0,607	-9,5
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,487	0,489	0,515	0,494	-4,1
104 BG der Bauwirtschaft	1,523	1,462	1,423	1,367	-4,0
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,522	0,577	0,572	0,510	-10,9
106 BG Handel und Warendistribution	0,543	0,491	0,508	0,470	-7,4
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	1,096	1,169	1,139	1,172	+2,9
108 Verwaltungs-BG	0,222	0,218	0,215	0,211	-2,1
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,227	0,228	0,239	0,215	-10,2
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)	0,286	0,253	0,251	0,232	-7,3
Insgesamt	0,464	0,455	0,448	0,420	-6,3
Schüler-Unfallversicherung					
Schulunfälle je 1.000 Schüler	0,043	0,044	0,036	0,030	-18,2

Tabelle 5: Neue Arbeitsunfallrenten je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden

	2008	2009	2010	2011	Veränd. v. 2010 auf 2011 in %
UV in der gewerblichen Wirtschaft	0,306	0,311	0,300	0,283	-5,8
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,403	0,411	0,410	0,323	-21,3
102 BG Holz und Metall	0,414	0,457	0,419	0,382	-8,9
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,302	0,312	0,322	0,311	-3,5
104 BG der Bauwirtschaft	0,946	0,931	0,889	0,859	-3,4
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,324	0,368	0,357	0,320	-10,3
106 BG Handel und Warendistribution	0,337	0,313	0,317	0,296	-6,8
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	0,680	0,745	0,712	0,737	+3,5
108 Verwaltungs-BG	0,138	0,139	0,135	0,133	-1,5
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,141	0,145	0,149	0,135	-9,6
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)	0,178	0,161	0,157	0,146	-6,7
Insgesamt	0,288	0,290	0,280	0,264	-5,7

Tabelle 6: Neue Wegeunfallrenten je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse

	2008	2009	2010	2011	Veränd. v. 2010 auf 2011 in %
UV in der gewerblichen Wirtschaft	0,134	0,143	0,143	0,137	-4,3
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,169	0,204	0,200	0,177	-11,3
102 BG Holz und Metall	0,172	0,184	0,184	0,141	-23,3
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,157	0,175	0,161	0,146	-9,2
104 BG der Bauwirtschaft	0,129	0,130	0,145	0,118	-18,3
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,105	0,120	0,123	0,114	-7,4
106 BG Handel und Warendistribution	0,164	0,178	0,175	0,168	-4,0
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	0,129	0,135	0,135	0,142	+4,8
108 Verwaltungs-BG	0,108	0,112	0,113	0,120	+6,1
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,126	0,124	0,132	0,146	+10,8
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)	0,138	0,133	0,137	0,139	+1,4
Insgesamt	0,135	0,141	0,142	0,137	-3,6
Schüler-Unfallversicherung					
Schulwegunfälle je 1.000 Schüler	0,018	0,018	0,019	0,018	-4,1

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 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 Abs. 1 erfüllt sind.

Damit eine Erkrankung als Berufskrankheit anerkannt werden kann, muss zwischen versicherter Tätigkeit und schädigender Einwirkung sowie zwischen dieser Einwirkung und der Erkrankung ein rechtlich wesentlicher ursächlicher Zusammenhang bestehen. Bei einigen Krankheiten müssen zusätzlich – neben diesem Kausalzusammenhang und den

jeweiligen medizinischen Merkmalen – besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein: Zum Beispiel müssen Hauterkrankungen zusätzlich zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können; darüber hinaus muss das Tatbestandsmerkmal „schwere Krankheit oder wiederholte Rückfälligkeit“ erfüllt sein.

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

Tabelle 7: Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit nach Krankheitsgruppen

(Unter-) Gruppe	Bezeichnung	2008	2009	2010	2011	Veränderung von 2010 auf 2011	
						absolut	in % ¹
1	Chemische Einwirkungen	2.853	3.019	4.279	3.793	+500	+15,2
11	Metalle und Metalloide	321	315	269	351	+82	+30,5
12	Erstickungsgase	119	192	141	48	-93	-66,0
13	Lösungsmittel, Pestizide und sonstige chemische Stoffe	2.413	2.512	3.869	3.394	+511	+17,7
2	Physikalische Einwirkungen	19.425	21.875	22.667	22.138	-529	-2,3
21	Mechanische Einwirkungen	9.516	10.466	11.279	10.114	-1.165	-10,3
22	Druckluft	13	7	6	4	-2	x
23	Lärm	9.367	10.816	10.979	11.640	+661	+6,0
24	Strahlen	529	586	403	380	-23	-5,7
3	Infektionserreger, Parasiten, Tropenkrankheiten	2.495	2.471	2.398	2.577	+179	+7,5
4	Atemwege, Lungen, Rippenfell, Bauchfell	14.821	17.189	16.141	15.557	-584	-3,6
41	Anorganische Stäube	11.229	13.565	12.350	11.834	-516	-4,2
42	Organische Stäube	170	205	182	206	+24	+13,2
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	3.422	3.419	3.609	3.517	-92	-2,5
5	Hautkrankheiten	18.670	19.408	23.798	25.230	+1.432	+6,0
6	Augenzittern der Bergleute	4	1	2	6	+4	x
	Sonstige Anzeigen	2.468	2.411	1.978	1.968	-10	-0,5
	Insgesamt	60.736	66.951	71.263	71.269	+992	+1,4

¹ Prozent nur bei Fallzahl > 10

6.2 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit

Für Ärzte besteht nach §202 SGB VII eine Anzeigepflicht bei begründetem Verdacht auf 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. Liegen entsprechende Anhaltspunkte vor, müssen auch Krankenkassen eine Anzeige erstatten. Es können jedoch auch Versicherte und andere Stellen den Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit melden. Der Unfallversicherungsträger prüft von Amts wegen durch das Feststellungsverfahren, ob tatsächlich eine Berufskrankheit i. S. v. §9 Abs. 1 oder 2 SGB VII vorliegt. Naturgemäß ist die Zahl der Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit höher als die Zahl der Fälle, bei denen sich im Feststellungsverfahren dieser Verdacht bestätigt.

Im Jahr 2011 sind bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand 71.269 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit eingegangen: Dies ist ein Anstieg gegenüber dem Vorjahr um 992 Fälle beziehungsweise um 1,4 Prozent. In der Schüler-Unfallversicherung sind Berufskrankheiten erwartungsgemäß seltene Ereignisse. Im Berichtsjahr wurden 120 BK-Verdachtsanzeigen registriert. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich dabei um Hauterkrankungen.

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

Die Hautkrankheiten stellen mit 25.230 Anzeigen den größten Anteil. Die Zahl dieser Verdachtsanzeigen ist 2011 gegenüber dem Vorjahr um 1.432 Fälle beziehungsweise um 6,0 Prozent gestiegen. Hierbei spielt es eine Rolle, dass erstmals ab Berichtsjahr 2005 auch Meldungen nach §3 BKV und Hautarztberichte statistisch bei den Verdachtsanzeigen zu erfassen sind. Mit Meldungen nach §3 BKV wird auf die Gefahr hingewiesen, dass eine Berufskrankheit entstehen, wieder aufleben oder sich verschlimmern kann.

Tabelle 8: Entschiedene Fälle

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Veränderung von 2010 auf 2011	
											absolut	in %
BK-Verdacht bestätigt	25.942	24.877	24.942	25.022	23.019	23.663	23.028	25.570	31.219	34.573	+3.354	+10,7
davon: anerkannte Berufskrankheiten	17.722	16.778	16.784	15.920	14.156	13.383	12.972	16.078	15.461	15.262	-199	-1,3
darunter: neue BK-Renten	5.443	5.085	5.021	5.459	4.781	4.123	4.312	6.643	6.123	5.407	-716	-11,7
davon: berufliche Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt	8.220	8.099	8.158	9.102	8.863	10.280	10.056	9.492	15.758	19.311	+3.553	+22,5
BK-Verdacht nicht bestätigt	44.707	43.575	41.374	38.887	38.040	35.980	36.440	37.132	37.967	37.165	-802	-2,1
Entschiedene Fälle insgesamt	70.649	68.452	66.316	63.909	61.059	59.643	59.468	62.702	69.186	71.738	+2.552	+3,7

Die zweitgrößte Gruppe bilden die 11.834 Verdachtsanzeigen bei den Erkrankungen durch anorganische Stäube. Sie weisen erneut einen Rückgang auf, und zwar um 516 Fälle beziehungsweise 4,2 Prozent. Die 11.640 Anzeigen auf Verdacht einer Erkrankung auf Grund von Lärm sind um 661 Fälle respektive um 6,0 Prozent gestiegen. Die 10.114 Anzeigen auf Verdacht einer Erkrankung auf Grund mechanischer Einwirkungen sind um 1.165 Fälle beziehungsweise um 10,3 Prozent gesunken. Mitursächlich hierfür ist die seit 1. Juli 2009 neue Berufskrankheit Gonarthrose, auf welche nur noch 1.301 Anzeigen entfallen, während 2010 noch 1.804 zu verzeichnen waren. Der starke Anstieg von 17,7 Prozent wegen Lösungsmitteln, Pestiziden und sonstigen chemischen Stoffen ist bedingt durch die neu angezeigten Berufskrankheiten bei der Berufsgenossenschaft Holz und Metall 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 erfüllt – wie in Abschnitt 6.1 beschrieben –, so wird diese anerkannt. Bei bestimmten Berufskrankheiten müssen dafür besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein, wie zum Beispiel die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit. Sind nur diese

nicht erfüllt, so wird zwar die Berufskrankheit im juristischen Sinne nicht anerkannt, es werden jedoch 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 (so genannte „neue Berufskrankheitenrenten“). Bei den anerkannten Berufskrankheiten ohne Rentenzahlung werden vielfach Leistungen in anderer Form erbracht, zum Beispiel Heilbehandlung, Verletztengeld, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Übergangsgeld.

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

Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand entschiedenen Fälle gegeben. Auch hier sind die wenigen Fälle aus dem Bereich der Schüler-Unfallversicherung enthalten. Im Berichtsjahr wurden insgesamt 71.738 Feststellungsverfahren abgeschlossen. Dabei wurde in 34.573 Fällen – und damit in 48,2 Prozent – der Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit bestätigt. Unter diesen Fällen waren 15.262 anerkannte Berufskrankheiten im engeren Sinn, von denen wiederum in 5.407 Fällen eine Rente, Abfindung oder Sterbegeld gezahlt wurde (neue Berufskrankheitenrenten). Der erneute Rückgang bei den neuen BK-Renten ist durch den enormen Anstieg (der BG RCI Branche Bergbau) im Berichtsjahr 2009 zu erklären – unter anderem bedingt durch ein Urteil des BSG sowie einer Änderung der Berufskrankheitenverordnung. Die Altfälle, die durch den Wegfall der Rückwirkungsklausel und der damit verbundenen Anerkennung (BSG-Urteil) entstanden sind, sind nun weitestgehend abgeschlossen.

In den übrigen 19.311 bestätigten Fällen – überwiegend Hauterkrankungen – waren die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt. Der Anstieg bei den Fällen, bei denen die berufliche Verursachung festgestellt wurde, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen aber fehlen, ist durch die Verbesserung der Dokumentation der §3-Maßnahmen in der Stufe 1 des Stufenverfahrens Haut zu begründen. In 37.165 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 aufgliedert. 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 Entziehung, des Wiederauflebens oder der

Verschlimmerung einer Berufskrankheit aufgibt, 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 2011 wurden von den Unfallversicherungsträgern insgesamt 3.717 Übergangsleistungen gewährt, davon 3.605 im Bereich der gewerblichen Wirtschaft. Ihre Verteilung nach Krankheitsgruppen und

Unfallversicherungsträgern weist deutliche Schwerpunkte auf: Mit 1.721 Fällen sind 46,3 Prozent durch Hautkrankheiten begründet, die überwiegend in den Berufsgenossenschaften Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Holz und Metall sowie Nahrungsmittel und Gastgewerbe zu finden sind. In weiteren 1.323 Fällen (35,6 Prozent) handelt es sich um obstruktive Atemwegserkrankungen, die zu 67,6 Prozent auf die BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe entfallen. Weitere 540 Übergangsleistungen (14,5 Prozent) wurden auf Grund von Erkrankungen durch mechanische Einwirkungen erbracht. Es verbleiben 133 Fälle (3,6 Prozent), die sich auf die übrigen Erkrankungen verteilen.

7 Rentenbestand

1991 hatten die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Ausweitung ihrer Zuständigkeit auf die neuen Bundesländer den gesamten laufenden Rentenbestand aufgrund von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten von der Sozialversicherung der ehemaligen DDR übernommen. Damit war der Rentenbestand im Jahre 1991 um rund ein Drittel angestiegen. Ende 2011 belief er sich auf 870.678 Renten, was einem Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 1,2 Prozent entspricht.

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

- 766.714 Renten (88 Prozent) stammen aus dem Bereich der gewerblichen Wirtschaft
- 86.716 Renten (zehn Prozent) stammen aus dem Bereich der öffentlichen Hand
- 17.248 Renten (zwei Prozent) stammen aus dem Bereich der Schüler-Unfallversicherung
- 733.486 Renten (84 Prozent) laufen aufgrund von Unfällen
- 137.192 Renten (16 Prozent) gibt es anlässlich von Berufskrankheiten
- 750.005 Renten (86 Prozent) erhalten Verletzte und Erkrankte
- 120.673 Renten (14 Prozent) erhalten Hinterbliebene

Tabelle 9: Entschiedene Fälle 2011 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	darunter neue BK-Renten				
1	2	3	4	5	6		
1	Chemische Einwirkungen	465	367	11	476	2.943	3.419
11	Metalle und Metalloide	35	24	-	35	278	313
12	Erstickungsgase	18	-	-	18	39	57
13	Lösungsmittel, Pestizide und sonstige chemische Stoffe	412	343	11	423	2.626	3.049
2	Physikalische Einwirkungen	7.106	899	165	7.271	14.944	22.215
21	Mechanische Einwirkungen	899	441	165	1.064	9.794	10.858
22	Druckluft	1	-	-	1	3	4
23	Lärm	6.107	364	-	6.107	4.753	10.860
24	Strahlen	99	94	-	99	394	493
3	Infektionserreger, Parasiten, Tropenkrankheiten	1.025	83	-	1.025	1.522	2.547
4	Atemwege, Lungen, Rippenfell, Bauchfell	5.906	3.804	307	6.213	9.600	15.813
41	Anorganische Stäube	5.333	3.529	-	5.333	6.818	12.151
42	Organische Stäube	67	51	-	67	120	187
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	506	224	307	813	2.662	3.475
5	Hautkrankheiten	601	157	18.828	19.429	6.380	25.809
6	Augenzittern der Bergleute	-	-	-	-	3	3
	Fälle gemäß DDR-BKVO-Liste	23	19	-	23	74	97
	Sonstige Krankheiten	136	78	-	136	1.699	1.835
	Insgesamt	15.262	5.407	19.311	34.573	37.165	71.738

Tabelle 10: Aufwendungen für Heilbehandlung

	Euro			Veränd. v. 2010 auf 2011 in %
	2009	2010	2011	
Ambulante Heilbehandlung	1.140.652.854	1.217.359.617	1.258.615.274	+3,4
Zahnersatz	16.571.461	16.068.878	16.013.638	-0,3
Ambulante Heilbehandlung und Zahnersatz zusammen	1.157.224.315	1.233.428.495	1.274.628.913	+3,3
Stationäre Behandlung	939.431.084	1.017.980.303	1.035.375.657	+1,7
Häusliche Krankenpflege	9.492.935	10.710.575	11.350.817	+6,0
Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege zusammen	948.924.019	1.028.690.878	1.046.726.474	+1,8
Verletztengeld	555.616.994	582.729.332	601.030.629	+3,1
Besondere Unterstützung	1.082.971	1.051.438	1.069.184	+1,7
Verletztengeld und besondere Unterstützung zusammen	556.699.965	583.780.770	602.099.813	+3,1
Gewährung der Pflege	110.223.269	116.405.159	125.430.171	+7,8
Pflegegeld	105.781.131	108.665.755	108.099.781	-0,5
Entschädigung für Wäsche- und Kleiderverschleiß	16.882.024	16.953.165	16.947.188	-0,0
Übrige Heilbehandlungskosten	813.033	1.054.742	936.304	-11,2
Sozialversicherungsbeiträge bei Verletztengeld	182.026.640	189.753.174	200.163.823	+5,5
Reisekosten bei Heilbehandlung und Pflege	163.887.254	176.588.115	188.473.601	+6,7
Haushaltshilfe und Kinderbetreuung	5.282.840	5.666.791	5.883.402	+3,8
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	35.537.547	34.325.704	39.108.463	+13,9
Verletztengeld wegen Unfall des Kindes	1.313.498	1.550.523	1.778.346	+14,7
Sonstige Heilbehandlungskosten zusammen	621.747.237	650.963.126	686.821.079	+5,5
Insgesamt	3.284.595.536	3.496.863.269	3.610.276.278	+3,2

tungen entfielen auf Heilbehandlung, 187 Millionen Euro auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und 5,474 Milliarden Euro auf Renten, Abfindungen und Beihilfen.

8.1 Heilbehandlung

2011 lagen die gesamten Aufwendungen für Heilbehandlung einschließlich medizinischer Rehabilitation, Geldleistungen, Pflege und ergänzender Leistungen in Höhe von 3,61 Milliarden Euro um 3,2 Prozent beziehungsweise um 113 Millionen Euro über denen des Vorjahres. Ihre detaillierte Aufgliederung in **Tabelle 10** zeigt, dass die Kosten in den meisten Teilbereichen gestiegen sind. Hervorzuheben ist der Anstieg bei der stationären Behandlung um 17 Millionen Euro beziehungsweise um 1,7 Prozent, bei der ambulanten Behandlung um 41 Millionen Euro beziehungsweise um 3,4 Prozent sowie beim Verletztengeld um 18 Millionen Euro (3,1 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 39 Millionen Euro beliefen.

8.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Im Berichtsjahr betragen diese Aufwendungen 187 Millionen Euro. Sie lagen damit um 4,0 Prozent beziehungsweise um sieben Millionen Euro höher als im Vorjahr. In **Tabelle 11** sind sie nach den verschiedenen Teilbereichen aufgeschlüsselt.

8 Entschädigungsleistungen

In diesem Abschnitt werden summarisch alle Entschädigungsleistungen einschließlich der Aufwendungen der Schüler-Unfallversicherung dargestellt, welche Unfallversicherungsträger im Bereich der gewerblichen Wirtschaft und der öffentlichen Hand im Jahr 2011 für ihre Versicherten erbracht haben. Als Entschädigungsleistungen gelten die Dienst-, Sach- und Barleistungen nach Eintritt des Versicherungsfalles an Verletzte und Erkrankte sowie an Hinterbliebene. Im Einzelnen handelt es sich dabei um Heilbehandlung inklusive Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, Pflege und Geldleistungen. Die Entschädigungsleistungen beliefen sich 2011 auf 9,37 Milliarden Euro. Das waren 65,6 Millionen Euro beziehungsweise 0,7 Prozent

mehr als im Vorjahr, wobei hier anzumerken ist, dass aufgrund des neuen Kontenrahmens (Erlass des BMAS vom 27. November 2009) Vergleiche mit Jahren vor 2010 nur bedingt möglich sind. 3,61 Milliarden Euro der Entschädigungsleis-

Tabelle 11: Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

	Euro			Veränd. v. 2010 auf 2011 in %
	2009	2010	2011	
Sachleistungen	78.876.218	85.492.268	88.171.586	+3,1
Übergangsgeld	39.183.428	41.761.353	44.902.188	+7,5
Sonstige Barleistungen	456.029	577.426	735.062	+27,3
Sozialversicherungsbeiträge bei Übergangsgeld	22.620.067	24.277.114	25.371.737	+4,5
Reisekosten	7.666.886	8.210.738	8.408.963	+2,4
Haushaltshilfe	160.761	177.848	207.993	+16,9
Sonstige ergänzende Leistungen	4.746.178	4.403.831	4.927.421	+11,9
Übergangsleistungen	14.523.301	14.725.023	14.049.853	-4,6
Insgesamt	168.232.870	179.625.599	186.774.803	+4,0

Tabelle 12: Aufwendungen für Renten, Beihilfen und Abfindungen

	2009	Euro 2010	2011	Veränd. v. 2010 auf 2011 in %
Renten an Versicherte	3.994.375.277	3.993.056.593	3.954.729.802	-1,0
Witwen/Witwer nach § 65 Abs. 2 Nr. 2 SGB VII	12.944.793	11.511.648	10.021.357	-12,9
Witwen/Witwer nach § 65 Abs. 2 Nr. 3 SGB VII	1.306.308.594	1.304.521.662	1.296.634.973	-0,6
Rente im Sterbevierteljahr nach § 65 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII	15.957.956	15.443.063	15.621.220	+1,2
Witwen/Witwer zusammen	1.335.211.344	1.331.476.372	1.322.277.550	-0,7
Waisen	102.801.491	98.556.217	92.665.518	-6,0
Sonstige Berechtigte	277.632	265.359	211.256	-20,4
Renten zusammen	5.432.665.744	5.423.354.541	5.369.884.126	-1,0
Beihilfen nach § 71 SGB VII an				
Witwen/Witwer einmalig	15.697.844	15.269.905	15.409.137	+0,9
Witwen/Witwer laufend	1.872.533	1.926.322	2.043.054	+6,1
Witwen/Witwer zusammen	17.570.378	17.196.227	17.452.192	+1,5
Waisen	357	67.394	34.209	-49,2
Beihilfen zusammen	17.570.735	17.263.620	17.486.400	+1,3
Abfindungen an Versicherte ¹	90.789.184	88.473.724	85.575.955	-3,3
Abfindungen an Hinterbliebene	1.084.907	718.810	758.046	+5,5
Abfindungen zusammen	91.874.091	89.192.534	86.334.001	-3,2
Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	305.575	232.852	254.241	+9,2
Insgesamt	5.542.416.144	5.530.043.547	5.473.958.769	-1,0

¹inklusive Gesamtvergütungen

Mit 88 Millionen Euro wurden 47,2 Prozent aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Sachleistungen aufgewendet. Mit 45 Millionen Euro entfielen weitere 24,0 Prozent der Kosten auf Übergangsgeld.

8.3 Renten, Beihilfen und Abfindungen

Die gesamten Aufwendungen dieser Art in Höhe von 5,474 Milliarden Euro weisen 2011 gegenüber dem Vorjahr einen Rückgang um 1,0 Prozent auf; sie sind in **Tabelle 12** näher aufgeschlüsselt. Mit 5,37 Milliarden Euro wurden 98 Prozent davon für Renten an Verletzte, Erkrankte und Hinterbliebene ausgegeben, wobei 3,955 Milliarden Euro auf Versichertenrenten entfielen und 1,415 Milliarden Euro auf Hinterbliebenenrenten. Für Beihilfen an Hinterbliebene wurden 17 Millionen Euro aufgewendet und für Abfindungen an Versicherte und Hinter-

bliebene 86 Millionen Euro. Darüber hinaus wurden im Berichtsjahr 254.200 Euro für Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen bereitgestellt.

Tabelle 13: Steuerungskosten für Prävention

	2009	Euro 2010	2011	Veränd. v. 2010 auf 2011 in %
Herstellung von Unfallverhütungsvorschriften	3.229.241	3.074.438	2.702.969	-12,1
Personal- und Sachkosten der Prävention ¹	536.522.513	534.341.964	557.191.867	+4,3
Aus- und Fortbildung (§ 23 SGB VII)	137.644.982	118.150.000	123.210.579	+4,3
Zahlungen an Verbände für Prävention	76.773.833	81.130.847	84.580.739	+4,3
Arbeitsmedizinische Dienste	48.325.575	45.565.515	48.067.295	+5,5
Sicherheitstechnische Dienste	14.855.974	15.371.299	13.567.000	-11,7
Sonstige Kosten der Prävention	67.231.533	79.793.606	82.152.970	+3,0
Erste Hilfe (§ 23 Abs. 2 SGB VII)	30.546.709	34.007.280	36.751.389	+8,1
Insgesamt	915.130.360	911.434.949	948.224.808	+4,0

¹Bezeichnung im Kontenrahmen vor Berichtsjahr 2010: „Überwachung und Beratung der Unternehmen“

9 Steuerungskosten für Prävention

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

2011 haben die Unfallversicherungsträger 948 Millionen Euro für Prävention, arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste und erste Hilfe ausgegeben. Diese Aufwendungen lagen um 4,0 Prozent über denen des Vorjahres, wobei auch hier aufgrund des neuen Kontenrahmens Vergleiche mit Jahren vor 2010 nur bedingt möglich sind. Mehr als die Hälfte der Ausgaben entfiel mit 557 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 123 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 2011: Ermittlung des Umlagesolls

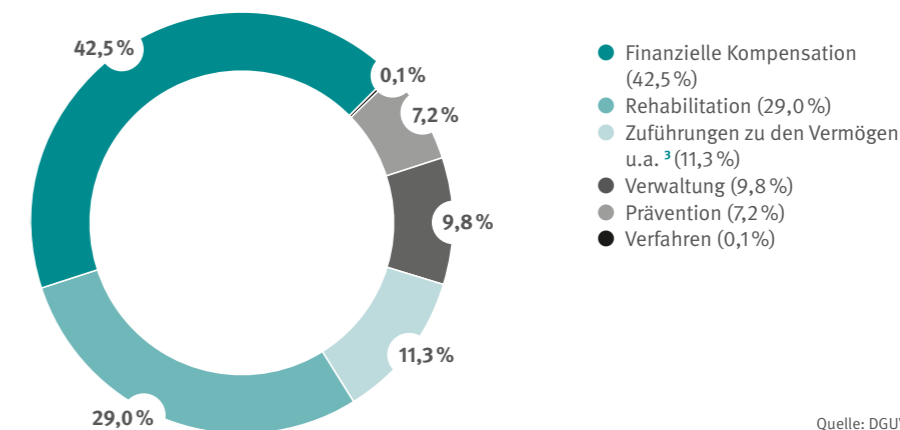
Ktgr.	Umlagewirksame Aufwendungen	Euro	Ktgr.	Umlagewirksame Erträge	Euro
Kontenklasse 4			Kontenklasse 2		
40	Ambulante Heilbehandlung	964.753.835	21	Sonstige Beitragseingänge	377.380.853
45	Zahnersatz	9.551.256	22	Verzugszinsen, Säumniszuschläge	24.285.310
46	Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege	856.853.939		Insgesamt	401.666.163
47	Verletztengeld und besondere Unterstützung	541.509.126			
48	Sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen	559.897.489			
49	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	166.687.626			
	Insgesamt	3.099.253.271			
Kontenklasse 5			Kontenklasse 3 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 30/31)		
50	Renten an Versicherte und Hinterbliebene	4.794.379.831	32	Umlagewirksame Vermögenserträge aus den Betriebsmitteln	76.653.683
51	Beihilfen an Hinterbliebene	16.175.824	33	Vermögenserträge	-
52	Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene	79.598.414	34	Gewinne der Aktiva	-
53	Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	64.006	35	Einnahmen aus Ersatzansprüchen	362.652.681
56	Mehrleistungen und Aufwendersersatz	32.872	36	Geldbußen und Zwangsgelder	2.503.767
57	Sterbegeld und Überführungskosten	16.295.541	37	Entnahmen aus den Vermögen	169.516.351
58	Leistungen im Rahmen von Unfalluntersuchungen	59.022.761	38	Einnahmen aus öffentlichen Mitteln	477.080
59	Prävention	851.193.188	39	Sonstige Einnahmen	762.305.772
	Insgesamt	5.816.762.437		Insgesamt	1.374.109.333
Kontenklasse 6 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 60/61)					
62	Zuschreibungen und sonstige Aufwendungen	-			
63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	3.910.609			
64	Beitragsausfälle	254.593.108			
65	Beitragsnachlässe	234.883.345			
66	Verluste durch Wertminderung der Aktiva und Wertsteigerung der Passiva	-			
67	Zuführungen zu den Vermögen	802.825.911			
69	Sonstige Aufwendungen	758.441.969			
	Insgesamt	2.054.654.942			
Kontenklasse 7					
70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	577.949.846			
71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	108.000.044			
72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	68.925.571			
73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	134.723.080			
74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	6.366.913			
75	Vergütungen an andere für Verwaltungsarbeiten	205.850.371			
76	Kosten der Rechtsverfolgung	7.998.765			
77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	4.161.786			
78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	1.486.168			
79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	-			
	Insgesamt	1.115.462.545			
	Summe der umlagewirksamen Aufwendungen	12.086.133.194		Summe der umlagewirksamen Erträge	1.775.775.497
Ermittlung des Umlagesolls:					
	umlagewirksame Aufwendungen				12.086.133.194
	abzüglich umlagewirksamer Erträge				1.775.775.497
	Umlagesoll (Überschuss der Aufwendungen)				10.310.357.698

Tabelle 15: Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand – Zusammenfassende Abschlussübersicht für das Jahr 2011: Umlagerrechnung

Ktgr.	Umlagewirksame Aufwendungen	Euro	Ktgr.	Umlagewirksame Erträge	Euro
Kontenklasse 4			Kontenklasse 2		
40	Ambulante Heilbehandlung	293.861.439	20	Umlagebeiträge der Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbände	1.268.866.657
45	Zahnersatz	6.462.382	21	Sonstige Beitragseingänge	39.155.495
46	Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege	189.872.534	22	Verzugszinsen, Säumniszuschläge	245.834
47	Verletztengeld und besondere Unterstützung	60.590.687		Insgesamt	1.308.267.987
48	Sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen	126.923.590			
49	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	20.087.177			
	Insgesamt	697.797.810			
Kontenklasse 5			Kontenklasse 3 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 30/31)		
50	Renten an Versicherte und Hinterbliebene	575.504.295	32	Umlagewirksame Vermögenserträge aus den Betriebsmitteln	12.633.827
51	Beihilfen an Hinterbliebene	1.310.577	33	Vermögenserträge	-
52	Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene	6.735.587	34	Gewinne der Aktiva	-
53	Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	190.235	35	Einnahmen aus Ersatzansprüchen	85.781.376
56	Mehrleistungen und Aufwendungsersatz	14.606.905	36	Geldbußen und Zwangsgelder	-
57	Sterbegeld und Überführungskosten	1.349.537	37	Entnahmen aus den Vermögen	66.059.628
58	Leistungen im Rahmen von Unfalluntersuchungen	7.368.632	38	Einnahmen aus öffentlichen Mitteln	149.066.091
59	Prävention	97.031.620	39	Sonstige Einnahmen	2.775.005
	Insgesamt	704.097.387		Insgesamt	316.315.927
Kontenklasse 6 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 60/61)					
62	Zuschreibungen und sonstige Aufwendungen	-		Summe der Erträge	1.624.583.914
63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	148.644		Differenz bei UK Hessen und Bayerischer GUVV	1.872.159
64	Beitragsausfälle	46.605			
65	Beitragsnachlässe	1.345.579			
66	Verluste durch Wertminderung der Aktiva und Wertsteigerung der Passiva	-			
67	Zuführungen zu den Vermögen	36.902.168			
69	Sonstige Aufwendungen	998.983			
	Insgesamt	39.441.980			
Kontenklasse 7					
70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	128.703.465			
71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	9.206.938			
72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	10.705.975			
73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	21.563.455			
74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	1.284.817			
75	Vergütungen an andere für Verwaltungsarbeiten	10.796.108			
76	Kosten der Rechtsverfolgung	1.461.156			
77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	253.443			
78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	285.298			
79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	858.241			
	Insgesamt	185.118.896			
	Summe der umlagewirksamen Aufwendungen	1.626.456.073		Summe der umlagewirksamen Erträge	1.626.456.073
	Umlagebeitrag	1.268.866.657			

Abbildung 2: Aufwendungen 2011
Insgesamt: 13.099.989.058 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.



Quelle: DGUV

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 Grunde ist beiden Bereichen hier ein eigener Abschnitt gewidmet. Dieser enthält jeweils auch eine Überblicksdarstellung der Aufwands- und Ertragsrechnung.

10.1 Aufbringung der Mittel und Beitragssatz im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften
Das Umlagesoll für 2011 beläuft sich auf 10,31 Milliarden Euro und ist damit um 5,0 Prozent höher als im Vorjahr. Das beitragspflichtige Entgelt ist um 5,5 Prozent auf 783,5 Milliarden Euro gestiegen. Der durchschnittliche Beitragssatz ist gegenüber dem Vorjahr unverändert und beträgt erneut 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

* ³ Eine Pflicht, Rücklagen zu bilden, besteht für die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand nicht.

Entwicklung eine hohe Stabilität auf. Dementsprechend ist der Anteil dieses Beitragssatzes am Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz von 5,0 Prozent im Jahr 1970 auf 3,16 Prozent im Berichtsjahr 2011 gesunken.

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

Der Anteil des einzelnen 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 in diesem Gewerbegebiet. Zusätzlich setzen

die gewerblichen Berufsgenossenschaften Beitragszuschläge und -nachlässe fest, deren Höhe sich nach Zahl, Schwere und Kosten der Arbeitsunfälle (ohne Wegeunfälle) im einzelnen Unternehmen richtet. Diese Zuschläge und Nachlässe geben dem Unternehmer einen wirtschaftlichen Anreiz, möglichst effektiv Unfälle zu verhüten.

10.2 Aufbringung der Mittel im Bereich der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand
Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand finanzieren sich in erster Linie aus Beiträgen der Kommunen, Landkreise, Länder und 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

Arbeitsunfall

Erleidet ein in der gesetzlichen Unfallversicherung Versicherter unter ungeklärten Umständen einen Gesundheitsschaden, liegt kein Arbeitsunfall vor, wenn er nicht in einem engen zeitlichen und örtlichen Zusammenhang mit der Verrichtung einer versicherten Tätigkeit verunglückt ist.

§ (Urteil des Bundessozialgerichts vom 31.1.2012 – B 2 U 2/11 R –, UV-Recht Aktuell 008/2012, S. 540 – 548)

Streitig war die Anerkennung eines Arbeitsunfalls. Der Kläger, Berufskraftfahrer einer Spedition, war nach einer um 1.00 Uhr begonnenen und um 9.30 Uhr beendeten Auslieferungsfahrt auf dem Betriebshof eines Kunden mit einem Hämatom am Kopf angetroffen worden. Später wurden unter anderem ein schweres Schädel-Hirn-Trauma, eine Schädelfraktur und eine retrograde Amnesie diagnostiziert. Der Unfallhergang ließ sich nicht aufklären. Der Kläger konnte wegen der Amnesie zum Unfallgeschehen keine Angaben machen.

Das BSG hat einen Arbeitsunfall verneint. Es sei nicht nachgewiesen oder nachweisbar, dass der Kläger die Gesundheitsschäden bei der Ausübung einer in einem sachlichen Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit stehenden Verrichtung erlitten habe. Ob die Gesundheitsschädigung während der Zeiten der Verrichtung von Kraftfahreraufgaben oder während einer mehrstündigen Erholungspause eingetreten

sei, wisse man nicht. Es sei nicht feststellbar gewesen, welche versicherten und nicht versicherten Verrichtungen der Kläger in der Zeit zwischen Arbeitsbeginn und Warenablieferung ausgeführt habe.

„Beweiserleichterungen“ könne es hier nicht geben. Es sei zeitlich wie örtlich völlig ungeklärt, bei welcher Gelegenheit sich der Kläger die Verletzungen zugezogen habe (möglicherweise zwischen 1.00 Uhr und 9.30 Uhr, im Fahrzeug oder anderswo). Unbeachtlich sei schließlich das Argument des Klägers, bei der von ihm eingelegten Pause habe es sich nicht um eine eigenwirtschaftliche Tätigkeit gehandelt, da er als Berufskraftfahrer zur Einhaltung von Ruhezeiten gesetzlich verpflichtet sei. Werde ein Versicherter während einer Arbeitspause eigenwirtschaftlich tätig, sei er ebenso wenig versichert wie jemand, der während der normalen Arbeitszeit eine eigenwirtschaftliche Tätigkeit einschlebe. In beiden Fällen werde die versicherte Tätigkeit unterbrochen. Die Voraussetzungen für die Annahme eines Arbeitsunfalls seien damit nicht erfüllt.

Schadensersatz

Zum Nichtvorliegen der Haftungsprivilegierung für den Fahrer einer französischen Speditionsfirma bei der Herbeiführung des Arbeitsunfalls eines Lagerarbeiters einer Firma in Deutschland.

§ (Urteil des LG Ellwangen vom 16.3.2012 – 5 O 341/11 –, UV-Recht Aktuell 007/2012, S. 501 – 508)

Streitig waren vorliegende Schadensersatzansprüche der klagenden BG aus übergegangenem Recht. Der Geschädigte (G) – Lagerarbeiter bei einer Firma (V) in Ellwangen – belud am 20. September 1999 auf dem Betriebsgelände der Firma den Lkw einer französischen Speditionsfirma, mit dem das Ladegut anschließend abtransportiert werden sollte. Der französische Fahrer (S) des Lkw war bei der Speditionsfirma beschäftigt. Mit einem Gabelstapler fuhr G Waren aus dem Lager der Firma V über eine Rampe auf den an der Rampe stehenden Sattelaufleger und lud sie dort ab. Im Verlaufe des Beladevorgangs hatte sich S bei G erkundigt, ob der Verladevorgang schon abgeschlossen sei. G hatte dies verneint, und S hatte sich daraufhin wieder entfernt. Während G die nächste Palette auf den Lkw fuhr, löste S aus nicht bekannten Gründen die Unterlegkeile sowie die Feststellbremse des Lkw, ohne dass G dies bemerkte. Als G nun wieder auf die Rampe fahren wollte, rollte der Lkw

vor und entfernte sich damit von der Rampe. G stürzte mit dem Stapler in die entstandene Lücke zwischen Rampe und Sattelaufleger auf den Außenhof und verletzte sich erheblich.

Das LG hat einen Anspruch der BG gegen S und den Versicherer auf Erstattung ihrer Aufwendungen infolge des Arbeitsunfalls des G bejaht. Haftungsprivilegien nach §§ 104 ff. SGB VII seien nicht gegeben. Die Frage, ob G und S betriebliche Tätigkeiten auf einer gemeinsamen Betriebsstätte verrichtet hätten, könne dahinstehen, denn S sei jedenfalls nicht Versicherter i. S. d. § 106 Abs. 3 3. Alt. SGB VII gewesen. Darunter seien – in systematischer und teleologischer Auslegung der Vorschrift – nur solche Personen zu verstehen, die nach deutschem UV-Recht versichert seien. S sei aber nach französischem Sozialversicherungsrecht unfallversichert gewesen. Auf den Gleichbehandlungsgrundsatz könne sich S nicht berufen. Auch als Deutscher wäre er nicht in das hiesige Unfallversicherungsrecht eingebunden und deshalb nicht Teil der haftungsrechtlichen Gefahrengemeinschaft.

Motorjournalisten ehren Forscherin der Universitätsmedizin Greifswald

Dr. med. Julia Seifert, leitende Oberärztin der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Unfallkrankenhaus Berlin (ukb), ist am 1. Juni 2012 für ihre langjährige Verkehrsunfallforschung an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald mit dem „Goldenen Dieselring“ des Verbandes der Motorjournalisten (VdM) ausgezeichnet worden. Mit der Preisverleihung würdigt der VdM vor allem Seiferts Erfolge in der umfangreichen Analyse schwerer Verkehrsunfälle und ihrer Ursachen. Die in Greifswald und Berlin seit 2000 gewonnenen Erkenntnisse zu Verletzungsmustern und Einflussfaktoren wie Fahrzeugtechnik, Umwelt und individuellem Fahrerverhalten finden seither vielfach Eingang in die Praxis der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland. Insbesondere Fußgängerunfälle stehen im Fokus des Teams um die mehrfache Stipendiatin und Mitbegründerin der Greifswalder Unfallforschung: „Die Unfallzahlen sind den letzten Jahren durch verbesserte Technik permanent gesunken, aber mittlerweile stagnieren sie. Gerade nicht-motorisierte Verkehrsteilnehmer sind immer noch hohen Risiken ausgesetzt. Eine weitere Absenkung kann nur durch konsequente Maßnahmen wie etwa regelmäßige Verkehrserziehung und Tempolimits erreicht werden“, so das Urteil der 44-jährigen Hochschullehrerin, die sich in vielfältiger Form für aktive Präventionsarbeit und Verkehrssicherheit einsetzt.



Dr. med. Julia Seifert

Plastische Chirurgie im Bergmannsheil unter neuer Leitung



Professor Marcus Lehnhardt

Professor Dr. Marcus Lehnhardt ist neuer Direktor der Klinik für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte am Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikum Bergmannsheil. Der 43-jährige tritt die Nachfolge von Prof. Dr. Hans-Ulrich Steinau an, der nach über zwanzigjähriger Tätigkeit aus seinen Diensten für das Bergmannsheil ausscheidet. Lehnhardt ist gebürtiger Bochumer und

hat an der Ruhr-Universität Bochum studiert. Große Teile seiner Ausbildung absolvierte er am Bergmannsheil. 2005 habilitierte er sich nach langjähriger Forschungsarbeit unter anderem am Max Planck-Institut für Physiologische Chemie in Dortmund für das Fach Plastische Chirurgie. Nach insgesamt 15-jähriger Tätigkeit am Bergmannsheil wechselte er 2010 an das Berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus Ludwigshafen und wurde hier Direktor der Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie mit Schwerbrandverletztenzentrum. An der Universität Heidelberg hatte er zugleich eine ordentliche Professur inne, verbunden mit dem Lehrstuhl für Plastische Chirurgie, Handchirurgie und Verbrennungsmedizin. Zum 1. Juli 2012 kehrt Prof. Lehnhardt als Direktor der Klinik für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte mit Handchirurgiezentrum ans Bergmannsheil zurück.

Sportintendant wird Mitglied der Jury

Ulrich Wilhelm, Sportintendant der ARD, wird künftig Mitglied der Jury des „German Paralympic Media Award“ sein. Er nehme die Einladung, in der Jury mitzuwirken, gerne an, sagte Wilhelm: „Als Sportintendant der ARD liegt mir die Förderung einer qualitativ hochwertigen Sportberichterstattung naturgemäß sehr am Herzen. Für den Behindertensport gilt dies in besonderem Maße.“ Gestiftet wird der Paralympic Media Award alljährlich von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Mit dem Preis werden herausragende Reportagen und Analysen

sowie Interviews und andere journalistische Formen der Berichterstattung über den Sport von Menschen mit Behinderung gewürdigt. Die eingereichten Beispiele sollen die Vielfalt der Themen des Behindertensports erfassen, Hintergründe erläutern und die Leser über die Rahmenbedingungen des Behindertensports informieren. Der Preis ist eine Anerkennung für Journalisten, die durch ihre Beiträge das Interesse für den Behindertensport gesteigert und die Leistungen von Sportlern mit Behinderung einem breiten Publikum ins Bewusstsein gerufen haben.



Ulrich Wilhelm, Sportintendant der ARD



Preisverleihung in Berlin: Prof. Gerhard E. Ortner, Vorsitzender der Comenius-Jury (links außen), in der Mitte Gernot Leinert, Redaktionsleiter beim Universum Verlag und ganz rechts das Jurymitglied Dr. Bernd Mikuszeit.

Comenius-Auszeichnung für das Schulportal DGUV Lernen und Gesundheit

Das Schulportal der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) ist am 22. Juni 2012 von der Gesellschaft für Pädagogik und Information (GPI) mit dem Comenius EduMedia Siegel prämiert worden. Das vom Universum Verlag in Wiesbaden produzierte Angebot erhielt die begehrte Comenius-EduMedia-Auszeichnung für seine „besondere didaktische und mediale Qualität.“ Das Schulportal DGUV Lernen und Gesundheit stellt jeden Monat aktuelle und kostenlose Unterrichtsmaterialien zu den Themenbereichen Sicherheit und Gesundheit in der Schule und bei der Arbeit online. Das Konzept der guten gesunden Schule fördert Schülerinnen und Schüler in ihren überfachlichen Kompetenzen und Einstellungen und vermittelt Grundlagen für eine gesunde und sichere

Lebensführung auch über Schule und Beruf hinaus. Mit den Comenius-EduMedia-Auszeichnungen, die seit 1995 verliehen werden, fördert die GPI pädagogisch, inhaltlich und gestalterisch besonders wertvolle digitale Bildungsmedien aus dem gesamten europäischen Raum. Die Entscheidung trifft eine international besetzte Fachjury mit Medienexperten aus zehn europäischen Ländern auf der Grundlage der Qualitätskriterien des Instituts für Bildung und Medien der GPI.

! Die prämierten DGUV Lernen und Gesundheit Lehr- und Lernmaterialien finden Sie unter www.dguv.de/lug. Mehr Informationen zu den Comenius-EduMedia-Auszeichnungen unter www.comenius-award.de sowie www.gpi-online.de.

VBG Gesundheitsmagazin: Praxisbeispiele statt erhobenen Zeigefingers

Die VBG-Gesundheitsmagazine informieren im Stil einer Ratgebersendung auf unterhaltsame Weise über ein Thema aus dem Bereich Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz. Die Kernaussagen und Botschaften sind zur Umsetzung im eigenen Unternehmen geeignet. Statt des „erhobenen Zeigefingers“ erwarten den Zuschauer zielgruppenorientierte Informationen und interessante Praxisbeispiele. Die einzelnen Folgen der Gesundheitsmagazine können entweder online abgespielt oder als DVD bestellt werden. Die kürzlich erschienene 5. Folge „Gesunde Ernährung – Was Unternehmen leisten können“ veranschaulicht den Zusammenhang zwischen



Quelle: VBG

gesunder Ernährung, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit bei der Arbeit. Beschäftigte können sich über die richtige Ernährung bei der Arbeit informieren und Arbeitgeber erhalten Tipps, wie sie Einfluss auf die Qualität der Ernährung ihrer Beschäftigten nehmen können. Der Film berücksichtigt sowohl die spezifischen Belange von großen Unternehmen mit eigenen Kantinen als auch die der kleineren Betriebe mit Mikrowelle in der Teeküche.

! Die aktuelle sowie die vergangenen Folgen finden Sie unter www.vbg.de > Suchwort Gesundheitsmagazin

Impressum

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

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

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

Redaktion · Elke Biesel (DGUV), Franz Roiderer (stv. Chefredakteur), Falk Sinß, 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, Gutenbergstraße 4, 69181 Leimen

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

Titelbild · shutterstock.de/Yuri_Arcurs

Typskripte · 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

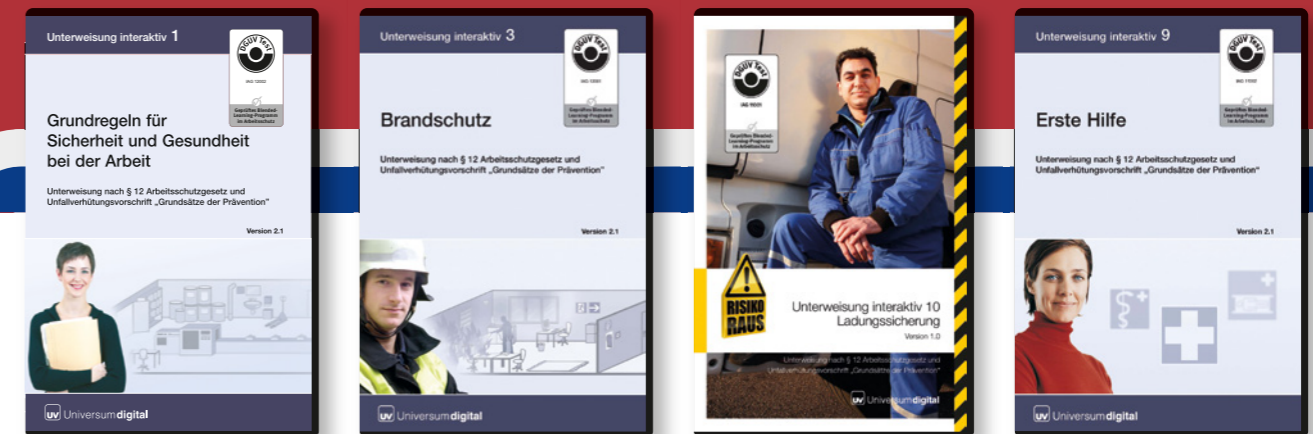
ISSN · 1867-8483

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.

Elektronische Unterweisungen jetzt nach DGUV-Test zertifiziert



Vertrauen Sie auf geprüfte Inhalte

Universum legt alle Unterweisungen der Reihe „Unterweisung-interaktiv“ zur Zertifizierung vor. Bereits nach DGUV Test-zertifiziert:

- **Grundregeln** (Sicherheits- und Gesundheitsschutzregeln am Arbeitsplatz ...)
- **Brandschutz** (Vorbeugender Brandschutz, betrieblicher Brandschutz, abwehrender Brandschutz ...)
- **Ladungssicherung** (Risiken fehlerhafter Ladungssicherung, Physikalische Grundlagen ...)
- **Erste Hilfe** (Pflichten und Verantwortung, Erste Hilfe im Betrieb, Rettungskette ...)
- **Hautschutz** (Betrieblicher Hautschutz, Berufliche Hautkrankheiten und Hautbelastungen im Beruf ...)



EIN WEITERES THEMA!

Universum Verlag GmbH
Taunusstraße 54 · 65183 Wiesbaden
Registriert beim Amtsgericht Wiesbaden, HRB2208
Geschäftsführer: Siegfried Pabst, Frank-Ivo Lube
Telefon: 0611 9030-111
Telefax: 0611 9030-181
Internet: www.universum.de

Weitere Informationen:

www.unterweisungs-manager.de/zertifizierung

UV Universum digital