

365 TAGE 3 SCHICHTEN 1 STUHL

Stress für Mensch und Material

Arbeiten in Leitstellen und Leitwarten bedeutet meist außerordentlich langes und bewegungsarmes Sitzen. Die Folge: Verspannungen, mehr Stress, Konzentrationsverlust. Und auch die Belastung für die Stühle ist durch den Dauerbetrieb bis zu 7x so groß wie im normalen Büroalltag.

Komfort und Stabilität

Unser Konzept beruht auf zwei Säulen: Wir haben Sitzkomfort und Langlebigkeit eines modernen Fahrzeugsitzes mit den Erkenntnissen ergonomischen Sitzens im Büro zusammengeführt. Das Ergebnis: langes Sitzen ohne Verspannungen und mehr Wohlbefinden bei der Arbeit – für viele Jahre.

Nicht nur für Leitstellen

Hervorragender Sitzkomfort ist kein Luxus. Jeder, der bei seiner Arbeit lange konzentriert am Computer sitzen muss, weiß, dass ein unkomfortabler Stuhl auf Dauer ein zusätzlicher Stressfaktor ist. Ein Stuhl von StolComfort hilft Ihnen diesen Stress zu vermeiden. Auch wenn Sie nicht in einer Leitstelle arbeiten.



14
TAGE GRATIS
TESTEN

Telefon 05261 / 288 97 00
Fax 05261 / 288 97 29
E-Mail info@stolcomfort.com
Internet www.stolcomfort.com

Gratis anfordern:
Broschüre „Gesundes Sitzen“



DGUV Forum



Prävention und Rehabilitation weltweit – das deutsche Modell als Referenz?

A+A 2013
Freiwillige Feuerwehr

Internationaler Kongress und Fachmesse
Diskussion um Vorschädigungen

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

bei dem Wort Exportschlager denkt man in Deutschland zuerst an Maschinen und Autos. Aber nicht nur Produkte können im Ausland für Furore sorgen, auch Dienstleistungen oder Konzepte haben diese Qualität. Hier kommt die gesetzliche Unfallversicherung ins Spiel: Wir erleben seit einigen Jahren, dass sich unser Modell der beruflichen Rehabilitation international zu einem wahren Exportschlager entwickelt.



Foto: DGUV/Wolfgang Beilwinkel

Brasilien, Südafrika, Russland, China, Indien: Die großen Schwellenländer suchen nach passenden Modellen, um ihre eigenen Systeme der sozialen Sicherheit zukunftssicher zu machen. Warum fällt dabei ihr Blick gerade auf uns? „Wir wissen, dass Sie auf über hundert Jahre Erfahrungen zurückblicken, die uns in Russland helfen können“, so Andreij Kigim, Präsident des Sozialversicherungsfonds der Russischen Föderation. Und sein brasilianischer Kollege Lindolfo Neto de Oliveira Sales sagt: „Die Rückkehr an den Arbeitsplatz muss an erster Stelle stehen. Und fraglos verfügt die DGUV auf dem Gebiet der Wiedereingliederung über ein breites Know-how.“

„Brasilien, Südafrika, Russland, China, Indien: Die großen Schwellenländer suchen nach passenden Modellen, um ihre eigenen Systeme der sozialen Sicherheit zukunftssicher zu machen.“

Wir können uns über dieses Interesse freuen, denn natürlich profitieren auch wir von diesem Austausch. In der Zusammenarbeit können wir unser eigenes System immer wieder überprüfen und von den Erfahrungen der anderen lernen. Mittelfristig profitieren darüber hinaus auch die deutschen Unternehmen davon, wenn sie bei ihren Investitionen im Ausland auf stabile soziale Systeme treffen.

Das internationale Engagement der DGUV bildet zwar den Schwerpunkt dieses Heftes. Und hinweisen möchte ich Sie auf jeden Fall noch auf das Highlight des nächsten Jahres: den XX. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014 – Globales Forum Prävention, der vom 24. – 27. August 2014 in Frankfurt stattfinden wird.

Empfehlen möchte ich Ihnen aber auch das Thema Entschädigung bei Vorerkrankungen im Freiwilligen Feuerwehrdienst. In der letzten Ausgabe hatten wir eine Diskussion der unterschiedlichen Akteure in diesem Bereich angestoßen. In diesem Heft wird sie fortgesetzt. Stück für Stück kommen wir einer Lösung näher. Ich wünsche spannende Lektüre.

Mit den besten Grüßen
Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Joachim Breuer'. The signature is fluid and cursive, written on a white background.

Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ›››	2 – 3
› Aktuelles ›››	4 – 9
A+A 2013 – Internationaler Kongress und Fachmesse Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit <i>Bruno Zwingmann</i>	4
Vorschädigungen Freiwillige Feuerwehr <i>Elmar Lederer, Johannes Plönes, Thomas Wittschurky</i>	6
› Titelthema ›››	10 – 41
Die internationalen Beziehungen der DGUV Weltweit gefragt – in Europa gefordert <i>Gregor Kemper</i>	10
Internationale Kooperationen Rückkehr an den Arbeitsplatz ist Menschenrecht <i>Interview mit Liu Mei, Lindolfo Neto de Oliveira Sales und Andreij Kigim</i>	12
Return on Prevention in Indien Kosten und Nutzen von Prävention in Indien <i>Eva-Marie Höffer</i>	15
Das CUELA-Messsystem in internationalen Kooperationen Messsystem mit internationalem Maß <i>Rolf Ellegast</i>	16
Partner der DGUV Die internationale Arbeit der GVG <i>Sabine Horstmann, Nathalie Bêlorgey, Holger Trechow</i>	20
Patientenmobilität in der EU Die Europäisierung der Gesundheitspolitik schreitet voran <i>Ferdinand Wollenschläger</i>	22
Stationäre Rehabilitation in Polen Ein Kooperationsprojekt der DGUV Reha International GmbH <i>Malte Brink</i>	28
Europäisches Forum Unfallversicherung Zusammenschluss für die Zukunft <i>Interview mit Jussi Kauma</i>	30
Dresden – Helsinki – Frankfurt Netzwerken für eine nachhaltige Präventionskultur <i>Ulrike Bollmann</i>	32
Interview mit Walter Eichendorf „Prävention muss nachhaltig sein“	34
Neue Entwicklungen für Beschäftigte Bestimmungen der EU zum anwendbaren Recht der sozialen Sicherheit <i>Helmut Maxeiner</i>	36
Finanzielle Mehrbelastung der Sozialversicherungssysteme? Reform des europäischen Mehrwertsteuersystems <i>Ilka Wölfle, Eva-Marie Höffer</i>	41
› Medien/Impressum ›››	42



A+A 2013 – Internationaler Kongress und Fachmesse

Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit

Vom 5. – 8. November findet in Düsseldorf die A+A 2013 mit Kongress und internationaler Fachmesse statt. In 54 Veranstaltungsreihen mit 350 Referenten präsentiert der Kongress die Bandbreite aktueller Themen im Bereich Sicherheit, Gesundheit und Ergonomie.

5 – 8 November 2013
Düsseldorf, Germany

Mit über 1.600 Ausstellern unterstreicht die Fachmesse ihre weltweit führende Position. Partnerland der A+A 2013 ist die Türkei. Der türkische Arbeitsminister Faruk Çelik wird in der Eröffnungsveranstaltung nach Bundesarbeitsministerin Dr. Ursula von der Leyen reden.

Arbeit, Gesundheit, Psyche

Die A+A 2013 findet vor einem für den Arbeitsschutz ungewohnt positiven Hintergrund öffentlicher Aufmerksamkeit statt:

- Arbeitsbelastungen, vor allem Stress und psychische Gesundheit sind in der öffentlichen Diskussion zum Megathema geworden.
- Übergreifende Entwicklungen wie der absehbare Fachkräftemangel geben in Verbindung mit dem demographischen Wandel zusätzlichen Schub.
- Prävention und Gesundheitsförderung können sich anders als vor 30 Jahren heute auch auf eine betriebswirtschaftlich positive Argumentation stützen. Eine Ausnahme stellt allerdings der Bereich der „Kurzfrist-Ökonomie“ dar.

Der A+A-Kongress 2013 legt ebenfalls einen besonderen Schwerpunkt auf das Thema Gesundheit und Psyche. Die gemeinsam von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit e. V. (Basi) und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung veranstaltete Statuskonferenz „Betriebliche Gesundheitsförderung“ bilanziert die Maßnahmen zu Bewegung, Ernährung, Entspannung und Drogenprävention mit besonderem Bezug auf Kleinbetriebe. Weitere Veranstaltungen greifen die Themen „Betriebliches Gesundheits-

management“, „Berufskrankheiten“ und „Muskel-Skelett-Belastungen“ auf. Gemeinsam mit dem Deutschen Roten Kreuz findet ein Fachgespräch zur betrieblichen Organisation der „Erste Hilfe“ statt. Parallel zu den Gesundheitsveranstaltungen des Kongresses ist in der A+A-Fachmesse der Ausstellungsbereich „Corporate Health Plaza“ für Anbieter aus dem Gesundheitsbereich geschaffen worden.

Psychische Belastungen stehen an jedem A+A-Kongresstag auf dem Programm, so vor allem „rechtlicher Regelungsbedarf“, „Gefährdungsbeurteilung – Methoden und Praxis“, „Gewaltprävention“ sowie „Betriebliches Eingliederungsmanagement bei psychischen Erkrankungen“. Psyche und Gesundheit sind darüber hinaus auch an vielen weiteren Stellen des Kongresses präsent, zum Beispiel in den Veranstaltungen zur Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) und für Betriebs- und Personalräte. In der Veranstaltung „Gute Büroarbeit“ geht es unter anderem um eine Grundsatzdiskussion zwischen Arbeitssicherheit und Bewegungsförderung.

Gemeinsame deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA)

Übergreifende Bedeutung hat vor allem die Veranstaltung zur GDA. Hier werden die Bilanz der ersten GDA-Periode wie auch die Ziele und Arbeitsprogramme der zweiten Fünf-Jahresperiode ab 2013 diskutiert. Die Großkampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ der DGUV ist auch im Kongresszentrum mit einem eigenen Stand während der gesamten Laufzeit vertreten. Weitere übergreifende Veranstaltungen finden zur arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Betreuung, zur ergonomischen Gestaltung von Arbeitszeit



Persönlicher Schutz, betriebliche Sicherheit
und Gesundheit bei der Arbeit
Internationale Fachmesse mit Kongress

Safety, Security and Health at Work
International Trade Fair with Congress

www.AplusA.de

und Arbeitsorganisation, zum Beitrag der Prävention für die Fachkräftesicherung und zu einem geschlechtersensiblen Arbeitsschutz statt.

Fachthemen

Veranstaltungen zu Belastungen und Gefährdungen nehmen auf der A+A traditionell breiten Raum ein:

Unfallprävention, Sicherheit, Brandschutz

Hier geht es um neue Unfallrisiken, Testen und Zertifizieren, Produkt- und Betriebssicherheit, Einkauf sicherer und geeigneter Arbeitsmittel sowie Brand- und Explosionsschutz.

Arbeitsumwelt

Veranstaltungsthemen sind Lärm, Stäube, REACH, künstliche optische Strahlung, elektromagnetische Felder sowie biologische Arbeitsstoffe.

Ergonomie

Neben Veranstaltungen zu „Die Vermessung des Menschen“ und „Arbeitszeit und Arbeitsorganisation“ ist Ergonomie auch Thema in den Veranstaltungen zu Muskel- und Skelett-Belastungen sowie in den Branchenveranstaltungen zur Bauwirtschaft und zum Hotel- und Gaststättengewerbe.



Foto: Messe Düsseldorf

Persönliche Schutzausrüstungen (PSA)

Innovative PSA bilden mit drei fachlich in die Tiefe gehenden, deutsch-englisch gedolmetschten Veranstaltungen einen herausgehobenen Schwerpunkt.

Präventionsakteure

Wichtige Veranstaltungen sind hier „arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung“, „Forum Arbeitsschutzverwaltung“ und „Ersthelfer“. Am „Tag der Betriebs- und Personalräte“ werden gänztägig besonders interessante Veranstaltungen für diese große Akteursgruppe des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zusammengefasst. Der „Tag der Sicherheitsbeauftragten“ und der „Unternehmertag“ sind exklusive Angebote, mit denen sich die UV-Träger an diese beiden Zielgruppen wenden können.

A+A-International

Schwerpunkte des internationalen Programms des A+A-Kongresses 2013 sind:

ILO-Konferenz „Berufskrankheiten sichtbar machen“

Hier geht es an zwei Tagen um die Anerkennung, Prävention und Entschädigung von Berufskrankheiten bei Asbest-, Muskel-Skelett- sowie psycho-mentalenen Erkrankungen im weltweiten Maßstab.

IVSS-Workshop „Soziale Unternehmensverantwortung und Prävention“

Die Bedeutung von beruflichen Gesundheitsrisiken, Prävention und Return-to-work-Konzepten in weltweiten CSR-Programmen steht im Mittelpunkt dieser Veranstaltung.

Partnerland Türkei

Neben der Rede des türkischen Arbeitsministers zur Eröffnung der A+A findet unter anderem ein „türkisch-deutscher Arbeitsschutzdialog“ mit den Schwerpunkten Arbeitsschutzstrategien, PSA und Gefährdungsbeurteilung statt.

Arbeitsschutzexperten in Europa

In einem Workshop des europäischen Arbeitsschutzexperten-Netzwerkes ENSHPO geht es neben anderem um die europaweite Anerkennung von Studienabschlüssen. Erstmals führt die Internationale Vereinigung der Sicherheitskoordinatoren auf Baustellen (ISHCCO) einen eigenen Workshop durch.

Logistik und Transport

In einer gänztägigen gemeinsamen Veranstaltung der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und des Deutschen Verkehrssicherheitsrates geht es um Arbeitsschutz

und Verkehrssicherheit in Logistik und Transport in Europa.

Treffpunkt Sicherheit + Gesundheit

Über 100 Mitglieder und Partner der Basi wie nationale und internationale Verbände, Organisationen, Ministerien, Unfall- und Krankenversicherungen und Hochschulen präsentieren sich auf dem „Treffpunkt Sicherheit + Gesundheit“ (TPSG) in Halle 10 mit dem großen Gemeinschaftsstand der DGUV als Zentrum. In unmittelbarer Nähe zum TPSG sind die Ausstellungsbereiche „Work-PlaceDesign“ für Hersteller und Organisationen aus dem Bereich der Ergonomie und „Corporate Health Plaza“ für Anbieter und Organisationen aus dem Gesundheitsbereich angesiedelt. In Halle 7a der Messe ist der Innovationspark „Safety and Security“ platziert mit den Schwerpunkten PSA, Gefahrstoffe und Brand- und Katastrophenschutz. ●

Autor

Bruno Zwingmann,

Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (Basi) e. V.

Freiwillige Feuerwehr

Versichert, nicht verunsichert

Dass die Freiwilligen Feuerwehrmänner und -frauen eine für unser Gemeinwesen unverzichtbare Arbeit leisten, bestreitet ernsthaft niemand. 365 Tage, 24 Stunden – und das alles ehrenamtlich. Freiwillige Feuerwehren kosten kein Geld – sie sparen unseren Kommunen Geld, denn Brandschutz ist und bleibt eine kommunale Pflichtaufgabe, die ansonsten von hauptamtlichen Kräften erledigt werden müsste.

Nun wird seit einiger Zeit in der Öffentlichkeit hier und da der Eindruck erweckt, Feuerwehrangehörige seien nicht ausreichend gesetzlich gegen Unfälle versichert. Dabei wird die „Vorschadensproblematik“ in den Mittelpunkt der Kritik gerückt. Mit diesem Artikel knüpfen wir an die September-Ausgabe an und wollen die Rechtslage darstellen, Probleme aufzeigen und mögliche Lösungsalternativen vorstellen. Dabei richten wir uns in erster Linie an die „Feuerwehröffentlichkeit“.

„Feuerwehrdienstunfälle sind Arbeitsunfälle, es gelten die gleichen Kausalitätsanforderungen für alle versicherten Personen.“

Beginnen wir mit einem kurzen historischen Rückblick: Durch Gesetz vom 20. Dezember 1928¹ waren die Angehörigen der Freiwilligen Feuerwehren faktisch dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung unterstellt worden: „Der Versicherung unterlieg(t)“, so bestimmte § 537 Nr. 4 a der Reichsversicherungsordnung, „der Betrieb der Feuerwehren“. Zu den Feuerwehren im Sinne dieses Gesetzes gehörte von Anfang an die Freiwillige Feuerwehr.²

Nach mehreren Reformen, in deren Folge unter anderem die Reichsversicherungsordnung durch das Sozialgesetzbuch abgelöst wurde, regelt heute § 2 Abs. 1 Nr. 12

Siebtens Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII), dass „Personen, die in Unternehmen zur Hilfe bei Unglücksfällen ... unentgeltlich, insbesondere ehrenamtlich tätig sind ...“, kraft Gesetzes gegen Unfälle versichert sind. Sämtliche Feuerwehren sind „Unternehmen zur Hilfe bei Unglücksfällen“.³

Indem der Gesetzgeber die aktiven Feuerwehrangehörigen in den Schutzbereich der gesetzlichen Unfallversicherung gestellt hat, hat er zwei entscheidende Grundentscheidungen getroffen:

- Die gesetzliche Unfallversicherung ist von Beginn an darauf gerichtet, die Haftung des Unternehmers und der Unternehmerin für durch Betriebsunfälle verursachte Gesundheitsschäden zu beschränken. Aus diesem Grundsatz der „Ablösung der Unternehmerhaftpflicht“ – heute in den §§ 104 – 109 SGB VII geregelt und zu Recht als „Haftungsersetzung durch Versicherungsschutz“⁴ bezeichnet – folgt eine entscheidende Voraussetzung, auf die wir im Folgenden ausführlich eingehen wollen: Versicherungsschutz kann nur für die Gesundheitsschäden gegeben sein, für die die Unternehmer (Träger des Brandschutzes) hätten haften müssen, die ihnen kausal zuzurechnen sind. Das ist entscheidend für das Verständnis, das sich hinter dem Begriff des „Arbeitsunfalls“ verbirgt und verbergen muss.
- Feuerwehrdienstunfälle sind Arbeitsunfälle, es gelten die gleichen Kausalitätsanforderungen für alle versicher-



ten Personen. Es macht hinsichtlich der Beurteilung, ob ein Arbeitsunfall vorliegt, keinen Unterschied, ob die versicherte Person eine angestellte Architektin in der staatlichen Bauverwaltung, ein Pfleger in einem kommunalen Krankenhaus, eine Schülerin einer allgemeinbildenden Schule oder eben ein aktives Mitglied der Freiwilligen Feuerwehr ist.

Die einzige Besonderheit, die dem freiwillig auf sich genommenen Risiko der Feuerwehrangehörigen Rechnung trägt, besteht darin, dass die Satzung des Unfallversicherungsträgers Mehrleistungen bestimmen kann, wobei hier die Art der versicherten Tätigkeit, insbesondere ihre Gefährlichkeit, berücksichtigt werden kann (§ 94 SGB VII). Die Mehrleis-



Foto: Digitalstock/Pit Palu

tung ist akzessorisch, das heißt, sie ist abhängig vom Bestehen eines (Haupt-) Anspruchs.

Die Kausalitätsanforderungen

Die für die Entschädigung von Gesundheitsschäden der Angehörigen der Freiwilligen Feuerwehren zuständigen gesetzlichen Unfallversicherungsträger⁵ dürfen nur dann die im SGB VII vorgesehenen Leistungen erbringen, wenn die Gesundheitsschäden auf Arbeitsunfällen beruhen (auf Berufskrankheiten, die im Bereich der Freiwilligen Feuerwehren nur eine untergeordnete Rolle spielen, wird hier nicht eingegangen). Arbeitsunfälle, bestimmt § 8 SGB VII, sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz begründenden (versicherten) Tätigkeit. Unfälle wiederum sind zeitlich

begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen (§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Vorausgesetzt wird also eine ursächliche Verknüpfung von Tatbestandsmerkmalen:

- Versicherte Tätigkeit und Unfallereignis (Unfallkausalität),
- Unfallereignis und Gesundheitsschaden (haftungsbegründende Kausalität).

Für Entschädigungsansprüche der Versicherten sind diese Kausalzusammenhänge Voraussetzung; für sie gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung, die auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis aufbaut.

Als rechtserheblich zu werten sind danach nur solche Ursachen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben.⁶ Es ist daher nicht nur eine (echte) Kausalbeziehung erforderlich, sondern auch ein normativ-wertender Zusammenhang.⁷ Mithin ist im ersten Schritt zu prüfen, ob zwei Ereignisse miteinander verknüpft sind, wobei in diesem Prüfschritt allein auf die gesetzmäßige Verbindung von Ursache und Erfolg im Sinne der Bedingungstheorie (conditio sine qua non) abzielen ist.

Im zweiten – entscheidenden – Schritt ist dann wertend zu beurteilen, ob die versicherte Tätigkeit (Ursache) das Unfallereignis (Erfolg) und das Unfallereignis (Ursache) den Gesundheitsschaden (Erfolg) rechtlich wesentlich verursacht haben. Zu fragen ist, ob diese Ursachen neben anderen Ursachen unter Abwägen ihrer jeweiligen Wertigkeiten eine besonders enge Beziehung zum Erfolg haben und damit an seinem Eintritt besonders mitgewirkt haben. Nur dann können Unfallkausalität und haftungsbegründende Kausalität bejaht werden.

Warum das so ist, wird klar, wenn man sich noch einmal das oben beschriebene Grundprinzip der gesetzlichen Unfallversicherung vor Augen hält: Entschädigt werden sollen nur diejenigen Gesundheitsschäden, die den Unternehmern zuzurechnen sind. Dies können aber nicht diejenigen Ursachen sein, die die Voraussetzungen der Bedingungstheorie erfüllen, sondern sie müssen eine besondere Qualität besitzen und in besonderer Weise zum Erfolg beigetragen haben.

Nur zur Klarstellung: Die „Feuerwehrendienstursache“ muss weder „allein“ noch „überwiegend“ den jeweiligen Erfolg verursacht haben. Nach der in der gesetzlichen Unfallversicherung maßgeblichen Kausalitätstheorie können auch mehrere wesentliche Ursachen nebeneinander vorliegen. ▶

Entscheidend ist nur, dass eine der wesentlichen Ursachen dem Feuerwehrdienst (und damit den Trägern der Feuerwehr) zuzurechnen ist.

Der leidige „Vorschaden“

Wie wir dargestellt haben, muss zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden eine kausale Verknüpfung bestehen. Was hat es nun mit den sogenannten Vorschäden auf sich? Wir wollen die Problematik anhand von zwei typischen Fallgestaltungen aus der Praxis der Unfallkassen aufzeigen.

1. Beispiel: Meniskusverletzungen

Die Menisken sind halbmondförmige Knorpelscheiben in den Kniegelenken, die über Bänder am Schienbeinplateau befestigt sind. Sie sind sozusagen der Puffer bei der Kraftübertragung vom Oberschenkelkno-

chen auf das Schienbein. Diese anatomische Funktion führt dazu, dass die Menisken im Laufe eines Lebens erheblichen Belastungen ausgesetzt sind und damit einem besonderen Verschleiß unterliegen.

Die Folgen dieser Degeneration können dann Einrisse im Meniskusgewebe oder Abrisse der Menisken von den Bändern sein. Häufig verläuft dieser Prozess schleichend, das heißt, die Betroffenen nehmen die Veränderungen (die nachlassende Belastbarkeit ihrer Menisken) in den Kniegelenken gar nicht wahr.

Denn tatsächlich haben sie entweder überhaupt keine Beschwerden (Schmerzen, Bewegungseinschränkungen) an sich bemerkt oder sie haben typische Anzeichen degenerativer Meniskusschwächen (stechende Schmerzen) nicht mehr in Er-

„Die Menisken sind nicht selten so stark in Mitleidenschaft gezogen, dass ‚ein falscher Tritt‘ ausreicht, damit das Gewebe ein- oder abreißt. Dieser ‚falsche Tritt‘ kann bei jeder Gelegenheit erfolgen: beim Einkaufen im Supermarkt, beim einfachen Gehen am Arbeitsplatz, beim Fußballspielen oder eben während eines Feuerwehreinsatzes.“

innerung, weil sie nur temporär aufgetreten sind. Die Menisken sind nicht selten so stark in Mitleidenschaft gezogen, dass „ein falscher Tritt“ ausreicht, damit das Gewebe ein- oder abreißt. Dieser „falsche Tritt“ kann bei jeder Gelegenheit erfolgen: beim Einkaufen im Supermarkt, beim einfachen Gehen am Arbeitsplatz, beim Fußballspielen oder eben während eines Feuerwehreinsatzes.

Und damit beginnt die unfallversicherungsrechtliche Schwierigkeit: Nach den Grundsätzen der Kausalitätsanforderungen muss das Unfallereignis (die körpereigene Bewegung, der Schlag oder der Sturz auf das Kniegelenk) den Gesundheitsschaden (den Meniskusein- oder -abriss) rechtlich wesentlich verursacht haben. Das ist dann nicht der Fall, wenn die vorhandene Krankheitsanlage (die Meniskusdegeneration) so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die Auslösung akuter Erscheinungen nicht besonderer äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu etwa derselben Zeit die (akute) Erscheinung ausgelöst hätte.⁸

Dies müssen in der Regel ärztliche Sachverständige beurteilen, deren Votum die Unfallversicherungsträger bei ihren Beurteilungen abzuwägen haben. Der aufgetretene Gesundheitsschaden (Meniskusverletzung) ist dann nicht durch den Feuerwehrdienst verursacht worden, sondern nur örtlich und zeitlich „zufällig“ während des Feuerwehrdienstes zu Tage getreten (deshalb sprechen die Praktikerinnen und Praktiker der Unfallversicherungsträger in diesen Fällen häufig von „Anlassgeschehen“ oder „Gelegenheitsursache“). Damit aber kann dieser Gesundheitsschaden nicht dem Träger der Feuerwehr zugerechnet werden, ein Arbeitsunfall kann nicht vorliegen.

Nun fällt nicht jede Meniskusverletzung in diese Kategorie. Selbstverständlich gibt es auch Fallgestaltungen, in denen der rechtlich wesentliche kausale Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Meniskusverletzung gegeben ist. In der Regel liegen dann neben der Meniskusverletzung typische Begleitverletzungen vor (Bandläsionen, Hämatome).



Foto: Shutterstock/Sebastian Kaulitzki

Die am Beispiel der Meniskusdegeneration dargestellte Problematik trifft in gleicher oder ähnlicher Weise auch auf Gesundheitsschäden an den Bandscheiben (im Volksmund: Hexenschuss oder Verhebetrauma) zu oder – was bei Kindern und Jugendlichen häufig zu beobachten ist – auf luxierte („herausgesprungene“) Knie-scheiben oder Schultergelenke. Hier liegt in der Regel ebenfalls entweder eine (häufig) unbemerkte degenerative Vorschädigung oder eine – häufig angeborene – anatomische Fehlf orm an den Gelenken vor.

2. Beispiel: Herzinfarkte

Keine Frage: Es ist besonders tragisch, wenn ein Angehöriger einer Freiwilligen Feuerwehr während des Dienstes einen Herzinfarkt erleidet und an den Folgen dieses Infarktes womöglich verstirbt. Auch hier gilt: Einen Herzinfarkt erleidet man nicht „einfach so“, sondern in der Regel liegt eine zum Teil erhebliche Vorschädigung der Herzkranzgefäße vor, sodass ein Infarkt in vielen Fällen „vorprogrammiert“ ist.

Tritt dieses Ereignis während des Feuerwehrdienstes auf, ist die Problematik die gleiche wie bei den oben dargestellten Meniskusverletzungen: Entweder liegt überhaupt kein Unfallereignis vor (kein äußeres Ereignis), oder aber das Unfallereignis (zum Beispiel eine feuerwehrtypische Kraftanstrengung) ist nur zufälliger Auslöser des Infarktes.

In beiden Fällen kann der Gesundheitsschaden kausal nicht dem Träger der Feuerwehr zugerechnet werden, nach Sinn und Zweck der gesetzlichen Unfallversicherung (Ablösung der Unternehmerhaftpflicht) kann ein Arbeitsunfall nicht vorliegen.

Auch hier sei angemerkt: Bei der Beurteilung der Kausalitätsfrage ist der Unfallversicherungsträger auf ärztliche Sachverständige angewiesen. Und selbstverständlich sind auch (nicht wenige) Fälle bekannt, in denen das äußere Ereignis (Unfallereignis) so dominant war, dass es die degenerativen (feuerwehrfremden) Faktoren in den Hintergrund gedrängt hat.

Gibt es einen Ausweg aus dem Dilemma?

Der Unfallversicherungsschutz für die Angehörigen der Freiwilligen Feuerwehren ist gesetzlich geregelt – den Regeln der „Ablösung der Unternehmerhaftpflicht“ folgend. Lässt sich ein Gesundheitsschaden kausal dem Träger der Feuerwehr zurechnen, tritt die Unfallkasse ein – ohne Wenn und Aber. Ist ein Gesundheitsschaden nicht kausal dem Träger der Feuerwehr zuzurechnen, kann es keine Leistungspflicht des Unfallversicherungsträgers geben. Aus den dargestellten medizinischen Gründen ist dies bei allen Unfallversicherungsträgern die absolute Ausnahme. Das hat nichts mit „Lücken im Versicherungsschutz“ zu tun, sondern es ist sozusagen die „DNA“ dieses Sozialversicherungszweiges. Einen gesetzeskonformen Ausweg aus diesem Dilemma gibt es nicht.

Auch wenn in der Regel bei den von uns angesprochenen Gesundheitsschäden (Meniskusverletzungen, lokale Lumbalsyndrome, Patellaluxationen) die Behandlung durch die Träger der Krankenversicherung getragen wird und konkrete materielle Einbußen nicht entstehen (die Folgen eines Herzinfarktes stehen dabei natürlich auf einem ganz anderen Blatt), ruft die Nichtanerkennung dieser Gesundheitsschäden als Folge von Arbeitsunfällen (Feuerwehrdienstunfällen) bei den Betroffenen nicht selten Unverständnis, bisweilen sogar Empörung hervor. „Ich bin gesund in den ehrenamtlichen Dienst für die Allgemeinheit gegangen und komme krank wieder heraus“, in dieser Formel wird das Unverständnis zusammengefasst.

Auch wenn die Entscheidungen der Unfallversicherungsträger rechtlich nicht zu beanstanden sind, stellt sich durchaus die Frage, wie das gesellschaftliche Engagement der Angehörigen der Freiwilligen Feuerwehren zu honorieren ist.

Wir positionieren uns in dieser Frage eindeutig: Bei diesen Betroffenen sollte eine über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehende materielle Entschädigung durch die öffentliche Hand für unfallähnliche Gesund-

heitsschäden vorgesehen werden, die bei der Brandbekämpfung, der Technischen Hilfeleistung sowie bei den sie vorbereitenden Übungen zu Tage getreten sind. Es ist ein gutes Signal an die Angehörigen der Freiwilligen Feuerwehren, dass erstmals ein Fachgremium der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung hierzu konkrete Handlungshilfen erarbeitet hat.

Die für die Freiwilligen Feuerwehren zuständigen Unfallversicherungsträger können nun zusammen mit Ländern und Kommunen Lösungen finden: sei es durch den Aufbau und die Verwaltung von durch die öffentliche Hand getragenen Sonderentschädigungsfonds, sei es durch Kooperationen mit anderen öffentlich-rechtlichen Institutionen. ●

Autoren

Elmar Lederer

Erster Direktor, Vorsitzender der Geschäftsführung der Kommunalen Unfallversicherung Bayern
E-Mail: gf@kuvb.de

Johannes Plönes

Mitglied der Geschäftsführung Unfallkasse Nordrhein-Westfalen
E-Mail: j.ploenes@unfallkasse-nrw.de

Thomas Wittschurky

Direktor der Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen
E-Mail: wittschurky@fuk.de

*

- 1 *RGBl. I S. 4054*
- 2 *Stier-Somlo, Reichsversicherungsordnung, Anm. 26 zu § 537.*
- 3 *Riebel in: Hauck, SGB VII, Rd.Nr. 162 zu § 2.*
- 4 *Gitter, Nunius in: Schulin, HS-UV, Rd.Nr. 51 zu § 5.*
- 5 *In Schleswig-Holstein, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen sind dies die Feuerwehr-Unfallkassen, in Bayern die Kommunale Unfallversicherung Bayern, in allen anderen Bundesländern die Unfallkassen.*
- 6 *BSGE 96, 196, 199.*
- 7 *Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, Anm. 8.1 zu § 8.*
- 8 *BSGE 62, 220, 222.*

Die internationalen Beziehungen der DGUV

Weltweit gefragt – in Europa gefordert

Das System der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung wird zunehmend zum weltweit anerkannten Referenzmodell. Zugleich warten neue europäische Herausforderungen.

Seit Erscheinen der letzten Ausgabe des DGUV Forums mit dem Schwerpunkt „Internationale Beziehungen“ vor genau zwei Jahren, im November 2011, konnte der Referenzcharakter des Systems der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung weltweit ausgebaut werden. Unser Modell der beruflichen Rehabilitation entwickelt sich zu einem Exportschlager. Zugleich erfordern Brüsseler Vorhaben wie die Mehrwertsteuerreform eine starke Präsenz auf europäischer wie auf nationaler Ebene.

Vor dem Hintergrund des in vielen Ländern bereits einsetzenden demografischen Wandels ist die Frage, wie Systeme der Sozialen Sicherheit nachhaltig finanziert werden können, in allen bilateralen Kooperationen der DGUV in den Vordergrund gerückt.

Zunehmend setzt sich weltweit die Erkenntnis durch, dass neben dem Arbeitnehmer und dem Arbeitgeber das gesamte System der Sozialen Sicherheit davon profitiert, wenn arbeitsbedingt verunfallte Personen wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren und die Unfallrente nicht als alternativlos angesehen wird.

Zusammenarbeit mit den BRICS-Staaten

Unmittelbar nach dem Besuch einer Delegation des brasilianischen Ministeriums für Soziale Sicherheit und dem diesem unterstellten Nationalen Institut für Sozialversicherung (INSS) im März 2013 folgte eine Einladung nach Brasilia verbunden mit der Bitte, dass die DGUV an einem interministeriellen Dialog teilnehmen möge. Erklärtes Ziel: in Brasilien das Delta zwischen medizinischer Rehabilitation und wenig nachhaltigen Umschulungs- oder

Frühverrentungsprogrammen durch die Einführung einer beruflichen Rehabilitation nebst Unfallkliniken nach dem Vorbild der DGUV zu schließen. Der Auftakt zu diesem interministeriellen Dialog erfolgte bereits im Juni 2013 unter Teilnahme der Ministerien für Arbeit, Gesundheit und Soziale Sicherheit. Für die DGUV ist es eine Ehre, an diesem Dialog beteiligt zu sein, zumal sich erste Ergebnisse bereits abzeichnen.

Nachdem die DGUV bereits in den neunziger Jahren wesentlich an der Gestaltung des Systems der Unfallversicherung der Russischen Föderation mitgewirkt hat, wird unser System nun erneut Pate stehen, wenn es um das Thema berufliche Rehabilitation geht. Unsere langjährigen Kooperationen mit Indien und China sind von einer ähnlichen inhaltlichen Schwerpunktverlagerung gekennzeichnet.

„Zunehmend setzt sich weltweit die Erkenntnis durch, dass alle profitieren, wenn arbeitsbedingt verunfallte Personen wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren.“



Erst vor wenigen Wochen hat eine Delegation der Südafrikanischen Unfallversicherung den Wunsch geäußert, mit der DGUV auf dem Gebiet der beruflichen Wiedereingliederung einen Erfahrungsaustausch einzuleiten. Damit unterhält die DGUV zu den wichtigsten fünf Schwellenländern, den sogenannten BRICS-Staaten, bilaterale Beziehungen.

Darüber hinaus sei die erfolgreiche Zusammenarbeit mit der Türkei, Partnerland der A+A 2013, an dieser ausdrücklich erwähnt.

Return-to-Work-Guidelines

Die zunehmende Bedeutung des Themas berufliche Rehabilitation im internationalen Kontext lässt sich ferner daran ablesen, dass der Fachausschuss Unfallversicherung der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) federführend globale Leitlinien zur beruflichen Rehabilitation („Return to Work Guidelines“) erarbeitet hat. Im nächsten Triennium (2014–2016) wird dieser Fachausschuss, auf Initiative der DGUV, eine Studie zur Rentabilität von Investitionen in die berufliche Wiedereingliederung erstellen.

Die bilateralen Kooperationen der DGUV sind aber keineswegs auf das Thema Rehabilitation begrenzt. Sie finden ferner statt im Bereich der Prävention, der Forschung oder der allgemeinen Verwaltung, mithin zu Themen, die auch national von Bedeutung sind.

Nutzen für beide Seiten

Kennt also die internationale Zusammenarbeit fachlich keine Grenzen, so muss und kann sie sich daran messen lassen, ob sie im Interesse der DGUV und ihrer Mitglieder ist. Das ist der Fall. Das System der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung ist ein zunehmend international anerkanntes Referenzmodell.

Im Bereich Forschung profitieren wir von den im internationalen Geschäft gewonnenen Erkenntnissen. Und unseren Mitgliedsunternehmen stehen die aus diesen Kooperationen gewonnenen Zugangsmöglichkeiten offen.

Die internationalen Kontakte führen uns die Wesensmerkmale und damit die Vorzüge unseres Systems der gesetzlichen Unfallversicherung immer wieder vor Augen. Und damit kommen wir zum Schwerpunkt unserer internationalen Aktivitäten, der europäischen Sozialpolitik.

Interessenvertretung auf europäischer Ebene

Die Anzahl von Vorhaben der Europäischen Union, die im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die gesetzliche Unfallversicherung durch die DGUV fortwährend beobachtet oder aktiv begleitet werden, ist in den vergangenen zwei Jahren deutlich gestiegen. Die geplante Mehrwertsteuerreform, die Umsetzung der Patientenrichtlinie oder das beabsichtigte Sozialinvestitionspaket seien hier nur exemplarisch genannt.

Zu Recht wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass eine Besteuerung der Leistungen der Sozialversicherungsträger zu erhöhten Kosten ohne jeden Mehrwert führen würde. Über das Büro der DGUV in Brüssel konnten in diesem Zusammenhang wertvolle Informationen gewonnen, analysiert und auch auf nationaler Ebene verwertet werden; nach derzeitigem Stand mit Erfolg.

Das geplante Sozialinvestitionspaket ist ein weiteres Beispiel dafür, dass die Europäische Kommission meist unter Berufung auf eine andauernde Finanzkrise einzelne Maßnahmen erwägt, die in der Summe geeignet sind, den im Unionsrecht vorgegebenen Weg der Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit zu verlassen und in Richtung schleichende Harmonisierung einzuschlagen. Die Sozialversicherungssysteme in Europa aber sind unterschiedlich und gehen auf etablierte Traditionen zurück, die fest in der nationalen Kultur und den nationalen Gepflogenheiten verwurzelt sind. Eine nach unten nivellierende Harmonisierungstendenz kann keine Alternative zu dem diese berechtigten Unterschiede wahren Subsidiaritätsprinzip sein.

Dieser Gedanke begleitete bereits die Gründung des Europäischen Forums Un-

fallversicherung, welches im Juni 2012 seinen zwanzigsten Geburtstag feiern durfte. Seit jeher bekennen sich die Mitglieder des Europäischen Forums Unfallversicherung laut dessen Statut dazu, „trotz der Verschiedenheit ihres gesetzlichen Rahmens, ihrer Organisation sowie der Art ihres Umfangs der Leistungen“ ihre Interessen gemeinsam gegenüber den Institutionen und Organen der Europäischen Union zu vertreten und sich die Unterschiedlichkeit im Wege des Voneinanderlernens zu Nutze zu machen.

XX. Weltkongress 2014

Voneinander lernen, liebe Leserinnen und Leser, ist überhaupt ein wesentlicher Aspekt der internationalen Arbeit der DGUV. Allen, die daran mitwirken, sei an dieser Stelle ausdrücklich gedankt. Dank gebührt auch den Autorinnen und Autoren dieses Schwerpunktheftes für ihre interessanten Beiträge und den Einblick in die Welt der internationalen Beziehungen.

Ganz im Zeichen dieser internationalen Arbeit wird der XX. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014 in Frankfurt am Main stehen. Viele Vertreter des weltweiten Netzwerks der DGUV werden Einblicke in ihre Arbeit gewähren und so den so wichtigen Erfahrungsaustausch bereichern. Bezogen auf die Unfallversicherung gilt im August 2014 wieder: „Die Welt zu Gast bei Freunden“. ●

Autor



Foto: DGUV

Dr. Gregor Kemper

Leiter des Stabsbereichs Internationale Beziehungen der DGUV
E-Mail: gregor.kemper@dguv.de

Internationale Kooperationen

Rückkehr an den Arbeitsplatz ist Menschenrecht

So unterschiedlich Brasilien, Russland und China sein mögen – eines eint sie: Es sind wirtschaftsstarke Nationen, die einen hohen Anspruch an das System der beruflichen Rehabilitation haben. Und sie suchen erfolgreich den Vergleich und den Erfahrungsaustausch mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung.

Wie beurteilen Sie die Bedeutung eines „Wiedereinstiegs in das Arbeitsleben“ angesichts globaler Trends wie die Alterung der Arbeitskräfte, der wachsende Kampf um qualifizierte Mitarbeiter oder die Auswirkungen der globalen Schuldenkrise?

Lindolfo Neto de Oliveira Sales: Die Rückkehr an den Arbeitsplatz muss an erster Stelle stehen. Dabei geht es nicht nur um Arbeitnehmerrechte, sondern auch um Menschenrechte. Schließlich nimmt die Arbeit im Leben eines Menschen immer mehr Zeit und Raum ein. Neben der Förderung der Aufnahme beziehungsweise Wiederaufnahme junger talentierter Menschen in den Arbeitsmarkt muss auch die Wiedereingliederung älterer Arbeitskräfte in den Fokus rücken.

Andreij Kigim: Russland hat wie viele andere Industrieländer mit demografischen Problemen sowie einem Mangel an qua-

lifizierten Erwerbstätigen zu kämpfen. Deshalb gehört die Entwicklung eines Systems zur umfassenden Rehabilitation von Menschen, die einen Arbeitsunfall erlitten haben, zu den wichtigsten Zielen des Sozialversicherungsfonds der Russischen Föderation.

Liu Mei: Mit dem demografischen Wandel wachsen auch in China die Herausforderungen, die mit der Bevölkerungsalterung einhergehen. Obwohl das Angebot an Arbeitskräften derzeit die Nachfrage größtenteils noch decken kann, gibt es in manchen Regionen bereits Arbeitskräftemangel. Die Verbesserung in der Unfallrehabilitation, insbesondere in der beruflichen Rehabilitation, kann den Rückgang der Arbeitskräfte teilweise kompensieren und somit das Angebot und die Nutzungseffizienz der Arbeitskräfte erhöhen.

Bietet Ihre Institution spezielle Modelle oder Programme, die den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben unterstützen? Welche Maßnahmen gibt es, um die Chancen auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung zu erhöhen?

Lindolfo Neto de Oliveira Sales: Die Rückkehr an den Arbeitsplatz ist ein Ziel der beruflichen Rehabilitation (BR) und steht allen brasilianischen Arbeitnehmern und Menschen mit Behinderung zu, die in den Arbeitsmarkt eingegliedert oder wiedereingegliedert werden müssen. Dafür ist das Nationale Institut für Sozialversicherung Brasilien (INSS) zuständig. Derzeit wird die BR umstrukturiert. Das neue Modell stellt die Gesundheit des Arbeitnehmers in den Mittelpunkt und beruht auf folgenden Eckpunkten:

- umfassende Bewertung der Arbeitsfähigkeit;
- kurze Wartezeit;
- Vereinbarungen über die gemeinsame Verantwortung aller Beteiligten;
- Programme zur beruflichen Rehabilitation unter Beteiligung aller Bereiche der sozialen Sicherheit.

Andreij Kigim: Eine der Hauptaktivitäten des Fonds besteht in der Behandlung von Verletzten aufgrund schwerer Arbeitsunfälle. Der Fonds betreibt 12 Reha-Zentren, die sich in den Föderationskreisen Zentralrussland, Wolga, Südrussland, Ural und Sibirien befinden. Hierbei handelt es sich um stark industrialisierte Regionen. Jährlich erlangen über 60 Prozent der Arbeitsunfallopfer, deren Behandlung von der gesetzlichen Sozialversicherung



Foto: INSS

„Die Beurteilungsverfahren, ob eine Gesundheitsbeeinträchtigung Rehabilitationsmaßnahmen erfordert, sind in Brasilien zu langwierig.“

Lindolfo Neto de Oliveira Sales,
Präsident des Nationalen Instituts für Sozialversicherung Brasilien (INSS)

„Mit dem demografischen Wandel wachsen auch in China die Herausforderungen, die mit der Bevölkerungsalterung einhergehen.“

Liu Mei,

Leiterin der Abteilung Unfallversicherung im Ministerium für Arbeit und Soziales der Volksrepublik China



Foto: MOHSS China

übernommen wird, ihre vollständige Arbeitsfähigkeit wieder.

Liu Mei: Viele chinesische Gesetze beinhalten Klauseln, die die Rückkehr behinderter Menschen an den Arbeitsplatz gewährleisten sollen. Seit 2007 werden in China Pilotprojekte entwickelt, damit schrittweise ein System der Rehabilitation aufgebaut werden kann, das neben der medizinischen insbesondere die berufliche Komponente beinhaltet. Unser Ziel ist, dass mehr behinderte Arbeitnehmer wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren.

Beispielsweise hat das Zentrum für berufliche Rehabilitation Qingdao in den Jahren 2009 bis 2011 insgesamt 3.636 behinderte Arbeitnehmer betreut. Von allen orthopädischen Rehabilitanden sind 100 Prozent wieder gesund und 70 Prozent konnten wieder ins berufliche Leben eingegliedert werden. Von allen neurochirurgischen Rehabilitanden sind 90 Prozent wieder gesund und 10 Prozent sind ins berufliche Leben zurückgekehrt. Von den querschnittsgelähmten Rehabilitanden sind 100 Prozent wieder

gesund und 30 Prozent stehen wieder im Beruf.

Welche Umstände sind Ihrer Meinung nach die größten Hürden im Zusammenhang mit der sozialen Wiedereingliederung und dem Wiedereinstieg ins Berufsleben von Menschen mit körperlichen Behinderungen?

Lindolfo Neto de Oliveira Sales: Die Beurteilungsverfahren, ob eine Gesundheitsbeeinträchtigung Rehabilitationsmaßnahmen erfordert, sind zu langwierig. Das

verzögert die Einleitung der Rehabilitationsprogramme und verringert die Erfolgchancen der Maßnahmen und der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Diese und andere Faktoren müssen bei der BR sowohl in Bezug auf die Strategie als auch auf die Umsetzung überarbeitet werden. Das INSS und die Rehabilitationszentren haben das bereits in Angriff genommen.

Andreij Kigim: Wir haben es hier mit einem systembedingten Problem zu tun, das nicht nur in Russland existiert. Der bestehende Versicherungsmechanismus ist leider nicht geeignet, um für Menschen im arbeitsfähigen Alter entsprechende Anreize für eine Wiederaufnahme der Tätigkeit zu bieten. So bevorzugen arbeitsfähige Menschen, die an einem Rehabilitationsprogramm teilnehmen, eher die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen. In Russland betragen derartige Zahlungen zwischen 7.000 und 8.000 Rubel bei einem durchschnittlichen Gehalt von 26.620 Rubel (Stand: April 2013). Derzeit beträgt der Mindestlohn in Russland 5.205 Rubel. Folglich nehmen die Betroffenen lieber die Versicherungszahlungen in Anspruch, anstatt wieder Vollzeit arbeiten zu gehen. ▶

„Die Entwicklung eines Systems zur umfassenden Rehabilitation von Menschen, die einen Arbeitsunfall erlitten haben, gehört zu den wichtigsten Zielen des Sozialversicherungsfonds der Russischen Föderation.“

Andreij Kigim,

Präsident des Sozialversicherungsfonds der Russischen Föderation



Foto: FSS

„Die Erfahrungen der DGUV liefern dem Aufbau der chinesischen Unfallversicherung ein wichtiges Vorbild.“ (Liu Mei)

Wir müssen die Menschen davon überzeugen, dass sie ohne Arbeit und ohne soziale Aktivitäten die Chance vertun, sich selbst zu verwirklichen und ihre Talente zu entdecken.

Liu Mei: Ihre Frage betrifft auch die Beurteilung der Arbeitsmarktsituation und Begünstigungsrichtlinien für arbeitssuchende Behinderte. Die Zuständigkeit des Amtes für Unfallversicherung betreffend, kann ich hier keine eindeutige Aussage machen. Außerdem ist die berufliche Rehabilitation in China noch nicht so verbreitet, dass eine Fallsammlung vorliegt. Somit können wir auch das größte Problem noch nicht identifizieren.

Wie sehen Sie die Rehabilitation von morgen? Und wie lassen sich die Effektivität und Effizienz von Rehabilitationsprogrammen verbessern?

Lindolfo Neto de Oliveira Sales: Das INSS hat viele Maßnahmen ergriffen, um der beruflichen Rehabilitation einen höheren Stellenwert zu geben. Wir meinen, dass wir uns in Richtung eines erfolgreichen und effizienten Modells der BR für die Arbeitnehmer in Brasilien bewegen, wenn sich Standpunkte und Verfahrensweisen branchenübergreifend ändern, gemeinsam Verantwortung getragen wird und die bereits im INSS vorhandenen Rehabilitationsstrukturen verbessert werden.

Andreij Kigim: Wir müssen eine Wechselbeziehung zwischen der Höhe der Versicherungsleistungen und dem Rehabilitationserfolg des Unfallopfers herstellen. Wenn beispielsweise eine Person ihre Arbeitsfähigkeit wiedererlangt, kann sie damit einen höheren Zahlungsindex „erreichen“. Oder wir zahlen eine Art Motivationsprämie für die Rückkehr ins Berufsleben.

Außerdem sollte die berufliche Rehabilitation von Unfallopfern und die anschließende Wiederaufnahme einer

Beschäftigung in Kooperation mit der Arbeitsvermittlung durchgeführt werden. Zudem sollten wir anstelle eines bestimmten Grades der Berufsunfähigkeit einen allgemeinen Invaliditätsgrad einführen. Dadurch ist eine Nutzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit eines Menschen möglich.

Liu Mei: Der Grundsatz, dass die medizinische Behandlung und die Rehabilitation gleiche Gewichtung haben und die Einstufung der Behinderung erst nach der Rehabilitation erfolgt, sollte in die Praxis umgesetzt werden. Dazu gehört auch ein nahtloser Übergang zwischen der medizinischen Behandlung und der beruflichen Rehabilitation. Diejenigen Arbeitnehmer, die bei der Feststellung des Arbeitsunfalls als rehabilitationsbedürftig eingestuft sind, sollen ins Disability-Management integriert werden.

Zudem muss ein Dienstleistungsnetzwerk für die berufliche Rehabilitation aufgebaut werden. Außerdem sollte die Schulung der Rehabilitationsträger in beruflicher Rehabilitation intensiviert werden und die Regierung Richtlinien erlassen, die den Übergang von der Rehabilitation zur Wiedereingliederung ins berufliche Leben vereinfachen. Als letzter Punkt sollten Maßnahmen ergriffen werden, um mehr Fachleute in Rehabilitation, insbesondere in beruflicher Rehabilitation, auszubilden.

Warum haben Sie sich für eine Kooperation mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) entschieden? Was sind Ihre Erwartungen?

Lindolfo Neto de Oliveira Sales: Am wichtigsten war uns der Erfahrungsaustausch. Die DGUV hat auf dem Gebiet der BR und der Wiedereingliederung von Arbeitnehmern in den Arbeitsmarkt ein breites Know-how und Erfahrungen, zu denen wir uns austauschen können – das brasilianische Ministerium für Soziale Sicher-

heit/INSS macht derzeit zum Beispiel wichtige Erfahrungen im Bereich Regresswesen. Mit der Partnerschaft möchten wir noch mehr Anregungen für die Entwicklung und Durchführung von Alternativen bekommen, die den enormen Herausforderungen der beruflichen Rehabilitation in Brasilien gerecht werden. Gleichzeitig können wir zu der von der DGUV bereits geleisteten hervorragenden Arbeit beitragen.

Andreij Kigim: Bei der Entwicklung eines Systems für die Sozialversicherung von Arbeitsunfällen orientierte sich Russland am deutschen Know-how. Wir wissen, dass die DGUV auf über hundert Jahre Erfahrung zurückblickt, die uns in Russland helfen kann. Deutschland ist ein mächtiger Industriestaat. Und Russland ist als ebenfalls hoch entwickeltes Industrieland daran interessiert, Deutschlands umfassendes juristisches Know-how bei einem so komplexen Thema wie den Sozialversicherungen als Vorbild zu nutzen.

Liu Mei: Die Erfahrungen der DGUV liefern dem Aufbau der chinesischen Unfallversicherung ein wichtiges Vorbild. Die Kooperation bringt die Vervollständigung des chinesischen Unfallversicherungssystems voran, fördert die Praxis in der Unfallverhütung und Unfallrehabilitation, verbessert die Qualität der Administration und trägt zur Ausbildung des Fachpersonals bei.

Außerdem gab es auf regionaler Ebene einen regen Austausch über Ansätze der Unfallrehabilitation. Zum Beispiel hat das Zentrum für berufliche Rehabilitation Guangdong eine langfristige Kooperation zum Austausch von Personal und Know-how mit der Unfallklinik Murnau entwickelt. Das hat zu erheblichen Verbesserungen in China geführt. ●

Das Interview führte Elke Biesel, DGUV.

Return on Prevention in Indien

Kosten und Nutzen von Prävention in Indien

Das National Safety Council of India (NSC) ließ im Rahmen einer internationalen Studie¹ Kosten und Nutzen von Investitionen in betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz untersuchen. Der NSC fördert in Indien den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Durch die Studie stieg auch das Interesse anderer indischer Unternehmen an dem Zusammenhang zwischen Kosten und Nutzen von Präventionsmaßnahmen.

„Rechnet“ sich Prävention für Unternehmen? Alle indischen Unternehmen, die freiwillig an der Studie teilnahmen, haben bereits eine gute Präventionskultur. Bis auf ein Unternehmen handelte es sich um Unternehmen der verarbeitenden Industrie und des Bausektors, jeweils mit einer Mitarbeiteranzahl von über 250 Arbeitnehmern. Ein Team aus verantwortlichen Personen der Unternehmensbereiche Produktion, Qualitätssicherung, Finanzwesen, Instandhaltung, Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Personalwesen beantwortete einen standardisierten Fragebogen.

Insgesamt stuften die Befragten den Stellenwert von Arbeitsschutz in ihrem Unternehmen als wichtig bis sehr wichtig ein. Den Einfluss von Arbeitsschutz sahen sie in ihrem Unternehmen besonders stark in den Bereichen Produktion, Transport sowie Lagerung (ähnlich das Ergebnis des internationalen Vergleichs).

* ---

- 1 Studie der DGUV, der BG ETEM sowie der IVSS; DGUV Report 1/2013 „Berechnung des internationalen ‚Return on Prevention‘ für Unternehmen: Kosten und Nutzen von Investitionen in den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz“; <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/dguv-rep1-2013.pdf>
- 2 Die Erfahrungen und Erkenntnisse des NSC sind in dem englischsprachigen Beitrag „Implementation of Return on Prevention (RoP) Project – Indian Experience“, MM Kulkarni, Director, National Safety Council of India zusammengefasst (E-Mail: madankulkarni@vsnl.com).

Als Effekte betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen sahen die Unternehmen insbesondere eine verbesserte Produktqualität, die Reduzierung sicherheitswidriger Verhaltensweisen sowie ein besseres Unternehmensimage in der Öffentlichkeit. Die gegenwärtigen Präventionsaktivitäten in den jeweiligen Unternehmen wurden überwiegend mit gut bis sehr gut bewertet. Der Großteil der Befragten schätzte den Wert zusätzlicher Investitionen in Prävention auf Dauer als kostenreduzierend ein. Der NSC leitet aus den Befragungen ab, dass dem Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz in den befragten Unternehmen eine ebenbürtige Bedeutung wie der eigentlichen Unternehmensaktivität zukommt. Betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutzaspekte werden in diesen Unternehmen von Beginn an, also von der Planungsphase über die Umsetzung bis hin zum Verkauf eines Produkts einbezogen.

Return on Prevention

Bei einem Vergleich der Ausgaben für Maßnahmen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Rupien pro Beschäftigtem pro Jahr und den durch die Vermeidung von Störungen und Unterbrechungen eingesparten Kosten, ergab sich bei den Einsparungen ein Plus mit dem Faktor 2.1. Damit liegt das Ergebnis knapp unter dem im internationalen Vergleich ermittelten Wert von 2.2. Mit jeder Rupie, die die Unternehmen für Arbeits- und Gesundheitsschutz ausgaben, ging ein wirtschaftlicher Gewinn von 2,10 Rupien einher.



Foto: Shutterstock/Tania Zbrodka

Die Studie zeigt, dass es sich für Unternehmen in Indien lohnt, in Prävention zu investieren. Da nur eine begrenzte Anzahl ausgewählter Unternehmen befragt wurde, ist die Umfrage nicht repräsentativ. Der Ansatz des „Return on Prevention“ ist bei indischen Unternehmen jedoch von großem Interesse. Damit setzt das Projekt „Return on Prävention“ einen wichtigen Impuls, den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz weiter auszubauen. Die befragten Unternehmen bewerteten ihre Projektteilnahme als nützlich und zeigten sich an einer Fortführung beziehungsweise weiteren Implementierung interessiert. Aus Sicht des NSC wäre es sinnvoll, regelmäßige Folgeuntersuchungen durchzuführen, um jeweils die aktuelle Situation und Veränderungen in Unternehmen zu erfassen.² ●

Autorin



Foto: Privat

Eva-Marie Höffer

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

Das CUELA-Messsystem in internationalen Kooperationen

Messsystem mit internationalem Maß

Das CUELA¹-Messsystem ist in Deutschland maßgeblich an der Erforschung physischer Risikofaktoren für arbeitsbezogene Muskel-Skelett-Erkrankungen und damit an deren Prävention beteiligt. Durch internationale Forschungsk Kooperationen profitieren nicht nur deutsche Unfallversicherungsträger und deren versicherte Betriebe vom Messsystem, sondern auch die der kooperierenden Nationen.

Hintergrund

Arbeitsbezogene Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) verursachen in Deutschland die höchsten Kosten und führen seit Jahren die Statistiken der Arbeitsunfähigkeitstage an. Darüber hinaus gibt es einige Berufskrankheiten, die mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems in Bezug stehen.

Voraussetzungen für eine zielgerichtete Prävention arbeitsbezogener MSE ist die Kenntnis von Risikofaktoren am Arbeitsplatz. Das Institut für Arbeitsschutz der

Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA) setzt seit Jahren das selbstentwickelte CUELA-Messsystem zur Quantifizierung physischer Risikofaktoren für arbeitsbezogene Muskel-Skelett-Beschwerden und -Erkrankungen in der betrieblichen Praxis ein. Mit dem personengebundenen System können äußere Belastungen wie Körperbewegungen und Körperkräfte sowie Beanspruchungen – zum Beispiel Herzschlagfrequenz oder muskuläre Aktivität – am Arbeitsplatz über eine Arbeitsschicht quantifiziert werden (Ellegast et al. 2010).

Bei der Entwicklung des Messsystems und von Verfahren zur Bewertung der Messdaten spielen internationale Kooperationen eine wichtige Rolle. Zwei konkrete Beispiele sollen in diesem Beitrag den Nutzen der internationalen Kooperationen sowohl bei der Weiterentwicklung des CUELA-Messsystems als auch bei der Erforschung physischer Risikofaktoren verdeutlichen. Erkenntnisse dieser Kooperationen fließen dabei direkt in die Prävention arbeitsbezogener Muskel-Skelett-Belastungen an deutschen Arbeitsplätzen ein, beispielsweise bei ergonomischen Betriebsberatungen.



Abbildung 1: Internationale Kooperationen mit dem kanadischen IRSST zur Weiterentwicklung des CUELA-Messsystems: Prof. Plamondon trägt neue CUELA-3D-Inertialsensoren bei Validierungsversuchen im Labor des kanadischen IRSST (links). Der IFA-CUELA-Entwickler Hermanns testet die neuen Sensoren, die im CUELA-Rückenmonitor integriert sind (mitte). Eine zugehörige Online-Computerdarstellung zeigt die mittels biomechanischer Modellrechnungen bestimmte Bandscheibendruckkraft auf die unterste Bandscheibe L5/S1 (rechts).



Abbildung 2: Beschäftigte mit CUELA-Messsystem bei der Tätigkeit des Rosenschneidens (links) und repetitive manuelle Arbeiten mit Beugung und Streckung der Handgelenke und Kraftaufwand in der kolumbianischen Blumenindustrie (rechts)

Internationale Kooperation zur Weiterentwicklung des CUELA-Messsystems

Seit einigen Jahren kooperiert das IFA mit internationalen Partnern in der Weiterentwicklung und Kalibrierung des CUELA-Messsystems. Zwei wichtige Partner hierbei sind die kanadischen Arbeitsgruppen von Prof. Plamondon des IRSST (Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, Montréal) und von Prof. Delisle der Universität Sherbrooke, mit dem die DGUV in der gemeinsamen Entwicklung von Messsystemen zur Erfassung und Bewertung muskuloskelettaler Risikofaktoren am Arbeitsplatz seit 2008 kooperiert.

Die kanadischen Biomechanik- und Ergonomie-Experten haben in ihrem Labor spezielle Kalibrier- und Validierungsverfahren für dreidimensionale Inertialsensoren bei der Erfassung menschlicher Bewegungen entwickelt (Plamondon et al. 2007). Darüber hinaus besitzen die Institute langjährige Erfahrungen in der Entwicklung und Anwendung biomecha-

nischer Modelle zur Abschätzung von Wirbelsäulenbelastungen bei manuellen Lastenhandhabungen.

„Mit dem CUELA-Rückenmonitor bekommen Beschäftigte eine direkte Rückmeldung zu ihrer Wirbelsäulenbelastung am Arbeitsplatz. Durch die anschauliche Darstellung wird er zur ergonomischen Verhaltensprävention direkt im Betrieb eingesetzt.“

Durch wiederholte gemeinsame Messungen im Labor des kanadischen IRSST wurden neue CUELA-3D-Inertialsensoren so weiterentwickelt, dass sie in eine Sensorjacke integriert werden konnten, mit der eine Online-Darstellung von Kompressionskräften auf die unterste Bandscheibe L5/S1 bei manuellen Lastenhandhabungen erfolgen kann („CUELA-Rückenmo-

nitor“, siehe [Abbildung 1](#)). Mit dem CUELA-Rückenmonitor bekommen Beschäftigte eine direkte Rückmeldung zu ihrer Wirbelsäulenbelastung am Arbeitsplatz. Dabei kann die Höhe der Wirbelsäulenbelastung je nach eingenommener Körperhaltung und Ausführung der Lastenmanipulation sehr verschieden sein. Diese anschauliche Darstellung der Wirkung unterschiedlicher Lastenhandhabungen wird zur ergonomischen Verhaltensprävention direkt im Betrieb eingesetzt. Der CUELA-Rückenmonitor kann während der derzeit laufenden Präventionskampagne „Denk an mich – Dein Rücken“ verbunden mit einem zugehörigen Parcours und einer Schulung kostenlos als Veranstaltungsmodul geliehen werden (CUELA-Rückenparcour 2013).

Viele Betriebe in Deutschland nutzen dieses Angebot, so dass der CUELA-Rückenmonitor bei den Buchungsanfragen der Veranstaltungsmodulare der Kampagne „Denk an mich – Dein Rücken“ im ersten Quartal 2013 den ersten Platz belegte. ▶

„Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems gehören mit ungefähr 70 Prozent zu den häufigsten Berufskrankheiten in Kolumbien. Besonders viele hiervon Betroffene arbeiten in der kolumbianischen Blumenindustrie.“

Internationale Kooperation zur Erforschung arbeitsbezogener Risikofaktoren für die Entstehung von MSE

Zur Einschätzung des Risikos für die Entstehung arbeitsbezogener MSE müssen die hiermit verbundenen, spezifischen beruflichen Risikofaktoren sowie zugehörige Bewertungsgrundlagen bekannt sein.

Ein Beispiel hierfür ist das Carpal-Tunnelsyndrom (CTS). Dieses Syndrom entsteht durch eine Schädigung des Nervus medianus (Mittelnerv), der in seinem Verlauf durch den Carpal-Tunnel an der Handwurzel komprimiert und in seiner Funktion beeinträchtigt wird. CTS wurde 2003 in die europäische Berufskrankheitenliste aufgenommen und gehört in der Europäischen Union zu den häufig anerkannten Berufskrankheiten. In Deutschland hat der Ärztliche Sachverständigenbeirat des Bundesministeriums für Arbeit und So-

ziales im Jahr 2009 eine wissenschaftliche Begründung zur Anerkennung von CTS als Berufskrankheit veröffentlicht. Für die Unfallversicherungsträger sind eine fundierte Erfassung und Bewertung beruflicher CTS-Risikofaktoren daher sowohl für die Prävention als auch für die Ermittlung der arbeitstechnischen Voraussetzungen einer Berufskrankheit CTS eine wichtige Aufgabe.

Als arbeitsbezogene Ursachen für die Entstehung von CTS werden berufliche Tätigkeiten genannt, die repetitive manuelle Arbeiten mit Beugung und Streckung der Handgelenke, einen erhöhten Kraftaufwand der Hände oder die Einwirkung von Hand-Arm-Schwingungen beinhalten. Diese Risikofaktoren können jeweils alleine zur Entstehung von CTS führen. Das CTS-Risiko erhöht sich darüber hinaus bei der Einwirkung einer Kombination von

zwei oder drei dieser Faktoren (Hoehne-Hückstädt et al. 2011). Die wissenschaftliche Literatur liefert Daten zur Evidenz über den qualitativen Zusammenhang dieser Risikofaktoren mit der Entstehung von CTS, jedoch fehlen konkrete quantitative Richtwerte oder Gewichtungen in der Beurteilung der einzelnen Risikofaktoren.

Bei der Entwicklung entsprechender Verfahren hat sich die Kooperation mit einem kolumbianischen Partner als sehr hilfreich erwiesen: CTS wird in Kolumbien seit vielen Jahren als Berufskrankheit anerkannt, sofern die betroffenen Beschäftigten in einem dort unfallversicherten Betrieb arbeiten. Von diesen unfallversicherten kolumbianischen Betrieben gab es im Jahr 2012 circa 617.000 mit insgesamt circa 8,3 Millionen Beschäftigten. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems stellen mit ungefähr 70 Prozent aller Berufskrankheiten die häufigsten Berufskrankheiten in Kolumbien dar. Hiervon sind wiederum circa 80 Prozent auf arbeitsbezogene Erkrankungen der oberen Extremitäten zurückzuführen (Tafur 2007).

Besonders viele hiervon betroffene Beschäftigte arbeiten in der kolumbianischen Blumenindustrie, die einen großen Anteil an der Exportwirtschaft des Landes hat. Im Jahr 2012 wurden kolumbianische Blumen im Wert von mehr als 689 Millionen US-Dollar exportiert, davon 76,6 Prozent in die USA.

ARL SURA ist in Kolumbien der zweitgrößte Unfallversicherer, bei dem derzeit circa 2 Millionen Beschäftigte in über 50.000 nationalen Unternehmen, darunter viele Betriebe der kolumbianischen Blumenindustrie, versichert sind. ARL SURA besitzt jahrelange Erfahrung in der Beurteilung arbeitsbezogener CTS-Fälle in der Blumenindustrie, deren Neuerkrankung pro Jahr bei circa 600 Fällen pro 100.000 Beschäftigte liegt (Ceballos 2009). Die Gesamtzahl der in 2012 von ARL SURA anerkannten CTS-Berufskrankheiten lag bei 757 Fällen.



Barrero L.H.; Ceballos C.; Ellegast R.; Pulido J.A.; Monroy M.; Berrío S.; Quintana L.A. (2012a): A randomized intervention trial to reduce mechanical exposures in the Colombian flower industry. *Work*. 2012; 41 Suppl 1:4971–4.

Barrero L.H.; Pulido J.A.; Berrío S.; Monroy M.; Quintana L.A.; Ceballos C.; Hoehne-Hueckstaedt U.; Ellegast R. (2012b): Physical workloads of the upper extremity among workers of the Colombian flower industry. *Am J Ind Med*. 2012 Oct; 55(10):926–39.

Ceballos C. (2009): Incidence of occupational disease among insured workers by economical activity between years 2003 and 2008, Bogotá: A.R.P. SURA.

CUELA-Rückenparcours (2013): Internetauftritt der Kampagne „Denk an mich – Dein Rücken“, Internet: www.deinruecken.de/dein_ruecken_kampagne/sondernavigation/veranstaltungsmodul_2/veranstaltungsmodul_2/veranstaltungsmodul_3_1984.jsp

Ellegast R.; Herda C.; Hoehne-Hückstädt U.; Lesser W.; Kraus G.; Schwan W.; (2004): Ergonomie an Naharbeitsplätzen. BIA-Report 7/2004. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften

(HVBG), Sankt Augustin. www.dguv.de/ifa/Publikationen/Reports-Download/BIA-Reports-2002-bis-2004/BIA-Report-7-2004/index.jsp (Webcode: d6353).

Ellegast R.; Hermanns I.; Schiefer C. (2010): Feldmesssystem CUELA zur Langzeiterfassung und -analyse von Bewegungen an Arbeitsplätzen; *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 64, Nr. 2, 101110.

Hoehne-Hückstädt U.; Barrot R.; Ellegast R.; Hartmann B.; Hecker C.; Kaulbars U.; März R.; Sander M.; Schedlbauer G.; Spallek M.; Steinberg U.; Stengelin E.; Zagrodnik F.D. (2011): Bewertung von Carpal-Tunnelsyndrom (CTS)-Risikoarbeitsplätzen. In: IFA-Report 6/2011 „Fachgespräch Ergonomie 2010, DGUV Berlin, www.dguv.de/ifa/Publikationen/Reports-Download/Reports-2011/IFA-Report-6-2011/index.jsp (Webcode: d120265).

Tafur F.J. (2007): Informe de enfermedad ocupacional en Colombia 2003–2005; Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

Plamondon A.; Delisle A.; Larue C.; Brouillette D.; McFadden D.; Desjardins P.; Larivière C. (2007): Evaluation of a hybrid system for three-dimensional measurement of trunk posture in motion. *Appl Ergonomics* 38: 697712.



Abbildung 3: Einsatz des CUELA-Messsystems an Arbeitsplätzen in der argentinischen Nähindustrie

Im Jahr 2008 wurde eine Kooperationsvereinbarung zwischen der DGUV und ARL SURA geschlossen, die unter anderem eine intensive Zusammenarbeit in der Erforschung von arbeitsbezogenen Risikofaktoren bei der Entstehung von CTS beinhaltet. Das CUELA-Messsystem wurde Ergonomie-Experten von ARL SURA in Verbindung mit einer intensiven Schulung für die Durchführung einer Interventionsstudie in der kolumbianischen Blumenindustrie zur Verfügung gestellt (Barrero et al. 2012a). Im Rahmen des Projekts wurden CUELA-Messungen bei 40 Probanden in acht kolumbianischen Blumenbetrieben über ganze Arbeitsschichten durchgeführt (siehe [Abbildung 2](#)).

Auf den Messergebnissen aufbauend wurden gemeinsam mit den Betrieben verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen abgeleitet und implementiert. Nach einer Eingewöhnungszeit wurde anschließend die Wirksamkeit der Maßnahmen evaluiert.

Hierdurch konnten die Arbeitsplätze und -abläufe in den kolumbianischen Betrieben bezüglich des CTS-Risikos wesentlich verbessert werden (Barrero et al. 2012a). Die CUELA-Messdaten wurden darüber hinaus für die Erforschung und Weiterentwicklung der Beurteilung einzelner und kombinierter CTS-Risikofaktoren genutzt (Barrero et al. 2012b). Diese

Erkenntnisse flossen in die Entwicklung einer Handlungsanleitung zur Ermittlung der arbeitstechnischen Voraussetzungen bei Verdacht auf eine CTS-Berufskrankheit (Hoehne-Hückstädt et al. 2011) und der Struktur der IFA-CTS-Datenbank ein. In letzterer werden geeignete Messparameter zur Quantifizierung von CTS-Belastungsfaktoren in Belastungsprofilen zusammengestellt. Die Datenbank kann zukünftig sowohl für die Prävention als auch für die Beurteilung der arbeitstechnischen Voraussetzungen von den Unfallversicherungsträgern genutzt werden.

Zusammenfassung und Ausblick

Beide Beispiele verdeutlichen, dass die Ergebnisse internationaler Forschungskooperationen einen direkten Nutzen für die Arbeit der Unfallversicherungsträger sowohl in der betrieblichen Prävention als auch in Berufskrankheiten-Feststellungsverfahren haben.

Im Falle der Entwicklung des CUELA-Rückenmonitors profitieren deutsche und kanadische Betriebe, da die CUELA-Messsensoren inzwischen sowohl in Deutschland als auch in einem kanadischen Präventionsprojekt zur Reduktion von Muskel-Skelett-Belastungen bei Rettungssanitätern eingesetzt wurden. Die erfolgreiche Kooperation zwischen IFA und IRSST ist vor kurzem verlängert worden, so dass auch künftig gemeinsame Hard-

und Softwareentwicklungen den Unfallversicherungsträgern und Betrieben in Deutschland zu Gute kommen werden.

Die Kooperation mit ARL SURA wurde ebenfalls fortgeführt und ausgeweitet. Das CUELA-Messsystem wird inzwischen nicht nur in Kolumbien, sondern aufgrund einer iberoamerikanischen Kooperationsvereinbarung auch von Unfallversicherungen bzw. damit verbundenen Institutionen in Argentinien, Brasilien und Chile in Projekten zur Prävention arbeitsbezogener Muskel-Skelett-Erkrankungen eingesetzt.

Hierbei ist ein Austausch der Messdaten vorgesehen, die sowohl in Südamerika als auch in Deutschland nach einheitlichem Standard erfasst werden. Dies ist eine wertvolle Grundlage zukünftiger Bewertungsverfahren physischer Risikofaktoren für arbeitsbezogene Schulter-Arm-Erkrankungen. Auch die Erkenntnisse aus Präventionsprojekten, wie zum Beispiel bei der ergonomischen Gestaltung von Näharbeitsplätzen (Ellegast et al. 2004) können somit ausgetauscht und an die länderspezifischen Arbeitssysteme adaptiert werden (siehe [Abbildung 3](#)). ●

* ---

- 1 CUELA: *Computer Unterstützte Erfassung und Langzeit-Analyse von Muskel-Skelett-Belastungen.*
-

Autor



Foto: DGUV

Dr. Rolf Ellegast

Stv. Leiter des Instituts für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA)
E-Mail: rolf.ellegast@dguv.de

Partner der DGUV

Die internationale Arbeit der GVG

Erfolgreiche Arbeit für soziale Sicherung ist immer Teamwork, vor allem auch im Ausland. Ein kompetenter Partner für die internationale Arbeit der DGUV ist die GVG.

Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) ist eine Konsensplattform für die soziale Sicherung in Deutschland. Nahezu alle relevanten Institutionen der sozialen Sicherheit sind Mitglied: von den gesetzlichen und privaten Sozialversicherungen über die Leistungserbringer im Gesundheitswesen bis zu den Sozialpartnern und der Wissenschaft.

Seit ihrer Gründung hat die GVG den Blick immer auch über die Grenzen gerichtet. Der internationale Erfahrungsaustausch und die europäische Integration mit ihren Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme bildeten von Anfang an Arbeitsschwerpunkte. Seit dem Fall des Eisernen Vorhangs hat die internationale Ausrichtung noch an Bedeutung gewonnen: Ministerien, Behörden und Sozialversicherungsträger anderer Länder werden unterstützt bei der Reform und Ausgestaltung ihrer Gesundheits- und Sozialsysteme. Während zunächst Mittel- und Osteuropa im Fokus standen, sind zunehmend Projekte in Zentral- und Ostasien hinzugekommen. Diese werden aus EU-Fördermitteln oder durch andere nationale und internationale Institutionen finanziert. Viele der mitwirkenden Expertinnen und Experten kommen aus GVG-Mitgliedsinstitutionen, denn ihr praktisches Verwaltungswissen wird von den Projektpartnern sehr geschätzt.

Neben diesen Beratungsprojekten koordiniert die GVG eine Reihe von europäischen Expertennetzwerken, in denen aktuelle sozialpolitische Entwicklungen in Europa vergleichend analysiert werden.

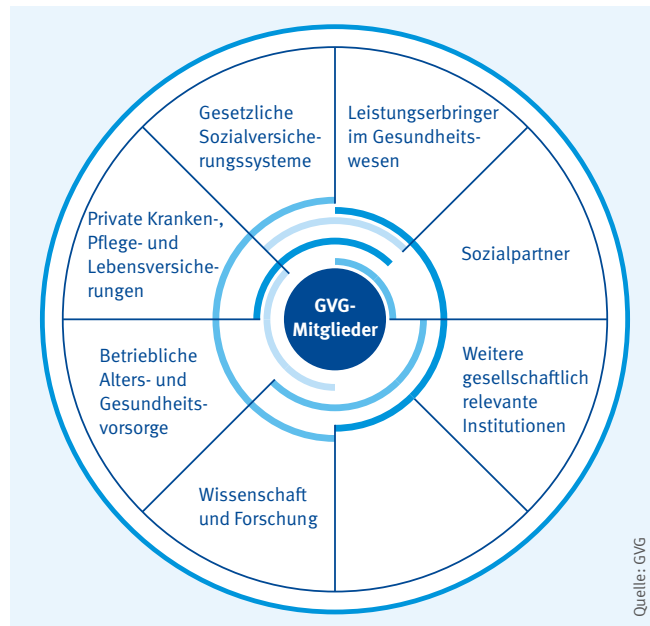


Abbildung: Mitglieder der GVG

Auch im Arbeitsschutz führt der Weg gemeinsam mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) Richtung Asien. Nach einer Vielzahl von Projekten von Osteuropa über die Ukraine, Russland und die Türkei bis nach Aserbaidschan implementiert die GVG derzeit in China ein großes EU-Projekt.

China auf dem Weg zu einer „Vision Zero“?

Die Vorgaben sind anspruchsvoll: Ein internationales Expertenteam soll China darin unterstützen, sein Arbeitsschutzsystem an europäische Standards anzupassen. Eine der Zielvorgaben ist eine „Zero Fatality Rate“. So zumindest lauten die Vorstellungen der chinesischen State Administration of Work Safety (SAWS) und der Europäischen Union (EU) als Geldgeber eines großen Projektes, welches die GVG in Partnerschaft mit der DGUV, der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI) und

dem Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) durchführt.

Seit April 2012 beraten zwei Langzeitexperten vor Ort – gemeinsam mit einer Vielzahl von Spezialisten aus EU-Ländern – ein chinesisches Team dabei, die Modernisierung des Arbeitsschutzsystems durch SAWS fachlich zu unterstützen. Die Projektaktivitäten konzentrieren sich auf die Hochrisikosektoren Kohlebergbau, Bergbau und chemische Industrie. Zunächst wurde in ausgewählten Unternehmen untersucht, wie der betriebliche Arbeitsschutz organisiert ist, um so die Unterschiede zum EU-System herauszuarbeiten.

Anschließend wurden gemeinsam mit dem SAWS Anpassungsmaßnahmen definiert und die Schulungsprogramme entwickelt, die in der zweiten Jahreshälfte 2013 starteten. Die Schulungen richten sich an staatliche Aufsichtsbeamte und Trainer aus dem dreigliedrigen Trainingssystem sowie an Management und Belegschaft der Unternehmen, die dadurch eine Leuchtturmfunktion gewinnen sollen.

Diese Schulungen einschließlich „Train-the-trainer“-Maßnahmen können einen Anstoß für notwendige Umwälzungen geben, aber nicht annähernd alle wichtigen Funktionsträger erreichen. Deshalb kommt den weiteren Maßnahmen große Bedeutung zu: Neben dem Dialog zwischen staatlichen Stellen und Sozialpartnern sowie verschiedenen Aktivitäten zur Stärkung eines öffentlichen Sicherheitsbewusstseins geht es auch darum, die strategische Ausrichtung der staatlichen Aufsicht bis in die Regionalverwaltungen

hinein mit internationalen Standards zu harmonisieren. Auch die Unfallstatistiken stehen auf dem Prüfstand. Allerdings ist es gerade in solch sensiblen Bereichen schwierig, die Vorstellungen des Expertenteams und der chinesischen Partner in Einklang zu bringen.

Dennoch: China hat vielfach seine Fähigkeit bewiesen, große Entwicklungssprünge zu machen. Im Interesse der Arbeiter und einer langfristig stabilen Entwicklung sollte China jede Unterstützung gewährt werden, damit dem Land auch in der sozialen Sicherung solch ein Entwicklungssprung gelingen kann. Die Orientierung auf eine „Zero Fatality Rate“ belegt, welche ehrgeizige Ziele China sich hier selbst steckt. Zum Projektabschluss 2016 sollten im Idealfall erste Auswirkungen des Projektes auf dem Weg zu einer „Vision Zero“ messbar sein.

Unterstützung des Sozialschutzes in der Entwicklungszusammenarbeit der EU

Ein von der GVG geführtes Konsortium setzt aktuell ein dreijähriges Programm zur Unterstützung der Systeme des Sozialschutzes in Partnerländern der EU um. Es ist im April 2013 unter der Bezeichnung „SOCIEUX – Social Protection European Union Expertise in Development Cooperation“¹ angelaufen. Ab Oktober wird eine Vielzahl von kurzzeitigen Interventionen in Schwellen- und Entwicklungsländern durchgeführt.

SOCIEUX bietet Schwellen- und Entwicklungsländern Unterstützung für alle Bereiche des Sozialschutzes an, um den Herausforderungen einer Ausweitung von Sozialschutzsystemen auf größere Teile der Bevölkerung zu begegnen. Dies betrifft sowohl die Sozialversicherungen als auch die Sozialhilfe/Grundsicherung und den Zugang zu Basisdiensten in den Bereichen Bildung, Gesundheitsversorgung und Beschäftigung. Die Absicherung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten einschließlich Maßnahmen der Rehabilitation ist ebenfalls eingeschlossen. SOCIEUX bietet aber auch themenübergreifende Expertise zur effektiveren Umsetzung von Sozialschutzsystemen an.

Wie funktioniert SOCIEUX?

Als ein nachfrageorientiertes Instrument reagiert SOCIEUX auf die spezifischen Belange der Partnerländer. Anfragen dieser Länder werden unverzüglich vom SOCIEUX-Team bearbeitet; die Prioritäten der Unterstützung werden abgesteckt und es wird ein detaillierter Handlungsplan für geeignete Maßnahmen entwickelt. Das Team veranlasst eine schnelle Mobilisierung von Expertinnen und Experten aus öffentlichen Verwaltungen, nachgeordneten Behörden und mandatierten Einrichtungen der EU-Mitgliedsstaaten. Die Interventionen finden in der Regel in den Partnerländern statt, aber auch Studienreisen in Drittländer innerhalb oder außerhalb der EU werden organisiert. SOCIEUX richtet sich an für den Sozialschutz zuständige Institutionen aus Ländern des Europäischen Nachbarschaftsprogramms, Lateinamerikas, Asiens und des Nahen Ostens sowie des afrikanischen, karibischen und pazifischen Raums. Die Maßnahmen dauern im Durchschnitt ein bis zwei Wochen.

Wie kann man Expertin/Experte für SOCIEUX werden?

SOCIEUX sucht laufend Fachleute aus den Verwaltungen und Institutionen der sozialen Sicherung für verschiedene Bereiche des Sozialschutzes, die Interesse an Kurzzeiteinsätzen in den Partnerländern haben. Diese erhalten für ihre Einsätze umfassende inhaltliche und logistische Unterstützung durch das SOCIEUX Team.



Interessierte Institutionen und potenzielle Expertinnen und Experten sind dazu eingeladen, sich für weitere Informationen an das SOCIEUX Team in Brüssel zu wenden:

SOCIEUX

Avenue Paul Deschanel 62,
1030 Brüssel, Belgien
Telefon: +32 25884884
Fax: +32 25884880
E-Mail: contact@socieux.eu
Website: ec.europa.eu/europeaid/socieux



- 1 Das Programm wurde ursprünglich unter der Bezeichnung „EU Expert Facility on Social Protection“ aufgesetzt.

Autorinnen und Autor Dr. Sabine Horstmann

Leitung International der GVG
E-Mail: s.horstmann@gvg.org

Nathalie Bélorgey

Leitung Soziale Sicherung/
Alterssicherung – SOCIEUX
Programmdirektorin, GVG
E-Mail: n.belorgey@gvg.org

Holger Trechow

Leitung Arbeitsschutz der GVG
E-Mail: h.trechow@gvg.org

„Erfolgreiche Arbeit für Soziale Sicherung ist immer Teamwork. Das gilt für die nationale Ebene ebenso wie für die internationale. An der Schnittstelle zwischen den verschiedenen Akteuren der sozialen Sicherung ist die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) deshalb eine wichtige Plattform. Sie bietet Möglichkeiten des Austauschs und der Kooperation. Das deutsche Sozialsystem weckt in vielen Ländern der Erde großes Interesse. Es ist deshalb wichtig, hier mit dem Netzwerk der GVG kompetente Ansprechpartner zu haben. Auch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung bringt ihre Erfahrungen in die Arbeit der GVG ein und findet dort gleichzeitig Unterstützung für ihre Kooperationen mit internationalen Partnern. Teamwork ist keine Einbahnstraße.“

Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und Vorstandsvorsitzender der GVG



Foto: DGUV/Stephan Floss

Patientenmobilität in der EU

Die Europäisierung der Gesundheitspolitik schreitet voran

Am 24. April 2011 ist die EU-Patientenrechte-Richtlinie in Kraft getreten. Bis zum 25. Oktober 2013 musste sie in nationales Recht umgesetzt werden. Die Patientenrechte-Richtlinie stellt damit die Patientenmobilität in der EU auf eine neue rechtliche Grundlage.

Hintergrund: Patientenmobilität im Spannungsfeld von Freizügigkeit und mitgliedstaatlicher Organisationshoheit im Gesundheitswesen¹

Mit den Urteilen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) in den Rechtssachen Decker und Kohll vom 28. April 1998 hat eine bis heute in zahlreichen Entscheidungen weiter ausdifferenzierte Rechtsprechungslinie ihren Anfang genommen, die nicht nur auf Zustimmung gestoßen ist. Sie hat zu einer Öffnung der weitgehend dem Territorialitätsprinzip verpflichteten nationalen Gesundheitssysteme geführt und

die bereits seit Anfang der 1970er Jahre in Kraft befindlichen und kürzlich reformierten sekundärrechtlichen Regelungen des sozialversicherungsrechtlichen Koordinierungsregimes zur Übernahme von Behandlungskosten im EU-Ausland bedeutend erweitert.

Welche Chancen und Risiken birgt diese Entwicklung? Nehmen wir den Fall von Frau Watts, die an Hüftarthrititis litt, demzufolge in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt war und chronische Schmerzen hatte (EuGH, Rs. C-372/04). Nachdem

sie auf die eine Verbesserung ihres Gesundheitszustands versprechende Operation innerhalb des britischen staatlichen Gesundheitssystems ein Jahr hätte warten müssen, ließ sie sich im Ausland behandeln und beehrte eine Erstattung der Behandlungskosten vom britischen National Health Service. Dieser lehnte ihren Antrag ab. Ist das gesundheitspolitisch zu kritisieren?

Befürworter einer unionsweiten Patientenmobilität führen damit einhergehende Mobilitäts-, Kosten und Qualitätsgewinne

Mobilitäts-, Qualitäts- und Kostengewinne stellen gute Gründe dar, einen Binnenmarkt im Gesundheitssektor zu realisieren.



Foto: Fotolia/Spotmatkphoto

an: Die Auswahl an Behandlungsangeboten nimmt zu, nationale Versorgungsdefizite könnten abgebaut werden, der entstehende Konkurrenzdruck mag Qualitätsverbesserungen im Inland nach sich ziehen, und günstigere Auslandsbehandlungen bedeuteten Einsparmöglichkeiten für das nationale Gesundheitssystem.

Unbeschadet dieser positiven Aspekte verweisen Kritiker darauf, dass die durch eine unionsweite Patientenmobilität ausgelösten Patientenströme Organisation, Finanzierung und Ausgestaltung des nationalen Gesundheitssystems in Frage stellen können. So kann eine Abwanderung ins Ausland nämlich zunächst das im Inland bestehende Versorgungsniveau gefährden, wenn nämlich dann nicht mehr benötigte Kapazitäten im Inland abgebaut werden und sinkende Fallzahlen zu Qualitätsproblemen führen. Überdies können schwer kalkulierbare Wanderungsbewegungen die für eine angemessene Versorgung namentlich im stationären Bereich und beim Einsatz kostenintensiver Behandlungsmethoden notwendige Planung erschweren. Des Weiteren, und dies zeigt der Fall Watts, konterkariert eine schrankenlose Patientenmobilität dem zunehmenden Kostendruck geschuldete Prioritätensetzungen auf nationaler Ebene, die in Rationierungsmaßnahmen (etwa Leistungsausschlüsse oder Wartelisten) ihren Ausdruck finden. Ferner werden dem nationalen System Mittel entzogen, und drohen bei höheren Behandlungskosten im Ausland auch Kostensteigerungen. Ist schließlich eine Behandlung von Patienten aus dem EU-Ausland besser honoriert, kann auch eine Diskriminierung inländischer Patienten nicht auszuschließen sein.

Angesichts dessen ist nicht weiter verwunderlich, dass das EU-Primärrecht eine deutliche Zurückhaltung hinsichtlich einer europäischen Gesundheitspolitik an den Tag legt. Zwar kennt dieses seit der Maastrichter Vertragsrevision des Jahres 1993 einen eigenen Titel zur Gesundheitspolitik der Europäischen Union

(EU), der sogar mit „Gesundheitswesen“ überschrieben ist (Titel XIV; Art. 168 AEUV). Allerdings räumt dieser der EU keine Kompetenzen ein, die nationalen Gesundheitssysteme auszugestalten, und betont die mitgliedstaatliche Verantwortung dafür (Art. 168 Abs. 7 AEUV).² Auch das in Art. 35 S. 1 GRC verankerte Unionsgrundrecht auf Gesundheitsschutz gewährleistet „das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung“ lediglich „nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten.“

„Der Maastrichter Vertrag räumt der EU keine Kompetenzen ein, die nationalen Gesundheitssysteme auszugestalten, und betont die mitgliedstaatliche Verantwortung dafür.“

Mit diesem Befund konfligiert eine zunächst rechtssprechungsinduzierte und durch die Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung weitgehend kodifizierte Pflicht, eine unionsweite Patientenmobilität zu ermöglichen. Die Patientenmobilität wird bisher zwar nur begrenzt in Anspruch genommen, weist aber vor allem in grenznahen Bereichen, bei Versorgungsdefiziten oder bei bestimmten hochspezialisierten Behandlungen Potenzial auf.³ Wie sich der Uniongesetzgeber in diesem Spannungsfeld von Patientenmobilität und mitgliedstaatlicher Organisationshoheit im Gesundheitswesen positioniert hat, sei im Folgenden erörtert und bewertet.

Die neue Patienten-Richtlinie im Überblick

Ungeachtet der mitunter vehementen Kritik – nicht nur der Mitgliedstaaten – stellt die insbesondere auf Art. 114 und 168 AEUV gestützte, am 24. April 2011 in Kraft getretene und bis zum 25. Oktober 2013 in

nationales Recht umzusetzende Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung eine weitgehende Kodifikation der Rechtsprechung des EuGH dar.⁴

1 Kostenerstattung für Behandlungen im EU-Ausland

Der Uniongesetzgeber hat sich die vom Gerichtshof vertretene Erstreckung der Dienstleistungsfreiheit auf jegliche Form der Gesundheitsversorgung zu eigen gemacht.⁵ Die Richtlinie übernimmt auch (a) die in der Rechtsprechung anerkannte Möglichkeit, stationäre und planungsbedürftige ambulante Behandlungen von einer Vorabgenehmigung abhängig zu machen, und (b) die Beschränkung des Erstattungsumfangs.

a) Genehmigungserfordernis für Behandlungen im EU-Ausland

In Einklang mit der Rechtsprechung des EuGH⁶ gestatten Art. 7 Abs. 8 und Art. 8 Abs. 1 RL 2011/24/EU dem Versicherungsstaat, die Inanspruchnahme bestimmter medizinischer Dienstleistungen im EU-Ausland von einer Vorabgenehmigung abhängig zu machen. Verhältnismäßige planerische Erwägungen müssen dies rechtfertigen. Diese Beschränkungsmöglichkeit besteht gemäß Art. 8 Abs. 2 RL 2011/24/EU allerdings lediglich in zwei Fällen, nämlich (1) im stationären Bereich, das heißt für eine Gesundheitsversorgung, die „eine Übernachtung des Patienten im Krankenhaus für mindestens eine Nacht erforder[t]“, und (2) – entsprechend der Zustimmung verdienenden jüngeren Judikatur des Gerichtshofs⁷ – für sonstige, das heißt auch ambulante Behandlungen, die „den Einsatz einer hochspezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur oder medizinischen Ausrüstung erfordern“. Zweierlei verdient der Hervorhebung: Zum einen darf die Inanspruchnahme sonstiger ambulanter Behandlungen keinem Genehmigungsvorbehalt unterstellt werden. Das verabsolutiert die einzelfallbezogene Rechtsprechung des Gerichts- ▶

hofs⁸ und geht mit dem kategorischen Ausschluss einer Rechtfertigungsmöglichkeit von Genehmigungserfordernissen im ambulanten Bereich darüber hinaus.⁹ Freilich erscheint fraglich, und dies limitiert die Tragweite der Kodifikation, ob auf der Basis der Judikatur des EuGH eine Rechtfertigung hätte gelingen können. Im Übrigen bleibt als Ultima Ratio unter Umständen eine Beschränkung des Erstattungsanspruchs gemäß Art. 7 Abs. 9 RL 2011/24/EU. Zum anderen hat der Unionsgesetzgeber den Begriff der stationären Behandlung definiert.

Hinsichtlich der Genehmigungskriterien hat der Unionsgesetzgeber ebenfalls die vom EuGH entwickelten Grundsätze aufgegriffen.¹⁰ So muss der Patient „nach Artikel 7 Anspruch auf die betreffende Gesundheitsversorgung“ haben. Namentlich muss diese zum Leistungsumfang im Versicherungsstaat gerechnet werden (Art. 7 Abs. 1 RL 2011/24/EU). Außerdem darf „die betreffende Gesundheitsversorgung nicht“ im Versicherungsstaat „innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums geleistet werden“ können (vgl. auch Art. 8 Abs. 6 lit. d RL 2011/24/EU).

Dafür sind zu berücksichtigen: eine objektive medizinische Beurteilung des Gesundheitszustands des Patienten, seine Vorgeschichte, die voraussichtliche Entwicklung seiner Krankheit, das Ausmaß seiner Schmerzen und/oder der Art seiner Behinderung zum Zeitpunkt der erstmaligen oder erneuten Beantragung der Genehmigung.

Die neue Richtlinie nimmt zudem Qualitäts- und Sicherheitsaspekte einer Behandlung im EU-Ausland in den Blick, was über die bisherige Rechtsprechung hinausgeht. Während sich letztere nämlich auf die Annahme der Gleichwertigkeit einer Auslandsbehandlung angesichts europaweit harmonisierter Berufsqualifikationen beschränkte, gestattet die RL 2011/24/EU den Mitgliedstaaten, ein Genehmigungserfordernis – jenseits von Planungserwägungen – zu statuieren, wenn mit der Behandlung Gesundheitsrisiken für den Patienten und Dritte einhergehen (Art. 8 Abs. 2 lit. b und c RL 2011/24/EU),



Foto: Fotolia/Monkey Business

Die EU-Patientenrechte-Richtlinie fördert die unionsweite Patientenmobilität.

und normiert entsprechende Versagungsgründe für Vorab-Genehmigungen (Art. 8 Abs. 6 lit. a – c RL 2011/24/EU).¹¹

b) Umfang des Erstattungsanspruchs

Um dem mitgliedstaatlichen Vorrecht auf die Ausgestaltung des Gesundheitssystems Rechnung zu tragen, erklärt der Unionsgesetzgeber in Einklang mit der Rechtsprechung des EuGH¹² den im Inland vorgesehenen Leistungsumfang sowie Leistungsbeschränkungen (Art. 7 Abs. 1 – 3 RL 2011/24/EU) und -modalitäten (Art. 7 Abs. 7 RL 2011/24/EU) auch für die Erstattungsfähigkeit einer Auslandsbehandlung für maßgeblich. Er verhindert so deren Umgehung. Die Ausgestaltungsbefugnis relativiert sich allerdings. Die für eine hypothetische Vergleichsbehandlung im Inland geltenden und demnach entsprechend heranzuziehenden Voraussetzungen, Anspruchskriterien sowie Regelungs- und Verwaltungsformalitäten i. S. d. Art. 7 Abs. 7 RL 2011/24/EU dürfen weder diskriminierend sein noch die Patientenmobilität unverhältnismäßig beeinträchtigen. Gleichwohl bleibt eine Rechtfertigung von Beschränkungen möglich „aufgrund des Planungsbedarfs mit dem Ziel, einen ausreichenden und ständigen Zugang zu einem ausgewogenen Angebot hochwertiger Versorgung im betreffenden Mitgliedstaat sicherzustellen, oder auf-

grund des Wunsches, die Kosten zu begrenzen und nach Möglichkeit jede Vergeudung finanzieller, technischer oder personeller Ressourcen zu vermeiden“.

Einer übermäßigen finanziellen Belastung des Versicherungssystems wirkt zudem die ebenfalls vom Gerichtshof anerkannte¹³ Deckelung der erstattungsfähigen Kosten in Höhe derjenigen einer hypothetischen inländischen Vergleichsbehandlung entgegen. Es werden maximal die tatsächlich angefallenen Kosten übernommen. Es bedarf ferner eines transparenten, objektiven sowie nichtdiskriminierenden Erstattungsmechanismus. Den Mitgliedstaaten bleibt es freilich unbenommen, die kompletten Behandlungskosten sowie weitere Kosten, etwa Reisekosten, zu übernehmen (Art. 7 Abs. 4 und 5 RL 2011/24/EU).

Über das in der bisherigen Rechtsprechung Entschiedene hinaus, erlaubt Art. 7 Abs. 9 RL 2011/24/EU eine Beschränkung des Kostenerstattungsanspruchs „aus zwingenden Gründen des Allgemeininteresses, wie etwa dem Planungsbedarf in Zusammenhang mit dem Ziel, einen ausreichenden, ständigen Zugang zu einem ausgewogenen Angebot hochwertiger Versorgung im betreffenden Mitgliedstaat sicherzustellen, oder in Zusammenhang

mit dem Wunsch, die Kosten zu begrenzen und nach Möglichkeit jede Vergeudung finanzieller, technischer oder personeller Ressourcen zu vermeiden.“ Eine derartige Einschränkung ist allerdings nicht nur der Kommission mitzuteilen, sondern „muss sich auf das beschränken, was notwendig und angemessen ist, und darf keine Form der willkürlichen Diskriminierung und kein ungerechtfertigtes Hindernis für die Freizügigkeit von Personen oder den freien Verkehr von Waren oder Dienstleistungen darstellen“ (Art. 7 Abs. 11 RL 2011/24/EU). Ob hiermit ein Einfallstor eröffnet worden ist, das über die Beschränkungen der bisherigen Rechtsprechung hinausgeht, etwa für den keinem Genehmigungserfordernis unterliegenden ambulanten Bereich oder für medizinisch notwendige und damit zu genehmigende Auslandsbehandlungen, muss sich zeigen. Es erscheint angesichts der strengen Kriterien und des Status als sekundärer Rechtfertigungsgrund allerdings fraglich.¹⁴

Für die Modalitäten der Kostenübernahme bringt die neue Patienten-Richtlinie einen kleinen Fortschritt: Während der Patient auf der Basis der Rechtsprechung des EuGH bislang die Behandlungskosten im Ausland zunächst selbst tragen musste und auf einen nachträglichen Erstattungsanspruch durch seinen Versicherungsstaat verwiesen wurde, sieht Art. 7 Abs. 4 RL 2011/24/EU nunmehr alternativ hierzu eine unmittelbare Übernahme der Behandlungskosten durch den Versicherungsstaat vor. Diese für den Patienten mangels Vorleistungspflicht günstigere Alternative steht freilich im Ermessen des Versicherungsstaats.

2 Verhältnis zum sozialversicherungsrechtlichen Koordinierungsregime

Ein weiteres Anliegen des Unionsgesetzgebers bestand darin, „das Verhältnis zum bestehenden Rechtsrahmen für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, Verordnung (EG) Nr. 883/2004, im Hinblick auf die Ausübung der Patientenrechte“ zu klären (Art. 1 Abs. 1 S. 2 RL 2011/24/EU). Nun bleiben gemäß Art. 2 lit. m RL 2011/24/EU die Koordinierungs-Verordnungen unberührt, und Art. 8 Abs. 3 RL 2011/24/EU verpflichtet den Versicherungsmitgliedstaat „[b]ei jedem

Antrag auf Vorabgenehmigung, den ein Versicherter stellt, um eine grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistung in Anspruch zu nehmen, ... fest[zustellen], ob die Bedingungen der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 erfüllt sind. Wenn diese Bedingungen erfüllt sind, wird die Vorabgenehmigung gemäß der genannten Verordnung erteilt, es sei denn, der Patient wünscht etwas anderes.“¹⁵ Trotz dieser Abstimmungspflicht stehen beide Erstattungsregimes nach wie vor nebeneinander, so dass weiterhin kein einheitliches Rechtsregime existiert.¹⁶

3 Realisierung des Binnenmarkts für Gesundheitsleistungen jenseits des Anspruchs auf Kostenerstattung

Die neue Patienten-Richtlinie erschöpft sich schließlich nicht in einer Kodifikation der Kostenerstattung für Auslandsbehandlungen, der im Mittelpunkt der Rechtsprechung stehenden Frage, sondern nimmt die europaweite Patientenmobilität umfassender in den Blick.¹⁷ Um den „Zugan[g] zu einer sicheren und hochwertigen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ zu erleichtern (Art. 1 Abs. 1 S. 1 RL 2011/24/EU), statuiert sie den Grundsatz des diskriminierungsfreien Zugangs zu Behandlungen im EU-Ausland (Art. 4 Abs. 3 und 4 RL 2011/24/EU). Sie sieht zudem mobilitätserleichternde Regelungen, etwa Informationspflichten (siehe etwa Art. 4 Abs. 2 lit. a und b; Art. 6 RL 2011/24/EU) oder die Pflicht zur Anerkennung von EU-ausländischen Rezepten (Art. 11 RL 2011/24/EU) vor und normiert Behandlungsstandards (Art. 4 Abs. 1 und 2 RL 2011/24/EU). Darüber hinaus finden sich Regelungen zu einer Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitglied-

staaten (Art. 6, 10, 13 ff. RL 2011/24/EU) sowie zum Aufbau Europäischer Referenznetzwerke (Art. 12 RL 2011/24/EU). Gerade mit den beiden zuletzt genannten Bereichen wird deutlich, dass der Unionsgesetzgeber mit der neuen Patienten-Richtlinie über das Anliegen hinausgeht, die unionsweite Patientenmobilität zu befördern, und sich – mobilitätsunabhängig – einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der EU annimmt.¹⁸

Fazit

Der Gerichtshof hat die unionsweite Patientenmobilität befördert, indem er aus der Dienstleistungsfreiheit einen Anspruch auf Erstattung von Behandlungskosten durch die heimische Krankenversicherung abgeleitet hat, die im EU-Ausland angefallen sind. Diese Ableitung tritt neben das schon zuvor existierende EU-Koordinierungsrecht im Bereich der Sozialversicherung.¹⁹ Ist ihm dabei, gerade unter Berücksichtigung der mitgliedstaatlichen Prärogative für die Ausgestaltung des Gesundheitssystems (Art. 168 Abs. 7 S. 1 und 2 AEUV), der in der Rechtssache Watts behauptete Ausgleich „zwischen dem Ziel der Freizügigkeit der Patienten einerseits und den nationalen Zwängen der Planung der verfügbaren Krankenhauskapazitäten, der Beherrschung der Gesundheitskosten und des finanziellen Gleichgewichts der Systeme der sozialen Sicherheit andererseits“²⁰ gelungen?²¹ Der EuGH akzeptiert, dass die Mitgliedstaaten die Erstattungsfähigkeit einer Behandlung im EU-Ausland – wenigstens im stationären Bereich und beim Einsatz kostenintensiver Großgeräte – an eine Vorab-Genehmigung knüpfen, die lediglich bei fehlender Behandlungsalternative im Inland erteilt wird. ▶



Foto: Shutterstock/Lightspring

„Der Gerichtshof hat die unionsweite Patientenmobilität befördert, indem er aus der Dienstleistungsfreiheit einen Anspruch auf Erstattung von Behandlungskosten durch die heimische Krankenversicherung abgeleitet hat, die im EU-Ausland angefallen sind.“



- 1 Der Beitrag stellt einen Auschnitt der erstmals in EuR 2012, S. 149 ff., veröffentlichten Abhandlung „Patientenmobilität in der Europäischen Union – von der Rechtsprechung des EuGH zur neuen Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ dar. Dort finden sich auch zahlreiche weitere Nachweise. Siehe zur im Folgenden skizzierten Debatte die dort in Fn. 2 zitierten Beiträge.
- 2 Zu den Unionskompetenzen im Gesundheitswesen F. Wollenschläger, Die Transplantation menschlicher Organe als neues Feld der EU-Gesundheitspolitik, in: Müller-Graff/Schmahl/Skouris (Hrsg.), Festschrift zum 70. Geburtstag von Professor Dieter H. Scheuing, 2011, S. 447 (449 ff.).
- 3 Zum Realbefund B. Tiemann, Die Einwirkungen des Rechts der Europäischen Union auf die Krankenversicherung, Gesundheitsversorgung und Freien Heilberufe in der Bundesrepublik Deutschland, 2011, S. 284 ff.; ferner die Folgenabschätzung der Europäischen Kommission im Kontext des Vorschlags der Patienten-Richtlinie, SEK (2008) 2163.
- 4 Siehe auch Erwägungsgrund 8; ein ähnliches Fazit findet sich bei S. de la Rosa, CML Rev. 49 (2012), S. 15 (30 ff.); ferner M. Krajewski, EuR 2010, S. 165 (180, 183, 187); M. Röbbke, MedR 2009, S. 79 (82), und A. Wunder, MedR 2009, S. 324 (330), allerdings mit Blick auf den Richtlinienentwurf.
- 5 Näher m. w. N. Wollenschläger, EuR 2012, S. 149 (158 f.).
- 6 Siehe nur EuGH, Rs. C-157/99 (Smits und Peerbooms), Slg. 2001, I-5473, Rn. 76 ff. Näher m. w. N. Wollenschläger, EuR 2012, S. 149 (162 ff.).
- 7 Siehe insoweit EuGH, Rs. C-512/08 (EK/Frankreich), Slg. 2010, I-8883, Rn. 34 ff., und im Einzelnen F. Wollenschläger, EuR 2012, S. 149 (165).
- 8 Näher m.w.N. F. Wollenschläger, EuR 2012, S. 149 (162 ff.); siehe etwa EuGH, Rs. C-120/95 (Decker), Slg. 1998, I-1831, Rn. 40, und Rs. C-158/96 (Kohl), Slg. 1998, I-1931, Rn. 52 f.; Rs. C-385/99 (Müller-Fauré und van Riet), Slg. 2003, I-4509, Rn. 95 f.; Rs. C-490/09 (EK/Luxemburg), Slg. 2011, I-247, Rn. 44.
- 9 Vgl. auch M. Frischhut/H. Stein, Patientenmobilität, 2011, S. 64, 69; M. Krajewski EuR 2010, S. 165 (178); M. Röbbke, MedR 2009, S. 79 (81).
- 10 Im Einzelnen F. Wollenschläger, EuR 2012, S. 149 (166 ff.).
- 11 Vgl. insoweit auch M. Röbbke, MedR 2009, S. 79 (82).
- 12 Dazu F. Wollenschläger, EuR 2012, S. 149 (167 ff.).
- 13 Näher F. Wollenschläger, EuR 2012, S. 149 (171 f.).
- 14 Restriktiv auch W. Frenz/C. Ehlenz, MedR 2011, S. 629 (632 f.). Vgl. ferner J. Hernekamp/S. Jäger-Lindemann, ZESAR 2011, S. 403 (407). Gegen eine Anwendung im ambulanten Sektor M. Frischhut/H. Stein (Fn. 9), S. 64.
- 15 Siehe ferner Erwägungsgründe 28 ff., 46 RL 2011/24/EU.
- 16 Zur Konkurrenzproblematik und Bemühungen ihrer Auflösung auch J. Hernekamp/S. Jäger-Lindemann, ZESAR 2011, S. 403 (406 f.); M. Tiedemann, NZS 2011, S. 887 (889 ff.).
- 17 Näher F. Wollenschläger, EuR 2012, S. 149 (177 ff.).
- 18 Vgl. auch G. Igl, Implementation der EU-Patientenrichtlinie in deutsches Recht, 2011, www.medizinrechts-beratungsnetz.de/medizinrechtstag/2011-berlin/igldmrt-2011-berlin-skript.pdf, S. 17 (Abruf: 15.10.2013); M. Krajewski, EuR 2010, S. 165 (183); W. Sauter, Harmonisation in Healthcare: The EU Patients' Rights Directive, 2011, <http://ssrn.com/abstract=1859251>, S. 18 ff. (Abruf: 15.10.2013).
- 19 Bemängelt man insoweit einen Bedeutungsverlust – siehe etwa V. Hatzopoulos, CML Rev. 39 (2002), S. 683 (696 ff.); F. Tacconi, ZaöRV 68 (2008), S. 195 (205): „peau de chagrin“ –, ist freilich in praktischer Hinsicht zu berücksichtigen, dass das Koordinierungssekundärrecht einen Anspruch auf Behandlung nach den Modalitäten des Zielstaates gewährt und damit weitergehende Ansprüche einräumen kann.
- 20 EuGH, Rs. C-372/04 (Watts), Slg. 2006, I-4325, Rn. 145. Siehe insoweit auch V. Hatzopoulos, CML Rev. 39 (2002), S. 683 (724). Kritisch A. Wunder, MedR 2007, S. 21 (26 ff.).
- 21 Ein balanciertes Fazit findet sich bei T. K. Hervey, CYELS 2007, S. 261 (283 ff.).
- 22 H.-U. Dettling, EuZW 2006, S. 519 (522); M. Krajewski EuR 2010, S. 165 (173 f.); A. Wunder, MedR 2007, S. 21 (26 f.); dies., MedR 2009, S. 324 (330 f.). Vgl. auch S. de la Rosa, CML Rev. 49 (2012), S. 15 (38 f., 45); F. Tacconi, ZaöRV 68 (2008), S. 195 (205 ff.).
- 23 Vgl. auch W. Sauter (Fn. 18), S. 8.
- 24 Hierzu M. Frischhut/H. Stein (Fn. 9), S. 124 f., etwa keine Pflicht zur anfänglichen Kostenübernahme, sondern lediglich zur nachträglichen Erstattung.
- 25 Vgl. auch S. de la Rosa, CML Rev. 49 (2012), S. 15 (30 ff.); M. Krajewski EuR 2010, S. 165 (180 f., 183, 187); M. Röbbke, MedR 2009, S. 79 (82); A. Wunder, MedR 2009, S. 324 (330).
- 26 Nach der den Richtlinienentwurf begleitenden Folgenabschätzung der Europäischen Kommission beläuft sich der Anteil grenzüberschreitender medizinischer Dienstleistungen auf 1% des Gesundheitsbudgets (mit Schwankungen, etwa in grenznahen Regionen), vgl. SEK (2008) 2163, S. 9 ff.
- 27 Umfassend zum Realbefund B. Tiemann (Fn. 3), S. 284 ff.
- 28 Siehe dazu auch M. Krajewski, EuR 2010, S. 165 (181 ff.).
- 29 Das Potenzial hinsichtlich weitergehender Integrationsschritte in der Gesundheitsversorgung betonend: S. de la Rosa, CML Rev. 49 (2012), S. 15 (41 ff.); M. Krajewski EuR 2010, S. 165 (183 f., 188); W. Sauter (Fn. 18), S. 23 f. Zurückhaltend M. Frischhut/H. Stein (Fn. 9), S. 132 ff.

Zudem sind ausländische Behandlungskosten nur insoweit erstattungsfähig, wie sie auch bei einer hypothetischen Behandlung im Inland entstanden wären. Das bedingt nicht nur eine Deckelung der Kostenerstattung der Höhe nach, sondern schließt Leistungen aus, deren Erstattung auch im Inland nicht vorgesehen ist, und verhindert damit eine Umgehung von im nationalen Sozialversicherungssystem festgeschriebenen Leistungsbeschränkungen. Somit sind der Patientenmobili-

tät bedeutsame Grenzen gezogen. Wie das Wartelisten-Beispiel zeigt, vermag freilich der Vorbehalt der Zumutbarkeit der inländischen Behandlungsalternative, unter dem die Versagungsmöglichkeit für eine Erstattung der Kosten einer Auslandsbehandlung steht, Tore zu öffnen und Prioritätensetzungen auf nationaler Ebene zu konterkarieren.

Gleiches gilt für den maßgeblichen internationalen medizinischen Standard, der

den Kreis erstattungsfähiger Behandlungen über das im Inland Gebotene hinaus erweitern kann. Dies mag man mit Blick auf das Individualinteresse an einer bestmöglichen Versorgung und auch auf dadurch erzeugte Anreize zur Qualitätssteigerung im nationalen Kontext begrüßen. Die Verfolgung einer mitgliedstaatlich-autonomen Gesundheitspolitik erschwert dies freilich. Außen vor bleiben zudem weniger mobile Patienten, die nicht auf das Ausland ausweichen können. Zu ih-



Foto: Fotolia/Sheri Armstrong

Informationsdefizite, Sprachbarrieren oder räumliche Distanzen können die nach wie vor geringe EU-weite Patientenmobilität erklären.

ren Lasten müssen im nationalen Budget nicht vorgesehene Behandlungskosten aufgebracht werden, womit weniger Mittel für die Behandlung der im Inland verbliebenen Personen zur Verfügung stehen.²² Dass überdies das Ausmaß der Patientenmobilität mit dem Ausmaß möglicher Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit der nationalen Gesundheitssysteme korreliert und damit eine zunehmende Patientenmobilität Grund für ihre Einschränkung sein kann, liegt in der Natur dieses Systems begründet.²³

Auch wenn der Unionsgesetzgeber weitgehenden Liberalisierungsbestrebungen nicht gefolgt ist,²⁴ so hat er die Rechtsprechung des EuGH doch im Wesentlichen kodifiziert.²⁵ Damit bleibt das eben skizzierte Spannungsfeld bestehen. So hält auch Art. 1 Abs. 1 S. 1 RL 2011/24/EU fest, dass sie „Bestimmungen zur Erleichterung des Zugangs zu einer sicheren und hochwertigen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ enthält, dabei aber „die nationalen Zuständigkeiten bei der Organisation und Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen uneingeschränkt geachtet werden.“ Von noch größerer Zurückhaltung, gar einer gewissen Widersprüchlichkeit mit Blick auf das Ziel der Patientenmobilität, zeugt der vierte

Erwägungsgrund, nach dem „Patienten bei der Umsetzung dieser Richtlinie in einzelstaatliche Rechtsvorschriften und bei deren Anwendung nicht dazu ermuntert werden [sollten], Behandlungen in einem anderen als ihrem Versicherungsmitgliedstaat in Anspruch zu nehmen.“

Immerhin haben die in der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze nunmehr eine Legitimation durch den Unionsgesetzgeber erfahren. Zudem schafft ein Regelwerk Rechtssicherheit, was etwa die Definition des Begriffs „stationäre Behandlung“ zeigt, und erleichtert die Rechtsdurchsetzung. Beides ist für die tatsächliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im EU-Ausland unerlässlich. Mitunter erweist sich der Kodifikationsgewinn indes als begrenzt, wenn sich die Richtlinienbestimmungen nämlich in Paraphrasen des in der Rechtsprechung ausbuchstabierten Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes erschöpfen (siehe etwa Art. 8 Abs. 1, Art. 9 Abs. 1 RL 2011/24/EU). Eigene Akzente setzt der Gesetzgebungsakt in der Erstattungsfrage mit der – in ihrer Reichweite noch konkretisierungsbedürftigen – Anerkennung einer Beschränkungsmöglichkeit des Kostenerstattungsanspruchs als Ultima Ratio (Art. 9 Abs. 7 RL 2011/24/EU) und mit der Einbeziehung von Qualitäts- und Sicher-

heitsaspekten (Art. 8 Abs. 2 lit. b und c, Abs. 6 lit. a – c RL 2011/24/EU).

Unbeschadet der skizzierten rechtlichen Grenzen dürfen auch tatsächliche Mobilitätshindernisse nicht aus dem Blick geraten, etwa Informationsdefizite, Sprachbarrieren oder räumliche Distanzen und die mit ihrer Überwindung verbundenen Kosten. Dies mag die nach wie vor relativ geringe EU-weite Patientenmobilität erklären,²⁶ obgleich durchaus Potenzial zu konstatieren ist, namentlich bei grenznahen, günstigeren oder hochspezialisierten Behandlungen.²⁷ Im Übrigen nimmt sich die Patienten-Richtlinie dem Abbau faktischer Mobilitätshindernisse an, indem sie Informationspflichten hinsichtlich Auslandsbehandlungen oder das Gebot der Anerkennung im EU-Ausland ausgestellter Rezepte statuiert.²⁸

Schließlich verweisen die in der Richtlinie vorgesehene grenzüberschreitende Kooperation und die Schaffung eines Europäischen Referenznetzwerkes über das Anliegen hinaus, die Patientenmobilität zu befördern; hier schafft der Unionsgesetzgeber Strukturen einer europäischen Gesundheitsversorgung. Damit ist der Weg einer Europäisierung der Gesundheitspolitik mit all seinen Konsequenzen weiter beschritten.³⁰ ●

Autor



Foto: Avisio München

Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger

Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Europarecht und Öffentliches Wirtschaftsrecht, Universität Augsburg
E-Mail: ferdinand.wollenschlaeger@jura.uni-augsburg.de

Stationäre Rehabilitation in Polen

Ein Kooperationsprojekt der DGUV Reha International GmbH



Foto: Fotolia/Mangostock

Hintergrund der Kooperation

Im Zuge der Ausweitung der Arbeitnehmerfreizügigkeit auf die osteuropäischen Mitgliedstaaten der Europäischen Union im Mai 2011 wurde mit einer steigenden Arbeitnehmerzahl aus diesen Ländern in Deutschland gerechnet. Die größte Gruppe der Arbeitnehmer aus den osteuropäischen Staaten in Deutschland sind polnische Arbeitskräfte. Aktuell werden rund 180.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte aus Polen in der Statistik der Bundesagentur für Arbeit aufgeführt. Im Jahr 2010 – also vor der Einführung der vollen Arbeitnehmerfreizügigkeit – lag diese Zahl noch bei knapp 100.000.¹

Vor diesem Hintergrund hat sich die Frage gestellt, wie dieser Veränderung am besten begegnet werden kann. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) wurde entsprechend tätig und suchte nach Kooperationspartnern, um den Verletzten nach der erforderlichen Akutbehandlung in Deutschland die anschließenden Reha-Maßnahmen in Polen anbieten zu können.

Ein geeigneter Kooperationspartner wurde mit der KRUS Reha-Klinik in Szklarska Poręba gefunden. Mit dieser Einrichtung wurden bereits im Jahr 2010 Kooperationsmöglichkeiten durch das BUK Hamburg gesammelt. Der Kooperationsvertrag wurde 2012 zunächst für eine einjährige Pilotphase geschlossen. Ziel war es, Erfahrungen mit dem für beide Seiten neuen Versorgungsangebot zu gewinnen. Die Kooperation regelt sowohl das verwaltungsseitige Verfahren für eine stationäre Rehabilitation in Polen als auch die Bedingungen für die in der Klinik zu erbringenden Rehabilitationsleistungen. Dabei sollen die hohen qualitativen Anforderungen der Rehabilitation der DGUV stets eingehalten werden.

Nach einem schweren Unfall ins Krankenhaus und danach noch eine stationäre Rehabilitation machen zu müssen, ist für die Betroffenen immer eine Ausnahmesituation. Umso schlimmer ist es für sie, wenn sich dieser Unfall nicht im Heimatland, sondern im Ausland ereignet.

Dann hapert es schon an der fremden Sprache, die kaum oder nur wenig verstanden und gesprochen wird. Die Verständigung mit Ärzten und Therapeuten ist nur eingeschränkt oder über Dritte möglich. Auch ein Besuch der Familie lässt sich auf die Schnelle meist nicht realisieren.

Für eine der größten Gruppen ausländischer Arbeitnehmer in Deutschland, nämlich die polnischen, hat die DGUV Reha

International GmbH in Kooperation mit der KRUS Reha-Klinik in Szklarska Poręba deshalb ein Versorgungsangebot geschaffen, mit dem die oben genannten Probleme während der stationären Rehabilitation überwunden werden sollen. Seit März 2012 können polnische Staatsbürger, die nach deutschen Vorschriften gesetzlich unfallversichert sind und bei ihrer Tätigkeit einen Unfall erleiden, auf eigenen Wunsch in einer polnischen Reha-Klinik stationär weiterbehandelt werden.

Verfahren und erste Erfahrungen

Ob eine Rehabilitation in Polen aus medizinischen Gründen im Einzelfall sinnvoll und geeignet ist, entscheidet der zuständige Unfallversicherungsträger (UV-Träger) gemeinsam mit dem Versicherten und den behandelnden Ärzten. Für die Weiterbehandlung in Polen wird der Versicherte vom zuständigen UV-Träger über die DGUV Reha International GmbH angemeldet. Die Klinik klärt dann mit dem Versicherten die Anreisemodalitäten. Für die UV-Träger steht in der Reha-Klinik in Szklarska Poręba ein deutschsprachiger Arzt als Ansprechpartner zur Klärung organisatorischer und medizinischer Fragen zur Verfügung. Die Berichte zur stationären Rehabilitation werden entsprechend den Vorgaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung in deutscher Sprache verfasst.

„Aktuell werden rund 180.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte aus Polen in der Statistik der Bundesagentur für Arbeit aufgeführt.“

Insgesamt wurde das Angebot der stationären Rehabilitation in der Klinik in Szklarska Poręba seitens der zuständigen Mitarbeiter der Unfallversicherungsträger sowie der Versicherten positiv aufgenommen. Insbesondere fehlende Deutschkenntnisse, der Hauptwohnsitz der Versicherten in Polen sowie der starke Wunsch der Versicherten, Reha-Maßnahmen in Polen durchzuführen, sind gute Argumente für die Durchführung einer stationären Rehabilitation in Szklarska Poręba. Auch die Organisation der Rehabilitation sowie die Kommunikation mit der Rehaklinik in Szklarska Poręba wurden insgesamt positiv bewertet.

Fazit und Ausblick

Bei der Beurteilung des Kooperationsprojektes ist zunächst festzuhalten, dass mit dem Projekt für die DGUV in rechtlicher und organisatorischer Hinsicht Neuland betreten wurde. Im ersten Jahr der Zusammenarbeit sind nach den ersten Erfahrungen Schritte eingeleitet worden, um die Versorgung der Versicherten während der stationären Rehabilitation in Szklarska Poręba im weiteren Projektverlauf weiter zu verbessern.

Auf polnischer Seite ist die Aufgeschlossenheit erkennbar, sich entsprechend der Vorgaben weiterzuentwickeln, die die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung an die Versorgung ihrer Versicherten stellt. Dies umfasst sowohl die Qualität der Versorgung als auch die administrativen Verfahren der Berichterstattung. Damit wird es möglich, polnischen Bürgern, die Versicherte der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung sind, Rehabilitationsverfahren in Polen anzubieten. Durch das Interesse des Trägers KRUS an dem Projekt wird auch sichtbar, wie die Erfahrungen aus der sich entwickelnden Zusammenarbeit Anreize bietet, das Projekt auch auf die stationäre Rehabilitation in anderen KRUS-Kliniken in Polen auszuweiten. Damit würden auch in Polen neue Standards für die Rehabilitation gesetzt.

Aus diesen Gründen wurde die Kooperation mit der KRUS Reha-Klinik in Szklarska Poręba im Juni 2013 um weitere vier Jahre verlängert. Die Vertragsverlängerung wurde mit klaren Entwicklungszielen für die Kooperationsklinik verknüpft.

Wesentlich für den weiteren Erfolg des Projektes ist die Akzeptanz des Modells bei den Trägern der DGUV, da es Ansätze zur Versorgung ausländischer Versicherter weiterentwickelt und neue Möglich-

keiten für die Zusammenarbeit mit polnischen Leistungserbringern aufzeigt. Angesichts der hohen Anzahl polnischer Arbeitnehmer in Deutschland ist das Potenzial an Versicherten, die für eine stationäre Rehabilitation in Polen in Frage kommen, sicherlich noch nicht ausgeschöpft. Hierfür ist es notwendig, das Projekt weiterhin bekannt zu machen und die Unfallversicherungsträger sowie die behandelnden Ärzte für die Identifikation geeigneter Versicherter zu sensibilisieren. ●



- 1 Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigungsstatistik 2012 – Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Staatsangehörigkeiten und Geschlecht, http://statistik.arbeitsagentur.de/nn_31966/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input_=&pageLocale=de&topicId=17346&year_month=aktuell&year_month.GROUP=1&search=Suchen, 31.07.2013

Autor



Foto: Privat

Malte Brink

Referent im Referat Kliniken der DGUV

E-Mail: malte.brink@dguv.de

Europäisches Forum Unfallversicherung

Zusammenschluss für die Zukunft

Jussi Kauma ist Geschäftsführer des finnischen Unfallversicherungsverbands TVL und in diesem Jahr Präsident des Europäischen Forums der Versicherungen gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Dies hat DGUV Forum zum Anlass genommen, den Blick nach Finnland zu richten.

Herr Kauma, Sie sind zum Präsidenten des Europäischen Forums Unfallversicherung gewählt worden. Geben Sie uns einen kurzen Überblick über den finnischen Unfallversicherungsverband TVL und die aktuellen Reformen im Bereich Unfallversicherung in Finnland?

Kauma: In Finnland werden die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen der Unfallversicherung durch private Versicherungsgesellschaften erbracht. Staatsbedienstete sind in einem Sondersystem erfasst.

TVL, der Verband der Unfallversicherungsgesellschaften in Finnland, ist für eine einheitliche Anwendung der gesetzlichen Vorschriften zuständig. Zudem erhebt TVL Statistiken über Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Jede Versicherungsgesellschaft, die Schutz gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten anbietet, muss Mitglied sein, dies ist gesetzlich vorgeschrieben. Erleidet ein Beschäftigter einen Arbeitsunfall, ohne dass der Arbeitgeber eine gültige Versicherungspolice abgeschlossen hat, tritt TVL für die Entschädigung ein.

Zu den finnischen Reformen: Seit 2007 bereitet das finnische Ministerium für Soziales und Gesundheit eine Reform der Vorschriften zur Unfallversicherung vor. Daran hat das Ministerium von Beginn an Vertreter von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen sowie von TVL beteiligt. Ein wesentliches Ziel der Reform ist es, das finnische Unfallversicherungssystem sowohl an Veränderungen der finnischen Gesellschaft als auch an europäische Entwicklungen anzupassen. Zudem sollen die jetzigen drei Gesetze künftig zu einem einheitlichen Gesetz über Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zusammengefasst werden. Ziel ist, dass das Gesetz 2016 in Kraft ist.

Welche europäischen Entwicklungen sind aus Ihrer Sicht im Jahre 2013 von besonderer Bedeutung?

Kauma: Als erstes fallen mir die Herausforderungen im Zusammenhang mit der globalen wirtschaftlichen Entwicklung ein. Viele europäische Länder kämpfen gegen steigende Arbeitslosenquoten, insbesondere gegen die Jugendarbeitslosigkeit, die mittlerweile gewaltige Ausmaße angenommen hat. Gleichzeitig steigt die Zahl der Rentner in Europa. Interessant ist, dass die globale ökonomische Krise sowie die europäische Frage, wie die hoch verschuldeten Mitgliedsstaaten dabei unterstützt werden können, aus der Krise herauszukommen, unsere führenden Politiker in Europa dazu bringen, in diesen durchaus schwierigen und kontroversen Fragen eine gemeinsame Position zu finden und zu vertreten. Die Krise verbindet und integriert insoweit die Mitgliedsstaaten.

„Die Menschen sind heute mehr als jemals zuvor in der Geschichte Europas bereit, wegen einer Beschäftigung das Land, die Sprache und die Kultur zu wechseln.“

Als zweites fällt mir die Bereitschaft zur Mobilität der erwerbsfähigen Bevölkerung über die Staatsgrenzen hinaus ein. Arbeitnehmer aus Ländern, in denen die Arbeitslosigkeit innerhalb kurzer Zeit stark gestiegen ist, sind ohne größeres Zögern aus ihrer Heimat in Länder gezogen, in denen sie eine Beschäftigungsperspektive haben. Die Menschen sind meiner Mei-

nung nach heute mehr als jemals zuvor in der Geschichte Europas bereit, wegen einer Beschäftigung das Land, die Sprache und die Kultur zu wechseln.

Für die einzelnen Arbeitnehmer und Arbeitgeber sind hiermit sicherlich viele Herausforderungen verbunden, aber ich sehe darin auch positive Effekte. Mit der Mobilität von Arbeitnehmern geht auch ein Austausch und damit ein Gewinn an Erfahrung über verschiedene Arbeitsweisen und Praktiken einher, die letztlich für das gemeinsame Ziel, sichere Lebens- und Arbeitsbedingungen und sozialen Schutz zu fördern, von Vorteil sein können.

Welche europäischen Themen sind für das Europäische Forum Unfallversicherung aktuell von besonderem Interesse und gibt es spezielle Fragen, die vielleicht auch in Zukunft weiter diskutiert werden?

Kauma: Die aktuellste Frage betrifft aus meiner Sicht die Verabschiedung einer Stellungnahme des Forums zu einer Europäischen Initiative, die darauf abzielt, Behandlungskosten, die von den Unfallversicherungssystemen aufgrund von Arbeitsunfällen zu tragen sind, zukünftig mit einer Mehrwertsteuer zu belegen. Dies würde in den meisten Mitgliedsländern des Forums die Kosten des Systems steigern und daher muss sich das Forum nun verstärkt darum bemühen, gegen entsprechende europäische Vorhaben zu argumentieren.

Auf unserer diesjährigen Konferenz und Generalversammlung des Forums Unfallversicherung in Helsinki haben wir ein weiteres wichtiges Thema erörtert: Es geht um die Erfolgsfaktoren eines effizienten Rehabilitationsmanagements nach Arbeitsunfällen und die daraus resultierende



„Die Arbeitnehmerfreizügigkeit setzt, auch wenn die Versicherungssysteme national organisiert sind, funktionsfähige Beziehungen über Staatsgrenzen hinweg voraus.“

Jussi Kauma, Geschäftsführer des finnischen Unfallversicherungsverbands TVL

ten durch die Unfallversicherung sowie eine effiziente Verwendung von Ressourcen. Sie kommen vor allem auch dem Versicherten zugute, der individuelle Dienstleistungen schneller erhält.

Wie sollte das Forum weiter verfahren, wo sehen Sie das Forum in der Zukunft?

Kauma: Ich sehe die Zukunft des Forums leuchtend und positiv. Wie sollte sie anders sein? Wir haben ein einzigartiges und zwangloses Netzwerk mit Institutionen aus 18 Ländern. Innerhalb dieses Netzwerkes können wir unsere Positionen bestimmen, uns über gute Praxisbeispiele austauschen und voneinander lernen. Die Lösungen für die jeweiligen europäischen Herausforderungen mögen von Land zu Land variieren, aber der Wert des Forums liegt darin, insbesondere in der Phase der Vorbereitung, niemals alleine zu sein!

Zudem setzt die Arbeitnehmerfreizügigkeit, auch wenn die Versicherungssysteme national organisiert sind, funktionsfähige Beziehungen über Staatsgrenzen hinweg voraus. Diesbezüglich bietet das Forum eine ausgezeichnete Plattform für die Experten seiner Mitglieder bis zur Führungsebene.

Die persönliche Interaktion innerhalb des Forums sollte weiter ausgebaut werden; denkbar wäre der zeitweise Austausch von Personal zwischen den Forumsgliedern, beispielsweise über eine Art „Austauschprogramm“. Das Forum sollte zudem insgesamt noch stärker versuchen, auf europäische Entscheidungsfindungen gezielt Einfluss zu nehmen. ●

Das Gespräch führte Eva-Marie Höffer, DGUV

Frage, ob wir uns künftig auf gemeinsame Rehabilitationsleitlinien und Prinzipien verständigen sollten.

Die Konferenz des diesjährigen Forums wurde den Innovationen gewidmet – wie war Ihr Eindruck und was können wir diesbezüglich von der Zukunft erwarten? Gibt es besondere Ansätze oder Tendenzen?

Kauma: Ein Thema der Zukunft sowie der Gegenwart ist meiner Meinung nach die Kommunikation. Dabei geht ein klarer Trend dahin, im Bereich der Unfallversicherung verschiedene Wege der Kommunikation zu nutzen. Diversifizierung ist hier das Stichwort. Diese Konzepte werden sowohl in der Kommunikation nach außen als auch intern genutzt. Informationsaustausch und Sachbearbeitung können dadurch effizienter gestaltet werden. Unter anderem stellte die italienische Unfallversicherungsanstalt INAIL in ihrem Beitrag „INAIL on line“ diese Entwicklung eindrucksvoll vor.

Wichtig ist auch, dass „den Kunden“ verschiedene Kommunikations- und Kon-

taktmöglichkeiten angeboten werden. Hier sollten wir auf aktive Kontaktpflege achten und daran arbeiten, die Bedürfnisse der Kunden noch besser voraussehen zu können. Sowohl die finnische Sozialversicherungsanstalt (Kela) als auch die schwedische AFA Insurance brachten in ihren Beiträgen zum Ausdruck, wie durch die aktive Präsenz in sozialen Medien dem Kunden ein einfacher, schneller und flexibler Kontaktkanal ermöglicht wird. Die Versicherungsinstitution wird durch soziale Medien näher an den Alltag des Kunden herangebracht, was für sich bereits wertvoll ist; zudem wird ein positives öffentliches Image geschaffen.

Außerdem würde ich gerne Innovationen hervorheben, mit denen insbesondere schwierige Entschädigungsfälle von Unfallversicherungseinrichtungen erkannt und sodann passgenaue Dienstleistungen angeboten werden können. Diese Art von Innovationen stellten sowohl die AUVA mit Fit2work und SUVA mit „Risk Profile Care“ vor. Derartige Innovationen ermöglichen nicht nur zügige Bearbeitungszei-



Dresden – Helsinki – Frankfurt

Netzwerken für eine nachhaltige Präventionskultur

Im Februar 2013 fand die 3. Internationale Strategiekonferenz¹ der DGUV Akademie in Dresden statt. Im Mittelpunkt stand das Thema „Netzwerken für eine nachhaltige Präventionskultur“.

Am Anfang war der Baum

Was macht eine Konferenz zum Thema Prävention erfolgreich und wirksam? Wie muss eine Konferenz organisiert sein, damit sie nachhaltig ist, also ihre Wirkung längere Zeit andauert beziehungsweise bleibt?

Der Begriff der Nachhaltigkeit stammt aus der Forstwirtschaft: Es darf nicht mehr Holz gefällt werden, als jeweils nachwachsen kann.² Eine Konferenz ist somit eine kostbare Ressource, mit der es verantwortungsvoll umzugehen gilt. Darüber hinaus soll mit der Strategiekonferenz selbst ein Beitrag zur Entwicklung einer nachhaltigen Präventionskultur geleistet werden.

Brücke – Säule – Netzwerk

Auf der im Januar 2009 erstmals ausgerichteten Internationalen Strategiekonferenz für Gesundheit und Sicherheit in Dresden wurde zunächst eine „Brücke“ von den internationalen zu den nationalen Strategien geschlagen und es wurden Beispiele guter Praxis für die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Strategien auf nationaler Ebene vorgestellt. Bemängelt wurde allerdings die mangelnde Koordination zwischen den verschiedenen strategischen Ansätzen.

Die Experten der zweiten Strategiekonferenz im Jahr 2011 identifizierten entsprechend fünf „Säulen“ (Kernthemen) als eine gemeinsame Orientierungshilfe für die Umsetzung der verschiedenen Arbeitsschutzstrategien und als Beitrag zu einer ganzheitlichen Präventionskultur. Darüber hinaus formulierten sie den Auftrag für die dritte Strategiekonferenz: die Integration

des Arbeitsschutzes in andere Felder der Politik, wie etwa Gesundheit, Bildung oder auch der Medien zu verbessern.

Unter dem Titel „Netzwerken als treibende Kraft für eine Präventionskultur“ trafen sich im Februar 2013 die Experten auf der dritten Strategiekonferenz, um entlang der vor zwei Jahren festgelegten Kernthemen Unfälle/Vision Zero, Gesundheit und Wohlbefinden bei der Arbeit sowie Vielfalt (Diversity) die politischen Bereiche Arbeit, Öffentliche Gesundheit und Bildung miteinander zu vernetzen.

Anschaulich gemacht wurde das Netzwerken mit Hilfe einer interaktiven Installation. Die Installation bestand aus Säulen, die die Kernthemen und die politischen Bereiche repräsentierten. Die Konferenzteilnehmer verknüpften die Kernthemen mit den politischen Bereichen, deren Vernetzung im Laufe der Konferenz immer dichter wurde. Kernaussagen aus den Arbeitsgruppen wurden für alle sichtbar in der Installation festgehalten.

Darüber hinaus präsentierten sich auf der Konferenz zweiundzwanzig bereits bestehende informelle und formelle Netzwerke. Hierbei handelte es sich um internationale, regionale, europäische, nationale und sektorale Netzwerke aus den Bereichen Arbeit, Öffentliche Gesundheit und Bildung.

Prävention ist Netzwerken

Entlang der Themen und quer zu den Politikfeldern und Hierarchien knüpften die Teilnehmer vielfältige Kontakte. Jeder Experte hatte die Chance, sich mit anderen auszutauschen und sich persönlich zu vernetzen.

Gerade in solch „losen“ Verbindungen von Gruppen liegt eine besondere Stärke des Netzwerkers.³

Personen, die in der Lage sind, zwischen einzelnen Gruppen zu vermitteln, die ansonsten nicht miteinander interagieren, profitieren von dieser Mittlerrolle. Indem sie zwischen einzelnen Gruppen eine Brückenfunktion wahrnehmen, haben sie Zugang zu neuen Ideen und Praktiken und können diese auf Probleme einer anderen Gruppe anwenden.⁴

In Dresden stellten sich aus der Perspektive der Internationalen Vereinigung der Arbeitsinspektion (IALI) insbesondere die Arbeitsinspektoren als gute „Netzwerker“ heraus, die weltweit als „Agenten der Veränderung“ aktiv werden können.

Arbeit ist ein guter Platz für Gesundheit

Inhaltlich bestand auf der 3. Internationalen Strategiekonferenz Konsens darüber, dass das Thema Gesundheit stärker in den Arbeitsschutz zu integrieren ist und dass hierfür mit der Zusammenarbeit zwischen den politischen Bereichen Arbeit und Öffentliche Gesundheit „ernst“ gemacht werden muss. Mit ihrem Satz „Arbeit ist ein guter Platz für Gesundheit“ brachte Dame Carol Black gleich zu Beginn der Konferenz dieses Anliegen auf den Punkt.⁵

Die logische Konsequenz hieraus ist ein „integrierter Präventionsansatz“, der sowohl die Primärprävention als auch die Sekundärprävention und die Tertiärprävention umfasst. Ein solch dreidimensionaler Ansatz der Prävention vernetzt den

Die Logistikkette der Prävention: Keine Prävention ohne Netzwerken – kein Netzwerken ohne Strategie – keine Strategie ohne Indikatoren

Am Ende der 3. Internationalen Strategiekonferenz wurden Aktionspläne zu folgenden Themen vereinbart: „Präventionskultur“, „Gesundheit ist gut für Dich und das Geschäft“ und „Strategie Vision Zero“. Beim Aktionsplan „Präventionskultur“ sollen der Begriff der Präventionskultur definiert, Indikatoren für die Messung von Präventionskultur entwickelt und Beispiele guter Praxis gesammelt werden. Für den Aktionsplan „Gesundheit ist gut für Dich und das Geschäft“ soll für das „Triple-A“: Familie, Betrieb und Individuum sensibilisiert werden. Mit Blick auf das Internationale Medienfestival für die Prävention (IMFP) sollen Filme und Multimedia-Produkte gesammelt werden. Der Aktionsplan „Strategie Vision Zero“ sieht zunächst eine Definition dieser Strategie vor, der wissenschaftliche Hintergrund soll erörtert und evidenzbasierte Praktiken sollen dargestellt werden. Um die Nachhaltigkeit dieser Aktionspläne zu sichern, sind die nächsten Meilensteine für deren Umsetzung das Internationale Symposium zur Kultur der Prävention Ende September 2013 in Helsinki und der XX. Weltkongress zu Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Globales Forum Prävention Ende August 2014 in Frankfurt.



Foto: IAG, Stephan Floss

Netzwerker: Hans-Horst Konkolewsky, Generalsekretär der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) und Dr. Walter Eichendorf, stv. Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV).

Arbeitsschutz mit der Gesundheitsförderung (Workplace Health Promotion) und der Rehabilitation (Return to work).

Ob eine Präventionskultur Realität wird, hängt jedoch vor allem vom Lebensstil des Einzelnen ab. Er beeinflusst maßgeblich die Entstehung von arbeitsbedingten Erkrankungen, vor allem aber die Entstehung von chronischen oder auch plötzlichen Erkrankungen sowie die psychische Gesundheit.

Information und Bildung zuerst!

Zudem wurde festgestellt, dass die Zusammenarbeit zwischen dem politischen Bereich Arbeit und dem der Bildung gestärkt werden muss. Mit der Entwicklung einer

Präventionskultur ist so früh wie möglich zu beginnen. Erziehung und Ausbildung sind gleichrangig mit den politischen Bereichen Arbeit und Gesundheit zu sehen und können strategisch für die Entwicklung der Präventionskultur genutzt werden.

Führung – Verbindlichkeit – Partnerschaft

Als leitende Prinzipien im Bereich Arbeit/Unternehmen wurden die Aspekte Führung, Verbindlichkeit und Partnerschaft herausgearbeitet. Beispielgebend hierfür ist vor allem die Entwicklung der Präventionskultur in Singapur auf der Grundlage der nationalen Arbeitsschutzstrategie Singapur 2018.

*

- 1 Organisiert wird die Internationale Strategiekonferenz für Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) in Zusammenarbeit mit der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz (EU-OSHA), der Internationalen Vereinigung der Arbeitsinspektion (IALI), der Internationalen Kommission für Gesundheit bei der Arbeit (ICOH), der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO), der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) sowie der Weltgesundheitsorganisation (WHO).
- 2 Seit den 80er Jahren wird Nachhaltigkeit in Anlehnung an das englische Wort „sustainability“ im Sinne des menschlichen Überlebens auf dem Planeten Erde verwendet.
- 3 Granovetter, M. S.: *The Strength of Weak Ties*, in: *The American Journal of Sociology*, Band 78, Nr. 6 (Mai 1973), 1360-1380; 1360.
- 4 R. S. Burt: *Structural Holes: The Social Structure of Competition*, Harvard 1992 und R. S. Burt: *Structural holes and good ideas*, in: *American Journal of Sociology* (2004) 110, 2.
- 5 Siehe hierzu auch: Black, C. D.: *Working for a healthier tomorrow. Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population. Presented to the Secretary of State for Health and the Secretary of State for Work and Pensions*, London 17. März 2008.

Autorin



Foto: Privat

Dr. Ulrike Bollmann

Leiterin des Bereichs Internationale Kooperationen, Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG)
E-Mail: ulrike.bollmann@dguv.de

Interview

„Prävention muss nachhaltig sein“



Vom 24. – 27. August 2014 findet der XX. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014 – Globales Forum Prävention in Frankfurt statt. Nationaler Ausrichter des wichtigsten internationalen Präventionsevents ist Deutschland. DGUV Forum sprach mit Dr. Walter Eichendorf, stellvertretender Hauptgeschäftsführer der DGUV, über den weltweiten Stand der Prävention.

Herr Dr. Eichendorf, alle drei Jahre organisieren die Internationale Arbeitsorganisation (IAO) und die Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) den Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Der Kongress wird jeweils in Kooperation mit einem nationalen Gastgeber durchgeführt. Der nächste Weltkongress findet 2014 in Frankfurt statt. Sie sind der Gastgeber: Was erwartet die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf diesem Kongress?

Dr. Eichendorf: Wir bieten den aktuellen Stand der Prävention weltweit, den Austausch von neuestem Wissen und Erfahrungen. Der Kongress schafft Begegnungen und fördert nachhaltige Kontakte über alle Grenzen hinaus, bietet vielfältige Partizipationsmöglichkeiten und das Kennenlernen von Best-Practice-Beispielen. Wir erwarten über 4.000 Teilnehmende aus über 100 Ländern. Insgesamt werden über 400 Akteure aus aller Welt die unterschiedlichen Veranstaltungen wie Symposien, Technical

Sessions und Foren gestalten. Dabei ist Interaktivität gefragt. Im Mittelpunkt steht für uns der einzelne Teilnehmende.

Inwiefern ist die internationale Perspektive für den Fortschritt des Arbeitsschutzes in Deutschland wichtig?

Dr. Eichendorf: Weltweit werden Lösungen für Arbeitsschutzprobleme entwickelt. In unterschiedlichsten Ländern gibt es Best-Practice-Beispiele, sind Maßnahmen erprobt und evaluiert. Der aktuelle Austausch verhindert, dass jeder wieder bei null beginnt. Wir erhöhen unsere Effektivität, wenn wir unsere Maßnahmen international abgleichen und auf vorhandene Erfahrungen, Evaluationen und Kenntnisse aufsetzen.

Der Weltkongress 2014 wird viele Begegnungen zwischen den Expertinnen und Experten aus aller Welt ermöglichen. Wie wichtig sind diese persönlichen Kontakte für den Fortschritt der Präventionsarbeit?

Dr. Eichendorf: Online-Kommunikation ersetzt nicht den persönlichen Kontakt. Zum einen ist es immer noch einfacher, im persönlichen Gespräch spezifische Lösungen zu diskutieren und zu finden. Der persönliche Kontakt stellt eine besondere Vertrauensgrundlage her. Hierauf aufbauend bleibt man mit Kolleginnen und Kollegen in aller Welt im aktuellen Austausch, teilt neue Erkenntnisse und unterstützt sich gegenseitig. Solch ein lebendiger Austausch weltweit ist äußerst wertvoll für die weitere Entwicklung der Präventionsarbeit.

Lassen Sie uns jetzt auf das Motto des Kongresses kommen „Unsere Vision: Prävention nachhaltig gestalten.“ Was verstehen Sie darunter?

Dr. Eichendorf: Effektive Maßnahmen mit langanhaltender Wirkung bedürfen einer umfassenden Planungsphase sowie einer professionellen Umsetzung und intensiver Evaluation. Ohne Nachhaltigkeit werden

Präventionsmaßnahmen in der Regel wie ein Feuerwerk verpuffen. Dann gibt es einen lauten Knall, danach ist wieder alles schwarz, als wäre nichts passiert. Jedes Präventionsinstrument, jede Präventionsmaßnahme muss sich über Monate und Jahre entwickeln und dann jahrelang halten und somit nachhaltig wirken. Das Programm des Weltkongresses 2014 richtet sich am Leitbild der Nachhaltigkeit aus. Das ist für uns fundamental.

Welches sind die Hauptthemen, an denen sich die Diskussionen und Debatten ausrichten werden?

Dr. Eichendorf: Der Fokus liegt auf drei Hauptthemen. Bei dem ersten Thema „Präventionskultur – Präventionsstrategien – Vision Zero“ geht es darum, wie wirksamer Arbeitsschutz zu einer Welt ohne tödliche Arbeitsunfälle verhelfen kann. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten deutlich zu verringern, bleibt das übergeordnete Ziel, an dem sich Strategien messen lassen müssen.

„Herausforderungen für die Gesundheit bei der Arbeit“ lautet das zweite Thema. Angesichts des Wandels in der Arbeitswelt wird der Erhalt der Gesundheit immer wichtiger. Mit der Globalisierung, insbesondere der Verlagerung von Produktionsstätten in andere Länder oder Kontinente, werden gleichzeitig Risiken für die Gesundheit der Menschen mit verlagert.

Im Rahmen des dritten Themas „Vielfalt in der Arbeitswelt“ wird beleuchtet, wie sich das Zusammenarbeiten von Menschen unterschiedlichster Nationen mit verschiedenen Muttersprachen, unterschiedlicher Religionen und von Männern und Frauen, jungen und alten Menschen auf den Arbeitsschutz auswirken wird. Einbezogen werden dabei auch Fragen zu unterschiedlichen Beschäftigungsformen und Arbeitsstrukturen.

Ein Schwerpunkt greift die Vision Zero auf, eine Welt ohne tödliche Arbeitsunfälle und ohne Schwerverletzte. Ist das ein realistisches Ziel?

Dr. Eichendorf: Ja, das ist sogar mehr als realistisch. Wenn Sie sich irgendeinen tödlichen Arbeitsunfall oder auch tödlichen Straßenverkehrsunfall ansehen,

dann können Sie in aller Regel nach zehn Minuten beschreiben, warum es dazu gekommen ist. Das sagt Ihnen jeder Polizist zu einer Unfallaufnahme, das sagt Ihnen jeder Arbeitsschützer, wenn sich in einem Betrieb ein tödlicher Unfall ereignet hat. Wenn wir so genau wissen, warum ein Unfall passiert ist, dann wissen wir auch, wie wir ihn hätten vermeiden können.

Wir haben inzwischen in Deutschland weniger als 500 tödliche Arbeitsunfälle jährlich und der Weg zu null Arbeitsunfällen, der ist nicht mehr so lang. Man kann die Frage ja auch andersherum stellen: Wie viele tödliche Arbeitsunfälle wollen wir uns leisten? Wenn Sie jemandem diese Frage stellen, wird er antworten: Keinen. Und deshalb ist die Vision Zero die einzig richtige Antwort.

Wie gestalten Sie das fachliche Programm so, dass die Beiträge ein Spiegelbild des Standes der Prävention weltweit darstellen?

Dr. Eichendorf: Die weltumspannenden Fragen zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit sind thematisch einbezogen. Die Organisation der 30 Symposien liegt zum Beispiel in den Händen verschiedener internationaler und nationaler Organisationen des Arbeitsschutzes. Das Themenspektrum ist mit Blick auf die globale Ausrichtung entsprechend heterogen. Aktive Beiträge in Form von Abstracts zu den einzelnen Symposien sowie dem Forum für Prävention können bis zum 30. November 2013 online eingereicht werden.

Eine Frage darf nicht fehlen: Wie muss der Kongress ablaufen, damit er erfolgreich ist?

Dr. Walter Eichendorf ist stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). Vor vier Jahren übernahm er das Präsidentenamt des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR).

National und international wirkt er in Vorständen und Beiräten mehrerer Präventionsinstitutionen. So ist er Vizepräsident der Sektionen Forschung und Präventionskultur der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS).

Dr. Eichendorf: Der Kongress ist dann erfolgreich, wenn die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit glänzenden Augen aus den Veranstaltungen kommen, weil sie neue Ideen und Erkenntnisse gewonnen, neue Kontakte gemacht und grenzüberschreitende Kooperationsprojekte in Aussicht haben. Und aufgeladen mit neuem Wissen und neuen Verbindungen wieder nach Hause in ihr Land kommen und dort die neuen Ansätze in die Praxis umsetzen...

... und wie wollen Sie erreichen, dass der Kongress eine nachhaltige Wirkung hat und mit dem Ende des Weltkongresses 2014 nicht alles verpufft?

Dr. Eichendorf: Diskussionen und Debatten sind entscheidend, um effektive Lösungen zu finden. Das bildet den Kern des Weltkongresses 2014. Doch dann muss die Umsetzung folgen. Deshalb legen wir den Schwerpunkt darauf, dass die Teilnehmenden praktische Lösungsansätze für die unterschiedlichen Situationen vor Ort mit nach Hause nehmen.

Und gerade die Umsetzung vor Ort braucht den ständigen Austausch zwischen den Experten. Dieser Austausch darf nach dem Kongress nicht versiegen. Online-Networking bietet die große Chance, weltweit in Kontakt mit Kollegen zu bleiben. Die alle drei Jahre stattfindenden Weltkongresse dürfen keine Oasen in der Wüste darstellen. Die Online-Netzwerke sind wie Karawanenwege, die in alle Richtungen Neuigkeiten verbreiten. ●

Das Interview führte Bernd Kulow für DGUV Forum.



Foto: Wolfgang Bellwinke/DGUV

Neue Entwicklungen für Beschäftigte

Bestimmungen der EU zum anwendbaren Recht der sozialen Sicherheit

Erkenntnisse aus der Praxis haben dazu geführt, dass bereits kurz nach der Reform des Verwaltungsrechts über soziale Sicherheit im Jahr 2010 eine teilweise Neuausrichtung der Bestimmungen für abhängig Beschäftigte notwendig wurde. Die wichtigsten Bestimmungen zum anwendbaren Recht sowie die vollzogenen Änderungen sind Gegenstand der Betrachtung.

1 Einführung

Der 1. Mai 2010 kann als Markstein in der jahrzehntealten Historie des koordinierenden Rechts der sozialen Sicherheit in Europa angesehen werden. Erst zum zweiten Mal wurde zu diesem Zeitpunkt das ursprünglich mit den Verordnungen (VOen) Nr. 3¹ und Nr. 4² für sechs Staaten³ geschaffene koordinierende Recht grundlegend überarbeitet. Enthalten ist es jetzt in den VOen (EG) Nr. 883/2004⁴ und Nr. 987/2004⁵. Seit der ersten Überarbeitung, welche die am 1. Oktober 1972 in Kraft getretenen VOen (EWG) Nr. 1408/71⁶ und Nr. 574/72⁷ hervorgebracht hat, waren immerhin mehr als 37 Jahre vergangen.

Bei der Neugestaltung des VO-Rechts sollten,

- die in den inzwischen 27⁸ Mitgliedstaaten eingetretenen Rechts- und Verfahrensänderungen und
- die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH)

berücksichtigt werden. Außerdem bestand die Absicht, die Vorschriften einfacher zu gestalten, damit sie für den Bürger leichter verständlich sind.

Der Bereich des anwendbaren Rechts konnte dabei nicht ausgespart bleiben.

Neue Formen der grenzüberschreitenden Mobilität insbesondere von abhängig Beschäftigten erforderten zwischenzeitlich eine teilweise Neuausrichtung der Bestimmungen. Diese wurde mit der nach ihrem Art. 3 am 28. Juni 2012 in Kraft getretenen VO (EU) Nr. 465/2012⁹ vollzogen.

2 Das anwendbare Recht nach der VO (EG) Nr. 883/2004

Die Bestimmungen des anwendbaren Rechts sind in den Art. 11 – 16 des Titels II VO (EG) Nr. 883/2004 enthalten.

Sie beziehen sich auf

- Beschäftigte,¹⁰
- selbständig Erwerbstätige,
- Beamte,
- Bezieher von Leistungen bei Arbeitslosigkeit,
- zum Wehr- oder Zivildienst eines Mitgliedstaats einberufene Personen und
- jede andere Person,

sofern sie vom persönlichen Geltungsbereich des VO-Rechts erfasst sind.¹¹

„Neue Formen der grenzüberschreitenden Mobilität insbesondere von abhängig Beschäftigten erforderten zwischenzeitlich eine teilweise Neuausrichtung der Bestimmungen.“

2.1 Grundsätze

Bestimmungen für die grundsätzliche Ausrichtung des anwendbaren Rechts enthält bereits Art. 11 VO (EG) Nr. 883/2004. Zur Verhinderung der Zersplitterung der sozialversicherungsrechtlichen Biografien von Personen, für die das VO-Recht gilt, sollen diese nach Abs. 1 der Bestimmung nur den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats unterstehen. Abs. 3 a) der

Bestimmung weist Personen, die eine Beschäftigung oder eine selbständige Erwerbstätigkeit in einem Mitgliedstaat ausüben, dem Beschäftigungslandprinzip folgend, dem Recht dieses Mitgliedstaats zu. Bei Beamten wird an die sie beschäftigende Verwaltungseinheit angeknüpft. Nach Abs. 3 b) der Bestimmung unterstehen sie daher dem Recht des Mitgliedstaats, dem die Verwaltungseinheit angehört.

2.2 Neue Bestimmung für Flug- und Kabinenbesatzungsmitglieder

Mit der VO (EU) Nr. 465/2012 ist in Art. 11 VO (EG) Nr. 883/2004 ein neuer Abs. 5 eingefügt worden. Er bezieht sich auf Flug- und Kabinenbesatzungsmitglieder, die Leistungen im Zusammenhang mit Fluggästen und Luftfracht erbringen.

Die Praxis zeigte schnell, dass das seit dem 1. Mai 2010 geltende neue VO-Recht, welches keine Sonderbestimmung mehr für Personal im internationalen Transportwesen enthält, Interpretationsspielraum ließ und teilweise zu unbilligen Ergebnissen, insbesondere bei dem genannten Personenkreis führte.

So konnte geraume Zeit keine Einigung zwischen den beteiligten Mitgliedstaaten hergestellt werden, welchem Mitgliedstaat das Cockpit- und Kabinenpersonal einer Fluggesellschaft vor dem Hintergrund folgender Situation rechtlich zu unterstellen ist: Das Personal besaß Arbeitsverträge nach dem Recht des Mitgliedstaats, in dem die Fluggesellschaft ihren Sitz hat. Den Wohnsitz hatte das Personal hingegen in einem anderen Mitgliedstaat, in

dem es gewöhnlich auch seinen Dienst aufnahm. Flüge wurden gewöhnlich quer durch Europa auf den unterschiedlichsten Routen absolviert.

Nach der neuen Bestimmung gilt die Tätigkeit von Flug- und Kabinenbesatzungsmitgliedern als in dem Mitgliedstaat ausgeübt, in dem sich die Heimatbasis im Sinn von Anhang III der VO (EWG) Nr. 3922/91¹² befindet. Im Ergebnis führt dies indirekt zum Beschäftigungslandprinzip des Art. 11 Abs. 3 a) VO (EG) Nr. 883/2004. Es sind die Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats anzuwenden, in dem sich die Heimatbasis befindet.

Der in die VO (EG) Nr. 883/2004 ebenfalls neu eingefügte Erwägungsgrund 18b erläutert den Begriff der „Heimatbasis“, indem er sich auf den Inhalt des Anhangs III der VO (EWG) Nr. 3922/91 bezieht. Danach ist „Heimatbasis“ definiert „als der vom Luftfahrtunternehmen gegenüber dem Besatzungsmitglied benannte Ort, wo das Besatzungsmitglied normalerweise eine Dienstzeit oder eine Abfolge von Dienstzeiten beginnt und beendet und wo der Luftfahrtunternehmer normalerweise nicht für die Unterbringung des betreffenden Besatzungsmitglieds verantwortlich ist“.

In Fällen, in denen Bordpersonal definitionsgemäß Heimatbasen in zwei oder mehr Mitgliedstaaten angehört, sind die unter 2.4 dargestellten Bestimmungen zur

Ausübung von Tätigkeiten in zwei oder mehr Mitgliedstaaten anzuwenden.

2.3 Entsendung

Erste vom Beschäftigungslandprinzip abweichende Bestimmungen enthält Art. 12 VO (EG) Nr. 883/2004.

Beschäftigte und selbständig erwerbstätige Personen bleiben unter bestimmten Bedingungen während einer Tätigkeit in einem anderen Mitgliedstaat weiterhin den Rechtsvorschriften des Entsendestaats unterstellt. Die Bedingungen für beschäftigte Personen sind Abs. 1 der Bestimmung zu entnehmen:

- Es muss sich um eine Beschäftigung für einen Arbeitgeber handeln, der gewöhnlich in einem Mitgliedstaat tätig ist,
- die Person muss vom Arbeitgeber entsandt worden sein,
- es muss sich um eine Arbeit handeln, die auf Rechnung des entsendenden Arbeitgebers ausgeführt wird,
- die Dauer der Beschäftigung im anderen Mitgliedstaat darf den Zeitraum von 24 Monaten nicht überschreiten,
- die Person darf nicht eine andere entsandte Person ablösen.¹³

Auch eine selbständig erwerbstätige Person kann nach Abs. 2 der Bestimmung ihre Tätigkeit in einem anderen Mitgliedstaat ausüben und den Rechtsvorschriften des

Mitgliedstaats unterstellt bleiben, denen sie gewöhnlich untersteht, wenn sie folgende Bedingungen erfüllt:

- Die selbständige Erwerbstätigkeit muss gewöhnlich in einem Mitgliedstaat ausgeübt werden,
- bei der selbständigen Erwerbstätigkeit im anderen Mitgliedstaat muss es sich um eine ähnliche Tätigkeit handeln,
- die Dauer der selbständigen Erwerbstätigkeit im anderen Mitgliedstaat darf den Zeitraum von 24 Monaten nicht überschreiten.

Detailbestimmungen zu den vorstehend aufgeführten Bedingungen, auf die hier nicht näher eingegangen wird, sind in Art. 14 Abs. 1 bis 4 VO (EG) Nr. 987/2009 enthalten.

2.4 Ausübung von Tätigkeiten in zwei oder mehr Mitgliedstaaten

2.4.1 Allgemeine Bemerkungen

Die in der Praxis auftretenden und theoretisch denkbaren Konstellationen von Tätigkeiten in zwei oder mehr Mitgliedstaaten sind sehr vielfältig. Es war und ist daher schwierig, für alle Konstellationen Bestimmungen zu schaffen, die einerseits den Interessen der betroffenen Personen und ihren Arbeitgebern entsprechen und die andererseits administrativ von den Institutionen der sozialen Sicherheit umsetzbar sind. Wegen der Vielfalt kann im Folgenden nur auf die häufigsten Fallvarianten eingegangen werden.

2.4.2 Die Bestimmungen zu Tätigkeiten in zwei oder mehr Mitgliedstaaten für abhängig Beschäftigte

Art. 13 Abs. 1 a) VO (EG) Nr. 883/2004 in seiner bis zum 27. Juni 2012 gültigen Fassung unterstellte eine betroffene Person dem Recht des Mitgliedstaats, in dem sie ihren Wohnsitz hat,

- wenn sie für einen Arbeitgeber in zwei oder mehr Mitgliedstaaten tätig wurde und ein wesentlicher Teil der Tätigkeit auf den Wohnmitgliedstaat entfiel sowie
- wenn sie für mehrere Arbeitgeber in zwei oder mehr Mitgliedstaaten, unabhängig vom Anteil der Tätigkeit im Wohnmitgliedstaat tätig war. ▶



Die Anknüpfung an das Recht des Wohnmitgliedstaats macht generell sicherlich Sinn. Infrage zu stellen war allerdings schon, ob bei einer Tätigkeit in zwei oder mehr Mitgliedstaaten für mehrere Arbeitgeber bereits geringe Beschäftigungsanteile im Wohnmitgliedstaat es rechtfertigen, das Recht dieses Staats zur Anwendung kommen zu lassen – zumal eine Tätigkeit in zwei oder mehr Mitgliedstaaten für einen Arbeitgeber unter ansonsten gleichen Bedingungen eine wesentliche Tätigkeit im Wohnmitgliedstaat voraussetzte.

Relativ schnell nach Anwendung der Bestimmung hat sich gezeigt, dass die Trennung in Tätigkeiten für einen Arbeitgeber und für mehrere Arbeitgeber, soweit es letztere Variante anbelangt, in zahlreichen Fällen zu unbilligen Ergebnissen führte. Schon eine gewöhnliche Zweitbeschäftigung von wenigen Stunden pro Monat im Wohnmitgliedstaat führte zur Anwendung von dessen Rechtsvorschriften auch in Bezug auf eine daneben bestehende Vollzeitbeschäftigung in einem anderen Mitgliedstaat.

Die Neufassung des Art. 13 Abs. 1 a) VO (EG) Nr. 883/2004 unterscheidet daher bei Tätigkeiten in zwei oder mehr Mitgliedstaaten nicht mehr in solche für einen Arbeitgeber oder für mehrere Arbeitgeber.

Parallel wird dies auch durch die Änderung des Art. 14 Abs. 5 VO (EG) Nr. 987/2009 deutlich. Die Bestimmung legt fest, dass sich Art. 13 Abs. 1 VO (EG) Nr. 883/2004 bei seiner Anwendung gleichermaßen auf eine Person bezieht, „die gleichzeitig oder abwechselnd für dasselbe Unternehmen oder denselben Arbeitgeber oder für verschiedene Unternehmen oder Arbeitgeber eine oder

mehrere gesonderte Tätigkeiten in zwei oder mehr Mitgliedstaaten ausübt.“ Für die Anwendung der Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats ist damit jetzt bei beiden Varianten der Nachweis eines wesentlichen Teils der Tätigkeit im Wohnmitgliedstaat erforderlich.

Was unter „wesentlicher Teil der Tätigkeit“ zu verstehen ist, kann wie bisher Art. 14 Abs. 8 VO (EG) Nr. 987/2009 entnommen werden. Erreichen im Rahmen einer Gesamtbewertung die Orientierungskriterien geleistete Arbeitszeit oder erzielter Arbeitsentgelt im Wohnmitgliedstaat nicht 25 v. H. der gesamten Tätigkeit der Person, ist die Anwendung des Rechts des Wohnmitgliedstaats nicht möglich.¹⁴

Welches Recht auf eine solche Person dann anwendbar ist, kann der neu gestalteten und deutlich detaillierteren Bestimmung des Art. 13 Abs. 1 b) VO (EG) Nr. 883/2004 entnommen werden.

Die alte Fassung des Art. 13 Abs. 1 b) VO (EG) Nr. 883/2004 hat eine Person, die für ein Unternehmen oder einen Arbeitgeber mehrfachbeschäftigt war und die keinen wesentlichen Teil ihrer Tätigkeit im Wohnmitgliedstaat ausübte in das Recht des Mitgliedstaats verwiesen, in dem das Unternehmen oder der Arbeitgeber seinen Sitz oder Wohnsitz hatte.

Die Neufassung des Art. 13 Abs. 1 b) VO (EG) Nr. 883/2004 differenziert jetzt Fälle, in denen kein wesentlicher Teil der Tätigkeit im Wohnmitgliedstaat ausgeübt wird in vier verschiedene Untersachverhalte:

- Art. 13 Abs. 1 b) lit. i) VO (EG) Nr. 883/2004 übernimmt die Bestimmung des bisherigen Art. 13 Abs. 1 b) VO (EG) Nr. 883/2004 für Fälle der Mehrfach-

beschäftigung für ein Unternehmen oder einen Arbeitgeber. Eine betroffene Person untersteht unverändert dem Recht des Mitgliedstaats, in dem das Unternehmen oder der Arbeitgeber seinen Sitz oder Wohnsitz hat.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf den neu eingefügten Abs. 5a) 1. Unterabsatz des Art. 14 VO (EG) Nr. 987/2009. Die Ergänzung wurde notwendig, da es vereinzelt zu unterschiedlichen Auffassungen dazu kam, was unter „Sitz oder Wohnsitz“ im Sinn der bisherigen Fassung des Art. 13 Abs. 1 b) VO (EG) Nr. 883/2004 zu verstehen ist.

Nach der Klarstellung wird jetzt bei der Neufassung abgestellt auf „den satzungsmäßigen Sitz oder die Niederlassung, an dem/der die wesentlichen Entscheidungen des Unternehmens getroffen und die Handlungen zu dessen zentraler Verwaltung vorgenommen werden.“ Was den Sitz des Unternehmens anbelangt, ist die Klarstellung sicherlich hilfreich. Ein Fehler wäre es allerdings, den Wohnsitz des Arbeitgebers ebenfalls nach dieser Bestimmung festzulegen. Denn für die Bestimmung des Wohnsitzes ist Art. 11 VO (EG) Nr. 987/2009 maßgeblich, wenn auch dort der Begriff „Wohnort“ und nicht „Wohnsitz“ verwendet wird.

- Welches Recht anzuwenden ist, wenn eine Person bei zwei oder mehr Unternehmen oder Arbeitgebern beschäftigt ist, die ihren Sitz oder Wohnsitz in nur einem Mitgliedstaat haben, bestimmt Art. 13 Abs. 1 b) lit. ii) VO (EG) Nr. 883/2004. Anzuwenden sind ebenfalls die Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats, in dem die Unternehmen oder Arbeitgeber ihren Sitz oder Wohnsitz haben.



„Schon eine gewöhnliche Zweitbeschäftigung von wenigen Stunden pro Monat im Wohnmitgliedstaat führte zur Anwendung von dessen Rechtsvorschriften auch in Bezug auf eine daneben bestehende Vollzeitbeschäftigung in einem anderen Mitgliedstaat.“

- Ist eine Person bei zwei oder mehr Unternehmen oder Arbeitgebern beschäftigt, die ihre Sitze oder Wohnsitze in zwei Mitgliedstaaten haben, von denen einer der Wohnmitgliedstaat ist, untersteht die Person dem Recht des Mitgliedstaats, in dem das Unternehmen oder der Arbeitgeber außerhalb des Wohnmitgliedstaats seinen Sitz oder Wohnsitz hat.
- Haben mindestens zwei der Unternehmen oder Arbeitgeber, bei denen eine Person beschäftigt ist, ihren Sitz oder Wohnsitz in verschiedenen Mitgliedstaaten außerhalb des Wohnmitgliedstaats der Person, untersteht sie den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats.

2.4.3 Die Bestimmungen zu Tätigkeiten in zwei oder mehr Mitgliedstaaten für selbständig Erwerbstätige

Grundsätzlich bestimmt sich das anzuwendende Recht für eine selbständig erwerbstätige Person, die ihre Tätigkeit in zwei oder mehr Mitgliedstaaten ausübt, ähnlich, wie für abhängig Beschäftigte.¹⁵ ▶

*

- 1 Verordnung Nr. 3 über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer vom 25.9.1958, ABl. EG Nr. 30, S. 561.
- 2 Verordnung Nr. 4 zur Durchführung und Ergänzung der Verordnung Nr. 3 über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer vom 3.12.1958, ABl. EG Nr. 30, S. 597.
- 3 Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, Luxemburg und Niederlande.
- 4 Verordnung (EG) Nr.883/2004 vom 29.4.2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. EU L 166 v. 30.4.2004, S. 1, in der berichtigten Fassung des ABl. EU L 200 v. 7.6. 2004 und in der Fassung der Verordnung (EG) Nr. 988/2009 vom 16.9.2009 zur Änderung der Verordnung Nr. 883/2004, ABl. EU L 284 v. 30.10.2009, S. 43.
- 5 Verordnung (EG) Nr.987/2009 vom 16.9.2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr.883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. EU L 284 v. 30.10.2009, S. 1.
- 6 Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern vom 14.6.1971, ABl. EG L 149 v. 5.7.1971, S. 2.
- 7 Verordnung (EWG) Nr. 574/72 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern vom 21.03.1972, ABl. EG L 74 v. 27.3.1972, S. 1.
- 8 Mit dem 1.7.2013 ist die Republik Kroatien der EU beigetreten, sodass es gegenwärtig 28 Mitgliedstaaten gibt. Durch gesonderte Verträge gilt das koordinierende VO-Recht auch für die Schweiz und die Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) Island, Liechtenstein und Norwegen.
- 9 Verordnung (EU) Nr. 465/2012 vom 22.5.2012 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, ABl. EU L 149 v. 8.6.2012, S. 4.
- 10 Unter dem Begriff „Beschäftigung“ ist nach der Definition des Art. 1 a) VO (EG) Nr. 883/2004 jede Tätigkeit oder gleichgestellte Situation zu verstehen, die nach dem nationalen Recht des jeweiligen Mitgliedstaats als solche gilt.
- 11 Nach Art. 2 VO (EG) Nr. 883/2004 werden vom VO-Recht Staatsangehörige der Mitgliedstaaten, Staatenlose und Flüchtlinge sowie bestimmte Hinterbliebene erfasst. Des Weiteren erstreckt sich das VO-Recht auf Drittstaatsangehörige, die einen rechtmäßigen Wohnsitz in einem Mitgliedstaat haben, wenn ein Sachverhalt vorliegt, der nicht nur einen Mitgliedstaat betrifft. Rechtsgrundlage dafür bildet die Verordnung (EU) Nr. 1231/2010 zur Ausdehnung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 auf Drittstaatsangehörige, die ausschließlich aufgrund ihrer Staatsangehörigkeit nicht bereits unter diese Verordnungen fallen vom 24.11.2010, ABl. EU L 344 v. 29.12.2010, S. 1.
- 12 Verordnung (EWG) Nr. 3922/91 vom 16.12.1991 zur Harmonisierung der technischen Vorschriften und der Verwaltungsverfahren in der Zivilluffahrt, ABl. (EG) L 373 v. 31.12.1991, S. 4.
- 13 Die Entsendebestimmung ist zu diesem Tatbestand durch die VO (EU) Nr. 465/2012 präzisiert worden. Nach der zuvor gültig gewesenen Fassung konnte der Eindruck entstehen, dass jedwede im anderen Mitgliedstaat beschäftigte Person vom Ablöseverbot erfasst wird. Gemeint war aber schon immer und es wurde durch die Änderung klargestellt, dass sich das Ablöseverbot nur auf eine andere „entsandte“ Person bezieht.
- 14 Eine Ausnahme bildet lediglich die unverändert fortbestehende Bestimmung des Art. 14 Abs. 11 VO (EG) Nr. 987/2009. Nach ihr ist das Recht des Wohnmitgliedstaats auch bei unwesentlichem Anteil der Tätigkeit im Wohnmitgliedstaat anzuwenden, wenn die betroffene Person in zwei oder mehr Mitgliedstaaten eine Tätigkeit für einen Arbeitgeber ausübt, der seinen Sitz außerhalb des Hoheitsgebiets der Union hat. Obwohl der Wortlaut es nicht hergibt, darf angenommen werden, dass die Bestimmung gleichermaßen bei einer Beschäftigung für ein Unternehmen gilt. Im Übrigen ist es zu einer Vermischung der Termini gekommen. Alle anderen einschlägigen Bestimmungen im Zusammenhang mit Art. 13 VO (EG) Nr. 883/2004 verwenden die Begriffspaare „Unternehmen und Sitz“ sowie „Arbeitgeber und Wohnsitz“. In Art. 14 Abs. 11 VO (EG) Nr. 987 / 2009 werden davon abweichend und nicht ganz korrekt „Arbeitgeber und Sitz“ zusammengebracht.
- 15 Anders als im Zusammenhang mit einer Entsendung (siehe 2.3) muss es sich bei der Tätigkeit in dem/den anderen Mitgliedstaat/en allerdings nicht um eine „ähnliche Tätigkeit“ handeln. Art. 14 Abs. 6 VO (EG) Nr. 987/2009 lässt jede selbständige Erwerbstätigkeit zu.
- 16 Gestützt wird diese Auffassung durch die Ausführungen unter II 2., S. 22 in dem von der Europäischen Kommission herausgegebenen Praktischen Leitfaden „Die Rechtsvorschriften, die für Erwerbstätige in der Europäischen Union (EU), dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) und in der Schweiz gelten“ (Stand: August 2012), verfügbar unter <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=de&catId=868>. Es wird dort empfohlen, Tätigkeiten mit weniger als 5 v. H. der regulären Arbeitszeit oder weniger als 5 v. H. der Gesamtvergütung einer Person als „Tätigkeiten in unbedeutendem Umfang“ anzunehmen.
- 17 In der VO (EWG) Nr. 1408/71 war die Bestimmung zu Ausnahmevereinbarungen in deren Art. 17 zu finden.
- 18 Die DVKA ist durch Nr. 1 c) der Bekanntmachung der zuständigen deutschen Behörde, des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, vom 15.12.2010 zur Festlegung von Zuständigkeiten für die Durchführung der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (GMBL 2011, Nr. 1, S. 11) mit dieser Aufgabe beauftragt worden.

Nach Art. 13 Abs. 2 a) VO (EG) Nr. 883/2004 ist auf sie das Recht des Wohnmitgliedstaats anzuwenden, wenn sie in diesem einen wesentlichen Teil ihrer Tätigkeit ausübt.

Wohnt die Person aber in keinem der Mitgliedstaaten, in denen sie einen wesentlichen Teil ihrer Tätigkeit ausübt, gelten für sie, abweichend von den Bestimmungen für abhängig Beschäftigte, nach Art. 13 Abs. 2 b) VO (EG) Nr. 987/2009 die Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats, in dem sich der Mittelpunkt ihrer Tätigkeit befindet.

Für die Bestimmung des Mittelpunkts der Tätigkeit sind nach Art. 14 Abs. 9 VO (EG) Nr. 987/2009 sämtliche Merkmale zu berücksichtigen, welche die berufliche Tätigkeit kennzeichnen. Diese können sein

- der Ort, an dem sich die feste und ständige Niederlassung befindet, von dem aus die Tätigkeit ausgeübt wird,
- die gewöhnliche Art oder die Dauer der ausgeübten Tätigkeit,
- die Anzahl der erbrachten Dienstleistungen sowie
- der sich aus sämtlichen Umständen ergebende Wille der selbständigen Person.

2.4.4 Gleichzeitige abhängige Beschäftigung und selbständige Erwerbstätigkeit in zwei oder mehr Mitgliedstaaten

Die Konstellation, dass eine Person gewöhnlich in verschiedenen Mitgliedstaaten gleichzeitig einer abhängigen Beschäftigung und einer selbständigen Erwerbstätigkeit nachgeht, ist unverändert in Art. 13 Abs. 3 VO (EG) Nr.883/2004 geregelt. Auf eine solche Person sind grundsätzlich die Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats anzuwenden, in dem die abhängige Beschäftigung ausgeübt wird. Übt die Person die abhängige Beschäftigung für einen oder mehrere Arbeitgeber in zwei oder mehr Mitgliedstaaten aus, bestimmt sich das anzuwendende Recht nach den Prinzipien des Art. 13 Abs. 1 VO (EG) Nr. 883/2004, die unter 2.4.2 beschrieben sind.

2.4.5 Marginale Tätigkeiten

Eine weitere für die Anwendung des gesamten Art. 13 VO (EG) Nr. 883/2004 wichtige Bestimmung, die durch die VO (EU) Nr. 465/2012 neu in das VO-Recht eingefügt wurde, ist die des Art. 14 Abs. 5 b) Satz 1 VO (EG) Nr. 987/2009. Sie bewirkt, dass bei der Beurteilung von Tätigkeiten in zwei oder mehr Mitgliedstaaten marginale Tätigkeiten generell nicht zu berücksichtigen sind. Im VO-Recht selbst findet sich keine Definition zu diesem unbestimmten Rechtsbegriff. Inzwischen allgemein anerkannt ist, dass eine Tätigkeit als marginal anzusehen ist, wenn sie weniger als 5 v. H. der Gesamttätigkeit einer Person ausmacht.¹⁶

2.5 Ausnahmereinbarungen

Von den zuvor beschriebenen Bestimmungen und ihren Rechtsfolgen können auf Antrag und im Einvernehmen zwischen den betroffenen Mitgliedstaaten Ausnahmen vereinbart werden. Maßgebliche Bestimmung dafür ist Art. 16 Abs. 1 VO (EG) Nr. 883/2004.¹⁷ Voraussetzung ist, dass der Abschluss einer Ausnahmereinbarung dem Interesse der betroffenen Person oder Personengruppe entspricht.

Gegen den Willen einer betroffenen Person ist eine Ausnahmereinbarung nicht zulässig. Von der Möglichkeit wird reger Gebrauch insbesondere in Entsendefällen gemacht, in denen der Zeitraum der Entsendung 24 Monate überschreitet und die betroffenen Personen den deutschen Rechtsvorschriften unterstellt bleiben wollen. Soll deutsches Recht weiter gelten, sind Anträge bei der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) in Bonn zu stellen.¹⁸ Die DVKA wird sich anschließend an die Stelle/n in dem/den anderen betroffenen Mitgliedstaat/en wenden und um Zustimmung zu einer Ausnahmereinbarung bitten.

3 Resümee

Die ausgeprägten ökonomischen Beziehungen zwischen den Mitgliedstaaten der EU werden zwangsläufig begleitet von vielfältigen grenzüberschreitenden Aktivitäten der in den Systemen der Sozialversicherung der Mitgliedstaaten erfassten Personen. Zur Koordinierung der unter-

schiedlichen nationalen Rechtsvorschriften über die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung bedarf es für grenzüberschreitende Aktivitäten eindeutiger und klarer Bestimmungen, die verhindern, dass Personen doppelt versichert sind oder völlig aus dem Versicherungsschutz herausfallen.

Daneben gilt es, die sozialversicherungsrechtlichen Biografien betroffener Personen nicht zu zersplittern. Das EU-VO-Recht enthält detaillierte Bestimmungen, die dies gewährleisten. Dem Anspruch, dass die Bestimmungen für die Bürger, leicht verständlich sein sollen, werden sie indessen nicht gerecht. Insbesondere die Bestimmungen zu Tätigkeiten in zwei oder mehr Mitgliedstaaten erschließen sich selbst für Fachleute nicht sofort.

In der jüngeren Vergangenheit in Erscheinung getretene neue Formen grenzüberschreitender Mobilität führten zur Anpassung einiger bestehender Bestimmungen zum anwendbaren Recht. Auch künftig wird aufmerksam zu beobachten sein, ob sich weiterer Änderungsbedarf ergibt. Zu denken ist dabei insbesondere an die Bereiche des internationalen Verkehrswezens und der beschäftigungsunabhängigen Tätigkeiten. ●

Autor



Foto: Privat

Helmut Maxeiner

Leiter des Bereichs Verbindungsstelle, koordinierendes über- und zwischenstaatliches Recht der DGUV
E-Mail: helmut.maxeiner@dguv.de

Finanzielle Mehrbelastung der Sozialversicherungssysteme?

Reform des europäischen Mehrwertsteuersystems



Foto: Shutterstock/Antonio S

Die DGUV beobachtet seit einiger Zeit die Pläne der Europäischen Kommission, das europäische Mehrwertsteuersystem zu reformieren: Einfach und betrugssicher sollen die europäischen Regeln sein.¹

Die Brüsseler Behörde will die jährlich entgehenden Mehrwertsteuereinnahmen in Milliardenhöhe eindämmen. In den Zeiten der Krise, in denen die Stabilisierung der öffentlichen Finanzen noch mehr an Bedeutung gewonnen hat, sind die Mitgliedstaaten auf diese Einnahmen angewiesen.²

Die EU-Kommission hat schon mehrfach ihre Vorstellungen zur Umsetzung der Pläne deutlich gemacht. Nach ihrer Ansicht könnten unter anderem eine breite Bemessungsgrundlage und die Abschaffung zahlreicher steuerlicher Ausnahmen dazu beitragen, die Mehrwertsteuerlücke zu minimieren. Die Einnahmen der Mitgliedstaaten aus der Mehrwertsteuer würden dadurch sicherlich erhöht werden, aber sind der Brüsseler Behörde auch die Konsequenzen für das deutsche Sozialversicherungssystem bewusst?

Schaut man sich die Pläne genauer an, wird schnell deutlich, dass auch die Leistungen, die die Sozialversicherungsträger zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erbringen, betroffen sind. Denn diese Leistungen unterliegen bislang zu einem großen Teil nicht der Mehrwertsteuer oder nur einem ermäßigten Steuersatz. Für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung würden damit insbesondere Leistungen der medizinischen sowie beruflichen Rehabilitation mit Mehrwertsteuer belegt.

Die DGUV hat sich deswegen schon früh in die Diskussion eingeschaltet und gemeinsam mit der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung auf die zu erwartenden Auswirkungen aus Sicht der einzelnen Zweige hingewiesen. Daneben hat sie mit der Deutschen Rentenversiche-

rung Bund, dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene im Rahmen einer Analyse auf die finanziellen Auswirkungen aufmerksam gemacht.³

Ausgehend von den Ausgaben des Jahres 2011 wäre diesen Berechnungen zufolge für die Sozialversicherung mit Mehrkosten von insgesamt rund 34,4 Milliarden Euro zu rechnen, dies hätte einen Anstieg des Beitragssatzes der Sozialversicherung von mehr als drei Prozentpunkte zur Folge. Für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung hätten sich im Jahr 2011 Mehrkosten in Höhe von 0,58 Milliarden Euro ergeben, wenn auf die bislang nicht der Steuer unterliegenden Leistungen (Heilbehandlung, medizinischen Rehabilitation und Pflege sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft) Mehrwertsteuer erhoben worden wäre. Damit hätte in der gewerblichen Wirtschaft der Durchschnittsbeitragssatz zur gesetzlichen Unfallversicherung im Jahr 2011 nicht 1,3 Prozent, sondern 1,4 Prozent betragen. Die gesetzliche Sozialversicherung hat sich deswegen für eine Beibehaltung der bislang bestehenden Mehrwertsteuerbefreiungen – und -ermäßigungen ausgesprochen.

Die Interessen der EU-Kommission

Ob und inwieweit die Brüsseler Behörde ihre Pläne überdenken wird, bleibt abzuwarten. Auffällig ist jedoch, dass die Kommission immer wieder die Mitgliedstaaten auffordert, ihre Mehrwertsteuersysteme zu reformieren, um darüber finanzielle Mehreinnahmen zu generieren.

Die Vorteile der EU-Kommission liegen dabei klar auf der Hand: Nehmen die Staaten

*

¹ Mitteilung der Europäischen Kommission zur Zukunft der Mehrwertsteuer: Wege zu einem einfacheren, robusteren und effizienteren MwSt-System, das auf den Binnenmarkt zugeschnitten ist, KOM(2011)851; Grünbuch der Europäischen Kommission über die Zukunft der Mehrwertsteuer, KOM(2010)695; vgl. hierzu: Wölfle, DGUV-Forum 09/2012, S. 37.

² Europäische Kommission, PM IP/13/844 vom 19.9.2013.

³ DGUV Pressemitteilung vom 27.5.2013.

mehr Steuern ein, geben sie anteilmäßig auch mehr Steuern an die EU ab; sowohl die Mitgliedstaaten als auch die EU gewinnen. Es stellt sich jedoch im Bereich der gesetzlichen Sozialversicherung die Frage, wer diese Mehreinnahmen letztlich finanziert. Es sind die Beschäftigten und Unternehmen, in der gesetzlichen Unfallversicherung sind es allein die Unternehmen.

Wie weit gehen die Europäischen Pläne und welcher Widerstand ist zu erwarten, dies bleibt spannend, auch angesichts der Wahlen zu einem neuen Europaparlament sowie einer neuen EU-Kommission im nächsten Jahr. Die bisherige schwarz-gelbe Bundesregierung hat bislang erklärt, Leistungen der Sozialversicherung auch weiterhin von der Mehrwertsteuer ausnehmen zu wollen, hier ist zu hoffen, dass dies auch von der neuen Regierung so vertreten wird. ●

Autorinnen

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

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

Karriere und Gesundheit: Der Coach im Ohr

Quelle: Screenshot



Die Podcast-Reihe von CConsult, dem Beratungsangebot für Führungskräfte der VBG, informiert über das Thema Führungsaufgaben und Gesundheit. Neben dem neuen Podcast sind bereits informative Hörstücke zu den Themen Stressbewältigung, Abschalten nach der Arbeit und Teamführung erschienen. Die Podcast-Reihe informiert nicht nur darüber, wie man als Führungskraft mit der eigenen Arbeitslast umgehen kann, sondern auch über Aspekte eines ausgewogenen Führungsstils.

Für immer mehr Menschen ist Stress ein häufiger Begleiter im Berufsalltag. Besonders Führungskräfte sind in der Regel von vielfältigen Arbeitsbelastungen betroffen. Genau hier setzt die neue Folge der Podcast-Reihe „Karriere und Gesundheit“ der gesetzlichen Unfallversicherung VBG an: Der Podcast „Abgrenzung – Nein sagen lernen“ gibt Tipps, um bei Überbelastung durch Arbeit Grenzen zu setzen.

! **Die Podcasts stehen im Download-Bereich auf www.cconsult.info zum Hören und Herunterladen bereit. Wer über aktuelle Podcast-Neuerscheinungen informiert werden möchte, abonniert dort einfach den RSS-Feed der Podcast-Reihe.**

Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme

Seit 2004 ist im §84 Abs. 2 Sozialgesetzbuch IX geregelt, dass Betriebe ihren Beschäftigten ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anbieten müssen. Hintergrund des Gesetzes ist der prognostizierte Fachkräftemangel in Deutschland. Das BEM soll eine längere Lebensarbeitszeit unterstützen und so dem demografischen Wandel entgegenwirken.



Quelle: iga

nis der Autoren des iga-Reports.

Vorgelegt wird mit dem iga-Report eine umfassende Bestandsaufnahme zur aktuellen Verbreitung und zum Nutzen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements. Die BEM-Praxis wird dabei aus der Sicht der betrieblichen und der überbetrieblichen Akteure

geschildert. Dabei werden fördernde und hemmende Faktoren herausgearbeitet und Empfehlungen für die weitere Arbeit gegeben. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Zusammenarbeit der verschiedenen Ansprechpersonen.

! **Der iga-Report kann kostenlos heruntergeladen werden: www.iga-info.de/veroeffentlichungen/iga-reporte/iga-report-24.html.**

Auch neun Jahre nach Einführung ist der Bekanntheits- und Verbreitungsgrad des Betrieblichen Eingliederungsmanagements noch unzureichend. Mit der Abnahme der Betriebsgröße nehmen auch das Wissen und die Implementierung von BEM deutlich ab. Während noch 70 Prozent der Großbetriebe ein BEM anbieten, sind es bei den kleinen Unternehmen nur noch zehn Prozent. Das ist eine Erkennt-

Impressum

DGUV Forum

Fachzeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Entschädigung
www.dguv-forum.de
 5. 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, Elena Engelhardt, DGUV, Franz Roiderer (stv. Chefredakteur), Falk Sinß, Wiesbaden

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

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

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

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

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

Herstellung • Harald Koch, Wiesbaden

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

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

Titelbild • Fotolia/Denis_pc

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

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

Zitierweise • DGUV Forum, Heft, Jahrgang, Seite

ISSN • 1867-8483

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

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

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

Elektronische Unterweisung auf CD Thema „Gesunder Rücken“ nach DGUV-Test zertifiziert



Gesunder Rücken

- Rückenbeschwerden sind ein Risiko für fast jeden Beschäftigten.
- Falsch ausgeführte körperliche Arbeit kann ebenso der Auslöser sein wie ständiges Sitzen oder Stehen.
- Oft kommt der Schmerz erst, wenn der Schaden schon angerichtet ist, nicht selten dauerhaft.

Beugen Sie vor!

Die elektronische Unterweisung „Gesunder Rücken“ deckt eine große Bandbreite für rüchenschonendes Verhalten ab und richtet sich in all ihren Themen an alle Beschäftigten gleichermaßen.

Vertrauen Sie auf weitere geprüfte Inhalte

Bereits nach DGUV-Test zertifizierte Unterweisungen der Reihe „Unterweisung-interaktiv“:

- **Grundregeln**
- **Brandschutz**
- **Ladungssicherung**
- **Erste Hilfe**
- **Hautschutz**
- **Persönliche Schutzausrüstungen**
- **Bildschirmarbeit**
- **Gefahrstoffe**

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**
Verlag