

DGUV Forum

Präventionskampagnen – aktuelle Beispiele und Ausblick



Jahresbericht –
Durchschnittsbeitragssatz auf Allzeittief, Arbeitsunfallzahlen rückläufig

Aus der Forschung –
Die Substitution von Gefahrstoffen

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

auf dem XX. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit haben wir eine zentrale Botschaft vermittelt: Wir brauchen eine Kultur der Prävention. Von Frankfurt am Main aus hat der Begriff viele nationale und internationale Diskussionen über Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit erobert. Man könnte sogar sagen, die „Kultur der Prävention“ ist ein Trendthema geworden. Doch wie können wir den Begriff mit Leben füllen? Das Ziel ist hoch gesteckt: Wir wollen, dass sicheres und gesundheitsbewusstes Verhalten, egal ob im Betrieb oder im Straßenverkehr, zur Aufgabe von allen wird. Wie können wir das erreichen?



Foto: DGUV/Stephan Floss Fotografie

Der Vorstand der DGUV hat im Juni dieses Jahres entschieden, die nächste gemeinsame Präventionskampagne der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen dem Thema Präventionskultur zu widmen (siehe Artikel auf Seite 10). Damit wollen wir Aufmerksamkeit schaffen, zur Diskussion anregen und in den Betrieben langfristige Initiativen zur Förderung der Sicherheit und Gesundheit verankern. Es geht ums Mitmachen, denn eine Präventionskultur braucht das Engagement aller Beteiligten im Unternehmen.

„Es geht ums Mitmachen, denn eine Präventionskultur braucht das Engagement aller Beteiligten im Unternehmen.“

Was Präventionskampagnen bewirken können, das zeigen viele Beispiele aus der jüngsten Vergangenheit. Mit Slogans wie „Runter vom Gas“ (DVR), „Bleib oben“ (BGN), „Ein Unfall ändert alles“ (BG ETEM) oder „Das kann ins Auge gehen!“ (HFUK Nord und

FUK Mitte) haben Berufsgenossenschaften und Unfallkassen ihre Zielgruppen auf vielfältige Weise angesprochen. Erfolgreiche Prävention braucht nicht nur gute Inhalte, sie braucht auch eine ansprechende Vermittlung. Auf all diese Erfahrungen wird auch die nächste Dachkampagne zurückgreifen können. Sie wird einen langen Atem brauchen, aber das Ziel lohnt allen Einsatz: Sicherheit und Gesundheit zum Maßstab allen Handelns machen und dadurch Unfälle und schwere Verletzungen vermeiden.

Mit den besten Grüßen
Ihr



Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ›››	2–3
› Aktuelles ›››	4–8
› Nachrichten aus Brüssel ›››	9
› Titelthema ›››	10–25
Die kommende gemeinsame Präventionskampagne der gesetzlichen Unfallversicherung Kultur der Prävention	10
<i>Anna-Sophia Quast, Elke Rogosky, Anna-Maria Hessenmöller</i>	
Kampagnen Sichtbar bleiben in der Flut	14
<i>Frauke Rothbarth</i>	
Verkehrssicherheitskampagne „Runter vom Gas!“	16
<i>Carla Bormann</i>	
Virale Kampagne für junge Berufstätige „Ein Unfall ändert alles“	18
<i>Christian Sprotte</i>	
Inklusionskampagne des Deutschen Rollstuhl-Sportverbands e. V. „Gemeinsam was ins Rollen bringen!“	20
<i>Henning Schulze</i>	
Feuerwehr-Unfallkassen HFUK Nord und FUK Mitte Schwerpunktaktion „Das kann ins Auge gehen!“	23
<i>Christian Heinz</i>	
Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen Social-Media-Sicherheitswettbewerb für Jugendfeuerwehren	24
<i>Kristina Harjes</i>	
BGN-Präventionskampagne „Bleib oben!“ – 45 Minuten für den sicheren Aufstieg	25
<i>Karin Carl-Mattarocci</i>	
› Prävention ›››	26–29
Psychische Belastungen „Gesichertes Fachwissen für den Arbeitsschutz“	26
<i>Interview mit Isabel Rothe</i>	
Aus der Forschung Die Herausforderungen bei der Substitution von Gefahrstoffen	28
<i>Thomas Brüning, Heiko U. Käßlerlein, Holger M. Koch, Tobias Weiß</i>	
› Unfallversicherung ›››	30–55
Neue Gesetzesvorhaben Das Krankenhausstrukturgesetz	30
<i>Ralf Möller</i>	



Ärztliche Begutachtung „Gutachten müssen passen“	36
<i>Friedrich Mehrhoff</i>	
Jahresbericht Kennziffern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 2014	38
<i>Wolfram Schwabbacher</i>	
Chinesische Gäste im BG-Klinikum Hamburg „Die Vision von einer Brücke beseelt uns“	54
<i>Interview mit Chao Yu, Shuai Mou, Chao Yum, Wangying Deng</i>	
› Personalia ›››	56
› Aus der Rechtsprechung ›››	57
› Medien/Impressum ›››	58

MusterKita der Unfallkasse Rheinland-Pfalz offiziell eröffnet

Sie gilt bundesweit als Musterbeispiel für gesundes Arbeiten und Wohlfühl-Atmosphäre für Kinder, Erzieherinnen und Erzieher. Am 6. Juli wurde sie offiziell eröffnet: Die MusterKita „Kinderplanet“ im Neuwieder Stadtteil Heimbach-Weis. Beim Um- und Neubau erhielten Sicherheit und Gesundheitsschutz für die Beschäftigten und Kinder oberste Priorität. Die MusterKita ist ein Gemeinschaftsprojekt der Unfallkasse Rheinland-Pfalz und des Instituts für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA), der Stadt Neuwied als kommunaler Trägerin und der Gemeindlichen Siedlungs-Gesellschaft Neuwied als Bauherrin.

Allen voran begrüßte Neuwieds Oberbürgermeister Nikolaus Roth die rheinland-pfälzische Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, Sabine Bätzing-Lichtenthäler. „Mich interessiert die MusterKita ganz besonders – als Mutter und als Ministerin für Arbeit und für Demografie“, machte sie in ihrer Ansprache deutlich. Bei der Gesundheitsförderung in Kitas habe man jedoch meist die Gesundheit der Kinder im Blick und verliere die Beschäftigten häufig aus den Augen. Dabei sei es auch unter dem Aspekt des demografischen Wandels und Fachkräftemangels besonders wichtig, dass die Arbeitsbedingungen so gut wie möglich

sind, damit Beschäftigte sich wohlfühlen und entsprechend arbeiten können. „Daher danke ich vor allem der Unfallkasse, dem Institut für Arbeitsschutz, der Stadt Neuwied, den Beschäftigten der Kita und

allen Kooperationspartnern, dass Sie dieses Konzept umgesetzt haben. Man schaut auf diese MusterKita, und es ist bemerkenswert, was Sie hier auf die Beine gestellt haben.“



Das belastungsreduzierende Mobiliar wie etwa höhenverstellbare Tische mit Rollen erleichtert den Kita-Alltag für Kinder, Erzieherinnen und Erzieher.

Meilenstein für neue Klinik-Holding

2015 ist für die berufsgenossenschaftlichen Akut- und Rehakliniken ein historisches Jahr. Mit dem 125-jährigen Jubiläum des BG Universitätsklinikums Bergmannsheil Bochum, der ersten Unfallklinik der Welt, feiern sie einerseits ihr Bestehen als medizinische Versorgungseinrichtungen der gesetzlichen Unfallversicherungen. Gleichzeitig schließen sie sich schrittweise zu einer Holding zusammen und gründen ein neues Gesundheitsunternehmen.

Einen wichtigen Meilenstein hat die komplexeste Krankenhausfusion Deutschlands nach vier Jahren intensiver Planung am 11. Juni 2015 erreicht: Die 13 bislang rechtlich unabhängigen Kliniken gründeten ihre zukünftige Dachgesellschaft „BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen

Unfallversicherung gGmbH“. Mit einem Gesamtumsatz von 1,21 Milliarden Euro, über 12.500 Beschäftigten und fast 550.000 Behandlungsfällen pro Jahr wird sie zu den größten Klinikgruppen in Deutschland gehören.

Diese Fusion ist kein Selbstzweck: Nachdem sich die gewerblichen Berufsgenossenschaften und die Unfallkassen als Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung in den vergangenen Jahren systematisch

neu aufgestellt hatten, wurde diese Strukturreform jetzt auch auf die eigenen medizinischen Versorgungseinrichtungen ausgeweitet. Die Vorteile für die Versicherten liegen auf der Hand: Schlanke Strukturen, systematische Steuerung und bessere Vernetzung sorgen für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit, höhere Innovationskraft, optimierten Wissenstransfer und damit letztlich für optimale Behandlungsergebnisse in allen medizinischen Fachbereichen.



Betriebliches Gesundheitsmanagement erhält Exzellenzsiegel

Am 20. November 2014 wurde der Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover/Landesunfallkasse Niedersachsen (GUVH/LUKN) im Rahmen der Preisverleihung zum Corporate Health Award 2014 als Exzellenzunternehmen ausgezeichnet und darf den Titel „Corporate Health Company“ tragen.

Der Corporate Health Award ist die führende Qualitätsinitiative zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) im deutschsprachigen Raum und steht unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. Die Teamleiterin Personal und Gesundheit, Sylvia Aringer, und die BGM-Beauftragte, Nele Tepelmann, haben die Auszeichnung in Bonn entgegengenommen. Von Expertenseite heißt es:

„Der Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover/die Landesunfallkasse Niedersachsen haben ein herausragendes Betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert, das zu den besten deutschlandweit zählt. Das BGM ist strukturell wie strategisch in die Unternehmensprozesse integriert und fördert eine unternehmensweite Gesundheitskultur. Die Beschäftigten profitieren von umfassenden,

genau auf ihre Bedarfe abgestimmten Gesundheitsleistungen, werden in ihrer Leistungsfähigkeit und Motivation nachhaltig gestärkt.“

Der GUVH/die LUKN haben die Teilnahme am Health Award in erster Linie als Chance begriffen, im Rahmen des Audits an einem bundesweiten Benchmarking teilzunehmen und so eine Standortbestimmung vorzunehmen. Das Ergebnis hat gezeigt, dass die strategische Ausrichtung und die inhaltliche Gestaltung des BGM den Vergleich mit anderen Verwaltungen und Betrieben im Bundesgebiet nicht zu scheuen brauchen.

Im Rahmen des Audits wurde ein besonderes und kritisches Augenmerk auf die strategische Implementierung des BGM, die Schnittstellenanbindung – insbesondere zur Personalentwicklung und demografiebezogenen Ausrichtung – sowie auf das interne Marketing gelegt. Vor allem der zuletzt genannte Aspekt darf nicht vernachlässigt werden, um möglichst viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erreichen.

Der GUVH/die LUKN bedienen sich hierzu unterschiedlicher Kommunikationska-

näle. Neben einer hohen Intranetpräsenz einschließlich der Herausgabe einer regelmäßigen Information zu Themen rund um die (betriebliche) Gesundheit werden auch Printmedien wie beispielsweise Flyer und persönliche Präsentationen durch die BGM-Beauftragte in Teamsitzungen genutzt. Derzeit wird der Einsatz von Gesundheitslotsen vorbereitet.

Der GUVH/die LUKN begreifen das BGM als Prozess, innerhalb dessen immer wieder Optimierungen erforderlich sind. Das bedeutet auch, dass nicht mehr gewinnbringende Strategien fallengelassen und stattdessen neue – manchmal auch ungewöhnliche – Wege beschritten werden.



BGHM erhält zum zweiten Mal Zertifikat audit berufundfamilie

Bei der Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM) wird eine familienbewusste Personalpolitik großgeschrieben: Nach der erfolgreich bestandenem Reauditierung erhielt die BGHM am 29. Juni 2015 in Berlin zum zweiten Mal das Zertifikat audit berufundfamilie. Das Zertifikat wird unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie vergeben.

Mit der erneuten Bestätigung ist die BGHM nun weitere drei Jahre Zertifikatsträgerin. „Unser Ziel ist es, die Angebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie weiterzuführen und nachhaltig in der gesamten Organisation zu festigen. Wir werden unser vielfältiges Angebot, das bereits intensiv genutzt wird, durch weitere Maßnah-

men ergänzen und die Führungskräfte bei der Umsetzung unterstützen“, betont Michael Schmitz, der den Prozess der Auditierung als Mitglied der Geschäftsführung der BGHM begleitet hat.

Durch individuelle Teilzeitmodelle und Arbeitsplatzgestaltung ermöglicht die BGHM bereits eine hohe Flexibilität für ihre Beschäftigten. Um weite und mehrtägige Dienstreisen zu reduzieren, hat die BGHM die technischen Voraussetzungen für Telefon- und Videokonferenzen geschaffen. So können die Beschäftigten gleichermaßen aus der Verwaltung wie von zu Hause aus einfach und regelmäßig zwischen den 32 Standorten kommunizieren. Gegenseitige Solidarität unter den Beschäftigten und Verständnis von den Führungskräften sind in der Unternehmenskultur fest verankert.



Nicole Boos und Sabine Dietrich von der BGHM präsentieren das Zertifikat audit berufundfamilie.

Bundespräsident informiert sich über sichere Mobilität behinderter Menschen

Bundespräsident Joachim Gauck hat sich auf dem Deutschen Fürsorgetag in Leipzig bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) über die sichere Mobilität von

Menschen mit Behinderungen informiert. Nach seiner Eröffnungsrede besuchte Gauck bei einem Rundgang den Stand der BGW. Dort erfuhr er, was Menschen mit Behinderungen benötigen, um sicher

unterwegs zu sein und am beruflichen wie gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können.

„Inklusion setzt in unserer Gesellschaft zwingend Mobilität voraus“, erklärt Prof. Dr. Stephan Brandenburg, Hauptgeschäftsführer der BGW. „Man muss hierzulande mobil sein, um einen Arbeitsplatz zu erreichen, soziale Kontakte zu pflegen, Freizeitangebote wahrzunehmen und sich ins gesellschaftliche Leben einzubringen.“

Gemeinsam mit dem Berufsförderungswerk Bad Wildbad, dem Deutschen Rollstuhl-Sportverband (DRS) und dem Josefsheim Bigge hat die BGW ein Konzept zur Förderung der Mobilitätskompetenz von Menschen mit Behinderungen entwickelt. Es trägt den Namen „Kompetent mobil“ und enthält modulare Lerneinheiten für Personen, die zu Fuß, mit dem Rollstuhl, mit anderen Hilfsmitteln oder mit Verkehrsmitteln wie Bus, Bahn oder Auto unterwegs sind. Alle Module sind in einem Handbuch zusammengestellt. Ein begleitendes Online-Instrument hilft, den individuellen Förderbedarf zu ermitteln. Die Entwicklung des Konzepts wurde durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gefördert und vom Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport (FIBS) wissenschaftlich begleitet.



Bundespräsident Joachim Gauck am Stand der BGW auf dem Deutschen Fürsorgetag in Leipzig

! Weitere Informationen unter:
www.kompetent-mobil.de

Comic klärt Grundschulkinder über Gefahren bei Gewittern auf

Im Sommer scheint nicht immer nur die Sonne, oft zucken auch gefährliche Blitze. Pro Jahr kommt es zu 800 Blitzunfällen in Deutschland, 100 Personen verletzen sich und fünf Menschen sterben. Besonders Kinder sind gefährdet, wenn sie beim Spielen im Freien von einem Gewitter überrascht werden. Wie sich Kinder bei Gewittern richtig verhalten und damit schützen können, erklären ihnen Laura, Basti und

Linus im neuen Comic „Donner-Wetter: Wissen für Kids zu Donner und Blitz“, den der VDE-Ausschuss Blitzschutz und Blitzforschung jetzt herausgegeben hat.

Der speziell für Grundschulkinder gezeichnete Comic kann unter www.donnerwetter.info kostenlos heruntergeladen werden. Auf dieser Webseite sind auch Bestellungen für gedruckte Exemplare mög-

lich – etwa Einzelexemplare oder Sammelbestellungen für Schulklassen, Kindergruppen. Eine App zum Comic wird in wenigen Wochen veröffentlicht.

! Weitere Informationen unter:
www.vor-blitzen-schuetzen.eu

Symposium zur Barrierefreiheit in Arbeit und Bildung

Wie können Arbeits- und Bildungswelt möglichst barrierefrei für Menschen mit Behinderungen gestaltet werden? Diese Frage steht im Mittelpunkt des Symposiums „Eine Bildungs- und Arbeitswelt für alle“, das am 27. Oktober 2015 im Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) in Dresden stattfindet. Die Veranstaltung richtet sich insbesondere an die Sozialpartner, Unternehmerinnen, Unternehmer, Menschen mit Behinderungen, Architektinnen, Architekten und weitere Fachleute, die sich mit dem Thema Inklusion beschäftigen. Neben Vorträgen und Reden zum Thema wird das DGUV-Sachgebiet „Barrierefreie Arbeitsgestaltung“ einen Leitfaden zur praktischen Umsetzung von Barrierefreiheit vorstellen.



- Eine Anmeldung ist möglich unter: www.vbg.de/symposium-barrierefreiheit. Die Teilnahme ist kostenfrei.

Jugend forscht – E-Buggy holt Preis für Prävention und Rehabilitation

Beim 50. Bundeswettbewerb „Jugend forscht“ haben Sophie Weiler, Timo Morath und Michael Böhler aus Baden-Württemberg den Preis für Prävention und Rehabilitation der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) gewonnen. Mit ihrem Elektro-Buggy holten sie beim Bundeswettbewerb außerdem den 3. Platz im Fachgebiet Arbeitswelt. Mit einem mehrsitzigen Buggy mobil zu sein, ist nicht immer einfach – besonders, wenn er bergauf geschoben werden muss.

Um Eltern, Erzieherinnen und Erzieher die Handhabung solcher Buggys zu erleichtern, haben die jungen Forschenden Sophie Weiler, Timo Morath und Michael Böhler einen Vier-sitzer-Kinderwagen mit einem Elektromotor ausgestattet. Der Elektromotor treibt zwei Räder über im 3-D-Drucker gefertigte Adapter an. Unter den Sitzen platzierten die 19-Jährigen den Akku, am Griff des Wagens den Drehregler zum Gasgeben. Für sichere Bremsmanöver sorgt eine zusätzliche Scheibenbremse. Der E-Buggy trifft den Nerv der Zeit: Ein erstes Kaufinteresse für das Gebrauchsmuster gibt es schon.

Der Preis für Prävention und Rehabilitation zeichnet jährlich die beste Arbeit aus, die sich mit der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Gesundheitsrisiken in Kindertagesstätten, Schulen und Hochschulen sowie der Rehabilitation von Erkrankten oder von Menschen mit Behinderungen befasst.



- Informationen zu allen Preisträgerinnen und Preisträgern: www.jugend-forscht.de

Jedes Unternehmen ist einzigartig.

Genauso wie sein Schutz!

Wie können Sie Ihre Belegschaft und Unternehmenswerte umfassend vor betrieblichen Sicherheitsrisiken schützen? Auf der Weltleitmesse in Düsseldorf finden Sie Konzepte, die individuell auf Ihr Unternehmen zugeschnitten werden können: von Brand- bis Schallschutz, von Elektro- bis Transportsicherheit und von Maschinen- bis Objektschutz. Erfahren Sie mehr auf der A+A 2015!

Sicherheit erleben:

www.aplusa.de/erleben

27. – 30. Oktober 2015
Düsseldorf, Germany



Persönlicher Schutz, betriebliche Sicherheit
und Gesundheit bei der Arbeit

Internationale Fachmesse mit Kongress

www.AplusA.de

Visitenkarte für Einsatzkräfte der Feuerwehr

Alles auf eine Karte setzt die Unfallkasse Rheinland-Pfalz für die Feuerwehren des Landes. Damit die Einsatzkräfte der Feuerwehr im Falle eines Unfalls alle wich-



Die neue Visitenkarte der UK RLP für Feuerwehr-Einsatzkräfte

tigen Informationen auf einen Blick finden, erhalten sie ab sofort eine persönliche Visitenkarte von der Unfallkasse Rheinland-Pfalz (UK RLP): Die offizielle Vorstellung der mit einem Fotomotiv gestalteten Karte erfolgte anlässlich einer Fortbildungsveranstaltung vor rund 140 Wehrleiterinnen und Wehrleitern sowie Inspektorinnen und Inspektoren der Kreis- und Stadtfeuerwehren aus Rheinland-Pfalz im Forum der Unfallkasse in Andernach. Das Ministerium des Innern für Sport und Infrastruktur und die Feuerwehr- und Katastrophenschutzschule RLP hatten zu der Informationsveranstaltung eingeladen.

„Die Karte ist für die aktiven Feuerwehrmitglieder gedacht und kann ab sofort über die Wehrleitung beziehungsweise den kommunalen Träger bei uns bestellt

werden“, teilte Bernd Ries mit, Referatsleiter der Abteilung Rehabilitation und Entschädigung. „So erfährt die behandelnde Ärztin beziehungsweise der Arzt im Falle eines Unfalls auf einen Blick, an welche Leistungsträgerin man sich wenden muss, und kann offene Fragen unmittelbar klären“, so Ries weiter. Das Konzept und auch das Feuerwehr-Motiv auf der Vorderseite der Karte stießen bei den Anwesenden auf große Begeisterung.

! Die Visitenkarte mit Flyer für Feuerwehr-Einsatzkräfte können ab sofort bei der Unfallkasse Rheinland-Pfalz über die Wehrleitung oder die Träger der Feuerwehren per E-Mail bestellt werden: info@ukrlp.de

6. Forum „Sicherheit“ der Feuerwehr-Unfallkassen

Die Feuerwehr-Unfallkassen laden zu ihrem 6. FUK-Forum „Sicherheit“ ein, das vom 7. bis zum 8. Dezember 2015 in Hamburg in der Handwerkskammer stattfindet. Inhaltliche Schwerpunkte der Fachtagung sind die Unfälle und die Unfallverhütung beim Übungs- und Schulungsdienst. Immerhin machen die Unfälle in diesem Bereich bis zu 40 Prozent des gesamten Unfallgeschehens im Feuerwehrdienst aus. Die Feuerwehr-Unfallkassen gehen bei ihrem 6. FUK-Forum „Sicherheit“ den Fragen nach: Welche Unfallgefahren treten beim Übungs- und Schu-

lungsdienst auf? Welche Unfallschwerpunkte gibt es? Was kann getan werden, um den Übungs- und Schulungsdienst sicher zu gestalten? Expertinnen und Experten aus dem Feuerwehrwesen, den Feuerwehr-Unfallkassen und dem Arbeitsschutz treffen sich wieder, um Antworten zu geben und Lösungen zu diskutieren. Der Übungs- und Schulungsdienst ist das „tägliche Brot“ der Feuerwehren. Ganz egal, ob kleine freiwillige Ortsfeuerwehr oder große Berufsfeuerwehr – trainieren für den Ernstfall müssen alle. Der Übungsdienst wird dabei in vielfältiger

Form abgehalten. Theoretischer Unterricht steht genauso auf dem Dienstplan wie praktische Ausbildung oder „heiße“ Übungen.

! Alle wichtigen Informationen zur Fachtagung, dem Programm, der Anmeldung und den Kosten finden sich auf der Homepage der HFUK Nord unter: www.hfuknord.de

Zahl des Monats: 3.377

3.377 Menschen sind laut Statistischem Bundesamt in 2014 im Straßenverkehr ums Leben gekommen. Das sind 38 Todesopfer mehr als im Vorjahr. Ebenso angestiegen ist die Zahl der Personen, die im Straßenverkehr in 2014 verletzt wurden: insgesamt 389.500 Menschen und damit 4,1 Prozent mehr als in 2013. „Die Zahlen der im Straßenverkehr Getöteten und Verletzten haben leider zugenommen und sind ein Alarmzeichen dafür, dass wir nicht nachlassen dürfen, uns

weiterhin gemeinsam mit unseren Mitgliedern und weiteren Partnern anzustrengen, diese Entwicklung wieder umzukehren. Nach wie vor werden täglich neun Menschen auf unseren Straßen getötet, rund 1.000 verletzt. Jetzt muss der Blick verstärkt auf die Sicherheitspotenziale gerichtet werden, die noch stärker ausgeschöpft werden müssen“, kommentiert Dr. Walter Eichendorf, Präsident des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR), die Unfallzahlen 2014.



Reform der EU-Arbeitszeitrichtlinie: Großbritannien fordert “Opt-out”

In regelmäßigen Abständen werden auf europäischer Ebene mögliche Reformen der EU-Arbeitszeitrichtlinie diskutiert. Auch in diesem Jahr hat die EU-Kommission verschiedene Interessensvertreter dazu befragt. Die DGUV hatte sich an der Konsultation beteiligt und darauf hingewiesen, dass tägliche Arbeitszeiten von mehr als acht Stunden Dauer und wöchentliche Arbeitszeiten von mehr als 40 Stunden aus Sicht der Prävention nicht zu empfehlen seien.

Bislang scheint die Kommission noch nicht entschieden zu haben, welche weiteren Schritte sie einleiten wird. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Anfang 2016 ein Reformvorschlag veröffentlicht wird. In der Zwischenzeit treibt der britische Premierminister David Cameron die Debatte um die EU-Arbeitszeitrichtlinie voran. Er hat angekündigt, er wolle von der EU fordern, dass Großbritannien künftig nicht mehr an die Regelungen der EU-Arbeitszeitrichtlinie gebunden sein soll. Denn viele Euro-skeptiker sind der Auffassung, dass sich

diese Regelungen negativ auf die britische Wirtschaft auswirken.

Schon 1993 hatte der damals amtierende britische Premierminister John Major im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens der derzeit geltenden EU-Arbeitszeitrichtlinie ein britisches „Opt-out“ er-

reicht. Sein Nachfolger Tony Blair hatte es 1998 im Rahmen eines Kompromisses aber wieder aufgegeben.

Ob David Cameron eine Abweichung erreichen wird, scheint zumindest fraglich. Denn von Deutschland, Frankreich und Belgien ist Widerstand zu erwarten.



Foto: www.gov.uk – Open Government Licence v1.0 (OGL)

Der britische Premierminister David Cameron treibt die Debatte um die EU-Arbeitszeitrichtlinie voran.

Stärkung des Arbeitsschutzes in Europa

Den Arbeitsschutz in Europa verbessern: Das ist das Ziel des strategischen Rahmens für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2014–2020, den die EU-Kommission im vergangenen Jahr vorgestellt hat.

Seit einigen Wochen beschäftigt sich nun der Beschäftigungsausschuss des EU-Parlaments mit den von der Brüsseler Behörde formulierten Maßnahmen. Ole Christensen (S&D), zuständiger Berichterstatter, hat hierzu erste Forderungen formuliert. Er betont, dass alle Beschäftigten – unabhängig von der Größe des Unternehmens – ein Recht

auf das höchste Schutzniveau in Bezug auf Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz haben. Dieses Ziel verfolgt auch die gesetzliche Unfallversicherung in Deutschland seit vielen Jahren. Daneben hebt Christensen die Bedeutung der Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen sowie die Bedeutung neuer, sich abzeichnender Risiken hervor. Letztere steht im Rahmen der „Vision Zero“ ebenfalls ganz oben auf der Agenda der gesetzlichen Unfallversicherung.

Neben den Abgeordneten hat sich im Juni die Arbeitsgemeinschaft der Europäischen Sozialversicherung (ESIP) mit

dem Forum der Versicherung für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zu Wort¹ gemeldet. Beide Organisationen vereinen zahlreiche nationale Institutionen der Sozialversicherung, darunter auch die DGUV. Sie begrüßen einhellig das Ziel der EU-Kommission, den Arbeitsschutz in Europa zu stärken.

Fußnote

[1] www.esip.eu > Knowledge Centre > Suchbegriff: EU Strategic Framework

Die kommende gemeinsame Präventionskampagne der gesetzlichen Unfallversicherung

Kultur der Prävention

Die Veränderungen in der Arbeitswelt erfordern auch neue Wege zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Standen in der Vergangenheit technische und organisatorische Aspekte des Arbeitsschutzes im Fokus, so sind heute ganzheitliche Ansätze erfolgversprechend, die den Menschen und seine sozialen Beziehungen in den Mittelpunkt rücken.

Spätestens seit dem XX. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014 kennen alle Akteurinnen und Akteure im Arbeitsschutz den Begriff der „Kultur der Prävention“. Der Vorstand der DGUV hat binnen eines Jahres in seiner Sitzung 2/2015 am 9. Juni 2015 entschieden, dass die nächste gemeinsame Präventionskampagne der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen ebenfalls diesem Thema gewidmet sein wird. Und dass diese Präventionskampagne kein zwei- oder drei-Jahres-Projekt sein kann, sondern weit darüber hinausgehen muss.

Mit der Beschlussfassung des Themas wurde gleichzeitig auch ein Fachkonzept verabschiedet, das im Vorfeld von einer interdisziplinär besetzten Arbeitsgruppe erarbeitet wurde. Was sich hinter der Kultur der Prävention konkret verbirgt und welche weiteren Rahmenbedingungen durch das Fachkonzept zur Kampagne festgelegt wurden, erfahren Sie in diesem Beitrag.¹

„Kultur der Prävention“ und Ziele der Präventionskampagne

Betrachtet man die Entwicklung von Arbeits- und Wegeunfällen über die letzten

100 Jahre, so ist ein starker Rückgang in den Unfallzahlen festzustellen (siehe Abbildung 1). Dies zeigt, dass in der Prävention viel erreicht wurde. Allerdings zeigt

„Die Statistik zeigt, dass die Zahl der Arbeits- und Wegeunfällen in den letzten Jahren deutlich langsamer zurückgeht.“

die Statistik auch, dass die Zahlen in den letzten Jahren deutlich langsamer zurückgehen und die bisherigen Ansätze der Prävention möglicherweise nicht ausreichen, um der Vision Zero noch näherzukommen.

Einen neuen Ansatz stellt die Etablierung einer Kultur der Prävention dar. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass in öffentlichen wie privaten Unternehmen und Bildungseinrichtungen Aspekte von Sicherheit und Gesundheit auf allen Entscheidungs- und Handlungsebenen als wichtige Kriterien berücksichtigt werden. Das bedeutet, dass dem Thema nicht nur punktuell bei der Umsetzung sicherheitstechnischer und arbeitsmedizinischer Maßnahmen Bedeutung beigemessen wird, sondern Prävention systematisch und dauerhaft in Prozesse und Strukturen integriert wird.

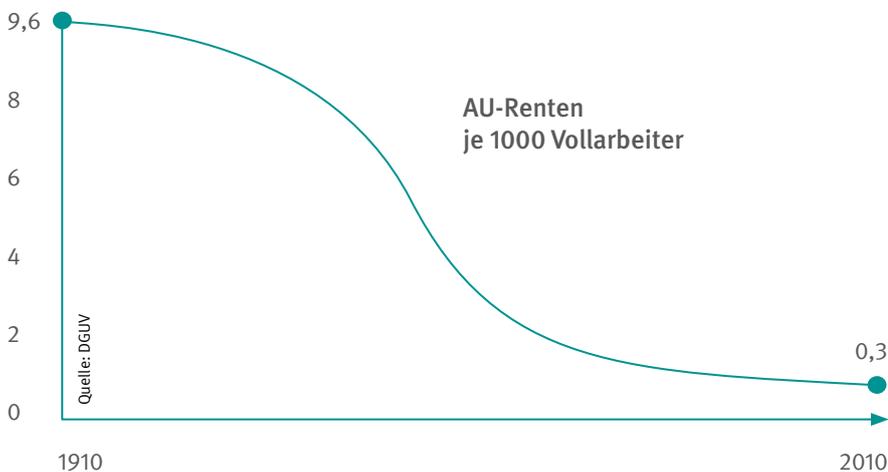


Abbildung 1: Entwicklung der neuen Arbeitsunfallrenten (AU-Renten) je 1.000 Vollarbeiter (schwere Fälle, für die im Geschäftsjahr erstmals eine Rente, Abfindung oder Sterbegeld gezahlt wurde)

Autorinnen

Anna-Sophia Quast

Projektleiterin Präventionskampagne im Stabsbereich Kommunikation der DGUV
E-Mail: anna-sophia.quast@dguv.de

Elke Rogosky

Projektleiterin Präventionskampagne im Stabsbereich Prävention der DGUV
E-Mail: elke.rogosky@dguv.de

Anna-Maria Hessenmöller

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



Besondere Gruppen, die speziell für die Sicherheit und Gesundheit im Betrieb verantwortlich sind, gibt es gerade mal in einem von zehn Unternehmen.

Eine Kultur der Prävention setzt dabei ein umfassendes Grundverständnis von Prävention voraus. So werden nicht nur technische und organisatorische, sondern alle Einflussfaktoren auf die Sicherheit und Gesundheit in den Blickpunkt gerückt; zudem werden die Beziehungen zwischen den Menschen immer mehr Mittelpunkt der Betrachtung.

Das Ziel der Kampagne ist es, Sicherheit und Gesundheit als Werte für alle Menschen, für jede Organisation sowie für die Gesellschaft zu thematisieren und im Denken und Handeln zu integrieren. Sie werden dadurch zum Maßstab allen Handelns und bei allen Entscheidungen eigeninitiativ berücksichtigt.

Handlungsfelder

Ausgehend von dem Ziel wurden sechs Handlungsfelder und dazugehörige Teilziele sowie konkrete Aktivitäten und Indikatoren im Fachkonzept definiert, die entscheidenden Einfluss auf die erfolgreiche Integration von Sicherheit und Gesundheit ins alltägliche Handeln aller haben (siehe Abbildung 2).

Die Handlungsfelder gelten auch für Kindertageseinrichtungen, Schulen und sonstige Bildungseinrichtungen und die dort handelnden Personen und Zielgruppen. Kinder und Jugendliche sind eine besonders wichtige Zielgruppe, denn Verhaltensweisen, Werte und Haltungen von Individuen werden bereits im Kindes- und Jugendalter grundlegend ausgeprägt und sind für den Umgang mit Risiken, Gefahren und Konflikten häufig ein Leben lang bestimmend.

Die Handlungsfelder überschneiden und ergänzen sich, oft bedingen sie einander und Aktivitäten in einem Feld wirken auch auf andere Felder mit ein. Bei Veränderungsprozessen sind diese systemischen Wirkungen zu beachten und können genutzt werden.

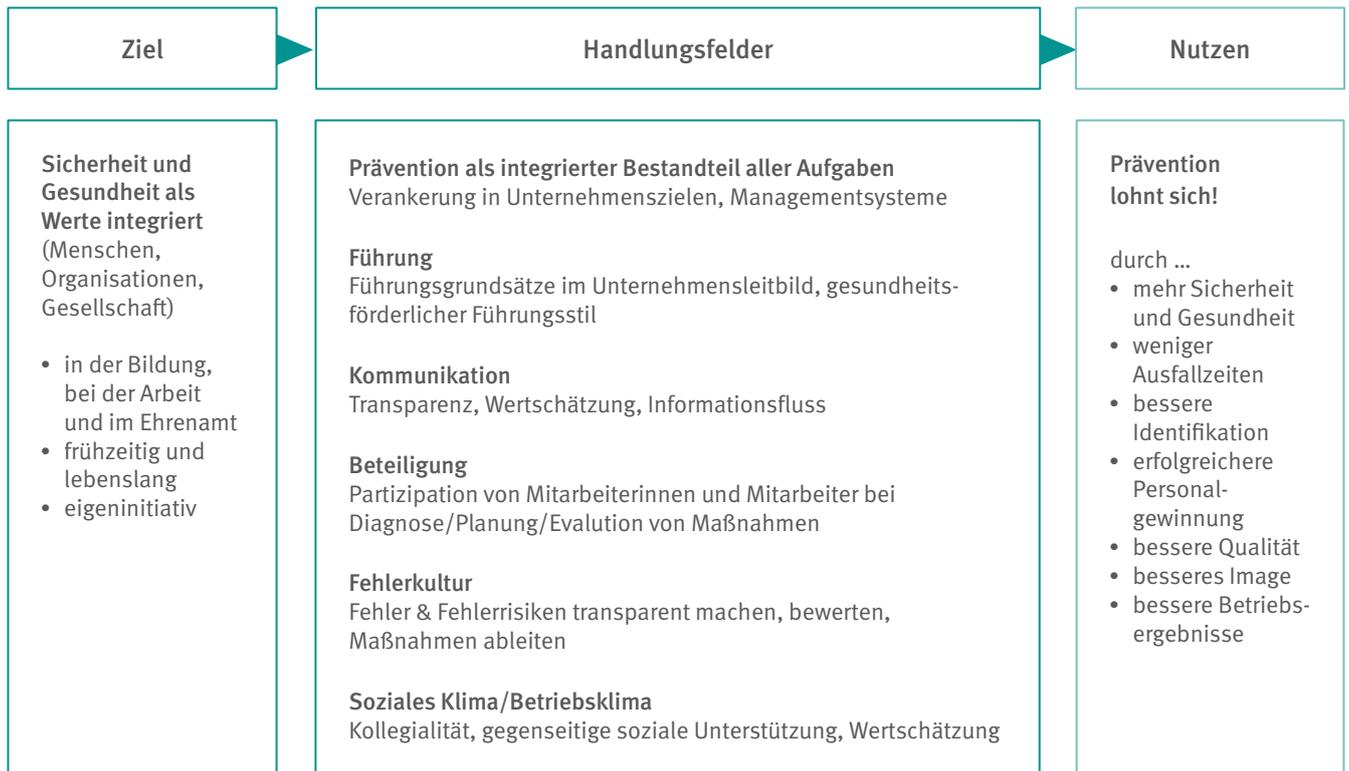
Unternehmen, in denen Sicherheit und Gesundheit als Werte verankert sind, zeichnen sich darüber hinaus durch eine inklusive Arbeits- und Lernkultur sowie einen bewussten und konstruktiven Umgang mit Diversität aus. Dieser Aspekt muss in allen Handlungsfeldern mitgedacht und integriert werden.

Handlungsbedarf – die gesetzliche Unfallversicherung ist gefragt

Um die Rolle des Themas „Kultur der Prävention“ und seine Umsetzung in Betrieben zu ermitteln sowie mögliche Handlungsfelder zu identifizieren, wurde Ende 2014 eine repräsentative Befragung von 500 Unternehmerinnen und Unternehmern sowie 1.100 Beschäftigten durchgeführt. Außerdem fanden jeweils zwei Fokusgruppen mit Lehrkräften sowie Schülerinnen und Schülern statt, bei denen die Situation in Schulen aus unterschiedlichen Perspektiven diskutiert wurde.

„Eine Kultur der Prävention setzt dabei ein umfassendes Grundverständnis von Prävention voraus.“

Die Befragung in den Betrieben ergab, dass Sicherheit und Gesundheit trotz hoher Bedeutsamkeit dort keine integrierten Bestandteile der Strukturen und Prozesse sind. Obwohl 97 Prozent der befragten Unternehmensleitungen und ▶



Quelle: DGUV

Abbildung 2: Konzeptioneller Ansatz der Präventionskampagne

92 Prozent der Beschäftigten angeben, dass das Thema für ihren Betrieb wichtig sei, gibt lediglich rund die Hälfte von ihnen an, dass finanzielle, personelle oder zeitliche Investitionen in Sicherheit und Gesundheit erkennbar sind.

Ebenfalls die Hälfte der Unternehmensleitungen berichtet, dass Sicherheit und Gesundheit Bestandteile der Unternehmensziele sind. Im Durchschnitt geben nur vier von zehn Betrieben an, dass das Thema in den Führungsleitlinien berücksichtigt wird. Besondere Gruppen, die speziell für die Sicherheit und Gesundheit im Betrieb verantwortlich sind, gibt es gerade einmal in einem von zehn Unternehmen.

Auch in den meisten Schulen sind trotz großen Bedarfs keine systematischen Maßnahmen vorhanden, mit denen Sicherheit und Gesundheit von Schülerinnen und Schülern sowie von Lehrkräften unterstützt würden. Aus den Diskussionen in den Fokusgruppen geht hervor, dass Sicherheit und Gesundheit bisher keine integrierten Bestandteile des Unterrichts sind. Aktivitäten finden – wenn überhaupt – punktuell im Rahmen außerunterrichtlicher Projekte statt und sind in starkem Maße vom persönlichen Engage-

ment und der Kompetenz der einzelnen Lehrkräfte abhängig. Für die Lehrkräfte selbst gibt es in Schulen in der Regel ebenso kein umfassendes Konzept zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit im Schulalltag. Maßnahmen und Angebote in diesem Bereich sind davon abhängig, welche Bedeutsamkeit die Schulleitung dem Thema beimisst. Eine parallel zu dieser Befragung durchgeführte Recherche des Instituts für Arbeit und Gesundheit (IAG) in vergangenen, repräsentativen Erwerbstätigenbefragungen zum Stand der Umsetzung von Sicherheit und Gesundheit in Unternehmen zeigte ebenfalls Handlungsbedarf und Gestaltungsmöglichkeiten auf, insbesondere in den Bereichen Kommunikation, Führung und Verbindlichkeit, mit der Sicherheit und Gesundheit im Betrieb verankert sind.

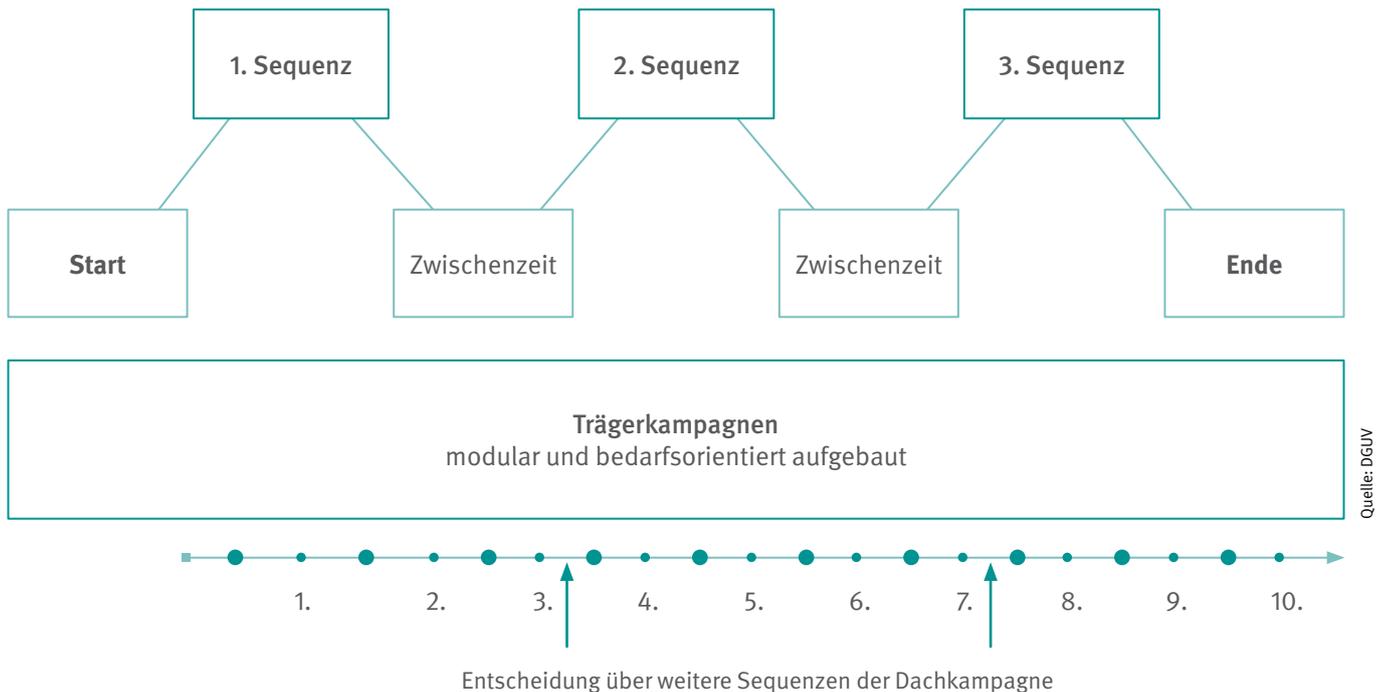
Auf die Frage, an welchen externen Berater beziehungsweise welche externe Beraterin sie sich zum Thema Sicherheit und Gesundheit wenden würden, gaben 70 Prozent der Unternehmensleitungen die Unfallkasse beziehungsweise Berufsgenossenschaft an. Dies zeigt, dass die gesetzliche Unfallversicherung als kompetente Ansprechpartnerin für die Themen wahrgenommen wird.

Zielgruppen, Laufzeit und Dramaturgie

Zielgruppen sind – wie bei früheren Kampagnen auch – Unternehmensverantwortliche und Beschäftigte sowie Verantwortliche im Arbeitsschutz und betrieblichen Gesundheitsmanagement. Hinzu kommen spezifische Zielgruppen für die einzelnen Handlungsfelder, wie die Leitungen von Schlüsselbereichen (etwa Personal, Produktion, Einkauf) oder Lehrstühle für Corporate Governance/Betriebswirtschaft.

„Nur vier von zehn Betrieben geben an, dass das Thema Sicherheit und Gesundheit in den Führungsleitlinien berücksichtigt wird.“

Wie schon eingangs angedeutet kann das Thema „Kultur der Prävention“ nicht im Rahmen einer zwei- bis dreijährigen Kampagne in die Unternehmen transportiert werden. Gründe hierfür sind, dass die Veränderung von Werten und Wertesystemen beziehungsweise Kulturen einen längeren Zeitraum erfordert. Außerdem haben Unternehmen und Einrichtungen in Deutschland sehr stark dif-



Quelle: DGUV

Abbildung 3: Laufzeit und Dramaturgie der Präventionskampagne

ferierende Ausgangslagen im Hinblick auf die Kampagnenziele. Daher wurde eine langfristig angelegte Kampagne von etwa zehn Jahren beschlossen, um tatsächlich alle Unternehmen und Einrichtungen mit diesem Thema erreichen und

„Sicherheit und Gesundheit bekommen damit längerfristig auch einen anderen gesellschaftlichen Stellenwert.“

den Wertewandel nachhaltig anstoßen zu können. Die Dachkampagne wird einen eher wellenförmigen Verlauf haben, das heißt: unterschiedliche Themen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und mit wechselnder Intensität kommunizieren. Der Kampagnenstart wird nach der internen Vorbereitung im Laufe des Jahres 2017 erfolgen.

Interne Vorbereitung

Die interne Vorbereitung der Kampagne erfordert eine kontinuierliche Information, Einbindung, Vernetzung und gegebenenfalls die fachliche und oder methodische Qualifikation der Präventionsexpertinnen und -experten der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen. Außerdem empfiehlt das Fachkonzept für eine glaub-

würdige Kommunikation der Kampagnenthemen nach außen, eine Kultur der Prävention zunächst in den eigenen Häusern umzusetzen, soweit noch nicht geschehen beziehungsweise soweit noch Handlungsbedarfe ermittelt werden.

Nächste Schritte

Das Fachkonzept ist nun um ein Kommunikationskonzept zu ergänzen. Dieses wird unter anderem Vorschläge für ein Erscheinungsbild der Kampagne und erste Ideen für Maßnahmen beinhalten. Das Kommunikationskonzept wird mit Unterstützung einer Public Relations(PR)-Agentur erarbeitet. Dem geht eine öffentliche Ausschreibung für diesen Auftrag voraus. Ziel ist, das Kommunikationskonzept im Februar 2016 – zum Beispiel im Rahmen des Dresdner Forums Prävention – DGUV-intern vorzustellen und beraten zu lassen.

Am 14. und 15. Oktober findet das erste DGUV-Forum Kampagne in der DGUV Akademie Dresden statt. Hierzu eingeladen sind alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen Prävention und Kommunikation der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen. Dort wird es – insbesondere am zweiten Tag – um das Thema „Kultur der Prävention“ und die Vorbereitung der nächsten gemeinsamen Präventionskampagne gehen.

Fazit

Mit der Entscheidung für dieses Kampagnenthema wurde ein wichtiger Schritt zur Zukunftsfähigkeit der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen getan. Nur wenn sich unsere Präventionsarbeit zur Sicherheit und Gesundheit im Betrieb an den aktuellen und künftigen Anforderungen der Arbeitswelt orientiert, werden wir von Unternehmen und unseren Zielgruppen auch künftig als Partnerinnen im Arbeitsschutz geschätzt.

Die Kampagne wird erstmals über das bisherige Präventionsziel, eine Veränderung der Verhältnisse und des Verhaltens zu erzielen, hinausgehen. Sicherheit und Gesundheit sollen für immer mehr Menschen integrierter Bestandteil ihrer impliziten Grundannahmen und somit „gelebt“ werden. Sicherheit und Gesundheit bekommen damit längerfristig auch einen anderen gesellschaftlichen Stellenwert. ●

Fußnote

[1] Das vollständige Fachkonzept findet man unter: www.dguv.de (Webcode d1070162)



In der Produktdatenbank des Portals www.gdabewegt.de finden sich nahezu alle Medien zur Rückengesundheit.

Kampagnen

Sichtbar bleiben in der Flut

Tagtäglich sind wir einer Flut von Gesundheitsbotschaften ausgesetzt. Wer sich hier Gehör verschaffen will, hat es nicht leicht. Welche Strategien weiterhelfen können, zeigt ein Blick auf das Arbeitsprogramm Muskel-Skelett-Erkrankungen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA).

Ziel der aktuellen DGUV-weiten Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ ist, Betriebe, Beschäftigte sowie die breite Öffentlichkeit für das Thema Rückengesundheit zu sensibilisieren. Die Rückenbelastungen bei der Arbeit, in der Schule und in der Freizeit sollen sinken.

GDA. Unter dem Motto „Prävention macht stark – auch Deinen Rücken“ erweitert die Initiative von Bund, Ländern, Unfallversicherungsträgern und weiteren Institutionen den Fokus über die Rückengesundheit hinaus auf das gesamte Spektrum der Muskel-Skelett-Erkrankungen.

lastende Tätigkeiten als auch Tätigkeiten mit hohen körperlichen Belastungen sollen gesundheits- und altersgerechter werden. Zum anderen zielt das Programm darauf, die Rolle der Beschäftigten als Expertinnen und Experten für ihre eigene Gesundheit zu stärken.¹

Thematisch erweitert wird die von 2013 bis Ende 2015 laufende Kampagne im ebenfalls 2013 aufgelegten Arbeitsprogramm Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) der

Das bis 2017 laufende Programm setzt zum einen auf die Verbesserung der Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz: Sowohl bewegungsarme oder einseitig be-

Sieben Strategieaspekte

Die Kommunikation beider Initiativen bringt gleich zwei Herausforderungen mit sich: Erstens konkurriert sie mit vielfältigen anderweitigen Informationsangeboten zu ihren Themenfeldern. Zweitens ist dafür zu sorgen, dass die Kampagne und das Arbeitsprogramm sich nicht gegenseitig kommunikativ ausbremsen. Um beide Herausforderungen zu meistern, haben sich sieben Strategieaspekte herauskristallisiert:

- Nicht ermüden, sondern Interesse wecken
- Nachhaltiges Angebot entwickeln
- Anknüpfungspunkte schaffen
- Multiplikatoren bewegen

Autorin



Frauke Rothbarth

Leiterin Arbeitspaket Kommunikation des GDA Arbeitsprogramms MSE, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
E-Mail: frauke.rothbarth@bgw-online.de

Foto: Michael Zapf/BGW

- Die Zusammenarbeit stärken
- Das Arbeitsprogramm in den Betrieb bringen
- Intern vor extern setzen

Diese Strategieaspekte haben sich in der Praxis bewährt und können von daher weiterempfohlen werden.

Nicht ermüden, sondern Interesse wecken

Rückenthemen sind nicht nur in Publikumsmedien ein Dauerbrenner. Auch in Fachpublikationen, auf Seminaren und Kongressen spielen sie eine große Rolle. Die thematische Dopplung in Präventionskampagne und Arbeitsprogramm birgt die Gefahr der Ermüdung. Deshalb wurden beide Angebote bewusst logisch miteinander verknüpft, und es wurde ein gemeinsamer roter Faden entwickelt. Nur dies bietet die Chance, in den Unternehmen und der Fachöffentlichkeit das Interesse für beide Initiativen aufrechtzuerhalten und deren Botschaften nachhaltig in der betrieblichen Präventionsarbeit zu verankern.

Nachhaltiges Angebot entwickeln

Ein wesentliches Angebot ist das gemeinsame Portal www.gdabewegt.de: Dort finden Unternehmen, Beschäftigte sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zielgruppenorientiert Wissenswertes rund um das Thema Muskel-Skelett-Erkrankungen. Neben Veranstaltungshinweisen und aktuellen Meldungen bietet eine Themenbox Hintergrundinformationen, etwa eine Sammlung von Gute-Praxis-Beispielen aus Betrieben unterschiedlicher Branchen.

Kernstück des Portals ist eine Produktdatenbank. Sie bündelt das Wissen und die Angebote aller in der GDA Aktiven zur Prävention von MSE. Wer eine passende Arbeitshilfe für eine spezielle Belastungsart sucht, wird hier ebenso fündig wie jemand, der eine schnelle Übersicht über aktuelle Studienergebnisse, das passende Seminar oder anschauliches Material für die betriebliche Unterweisung benötigt. Ziel ist, dass das Online-Angebot über das Ende des Arbeitsprogramms MSE hinaus dauerhaft bestehen bleibt.

Anknüpfungspunkte schaffen

Neben der inhaltlichen spielt auch die optische Verknüpfung der Angebote eine wichtige Rolle in der Kommunikation. So nutzt das Arbeitsprogramm MSE beispiels-



www.deinruecken.de



Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
Arbeitsprogramm MSE

Quelle: BGW

Die Logokombination der Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ und des GDA-Arbeitsprogramms Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE)

weise bekannte Motive aus der Bilderwelt von „Denk an mich. Dein Rücken“. Oder es macht mit einer eigens entwickelten Logokombination beider Aktionen sichtbar, dass Arbeitsprogramm und Präventionskampagne sich gegenseitig unterstützen.

Weiter ist geplant, dass wesentliche Elemente aus „Denk an mich. Dein Rücken“ in das MSE-Portal überführt werden und damit weit über das Ende der Kampagnenlaufzeit genutzt werden können. Dazu gehören Inhalte des Internetauftritts, Schriften, die Sammlung Guter-Praxis-Beispiele und Bilder.

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bewegen

Unter dem Motto „gda bewegt“ spricht das Arbeitsprogramm MSE diejenigen an, die aktiv werden müssen, um gesunde Arbeitsbedingungen zu schaffen: Unternehmerinnen, Unternehmer und Führungskräfte. Ein wichtiger strategischer Kommunikationshebel ist hier die Ansprache der betrieblichen Interessenvertretungen, des betriebsärztlichen Dienstes und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit.

Die Zusammenarbeit stärken

Leitmotiv ist die Zusammenarbeit, Erfolgsfaktor die breit angelegte Partnerschaft. Neben Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern sind in der GDA Arbeitnehmer- und Arbeitgeberverbände sowie die gesetzlichen Krankenkassen aktiv. Das betrifft sowohl das Bündeln von Fachwissen und Ressourcen als auch eine abgestimmte Öffentlichkeitsarbeit. Dabei besteht eine besondere Herausforderung darin, mit gemeinsamen Ressourcen Aufmerksamkeit zu erzeugen und durch zielgruppenspezifische Angebote mit dem

individuellen Profil des einzelnen Trägers sichtbar zu bleiben.

Das Arbeitsprogramm in den Betrieb bringen

Um Überzeugungsarbeit im direkten Dialog zu leisten und die Unternehmen direkt bei der betrieblichen Prävention zu unterstützen, machen die Aufsichtsdienste aller GDA-Beteiligten innerhalb von drei Jahren mehr als 16.000 Betriebsbesichtigungen, bei denen der Fokus auf MSE liegt. Und da Maßnahmen zum Gesundheitsschutz vor allem dann erfolgreich sind, wenn die Führungskräfte und die betrieblichen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren das Thema zu ihrer Sache machen und die Umsetzung im Betrieb unterstützen, wird das Präventions-Know-how auch in Schulungen und Seminaren weitergegeben.

Intern vor extern setzen

Damit die Botschaften des Arbeitsprogramms MSE wirklich in den Betrieben ankommen, spielt auch die Identifikation der Aufsichtsdienste damit eine große Rolle. Deshalb hat die Arbeitsgruppe Kommunikation des Arbeitsprogramms MSE im Vorfeld dafür gesorgt, dass die Informationen und Materialien für alle internen Akteurinnen und Akteure gut zugänglich sind. Dazu dient neben Schulungen vor allem ein eigener Extranet-Bereich auf www.gdabewegt.de mit Video-Tutorials und praktikablen Handlungshilfen. ●

Fußnote

[1] Informationen zum Programm unter: www.gdabewegt.de

Verkehrssicherheitskampagne

„Runter vom Gas!“

Das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) und der Deutsche Verkehrssicherheitsrat (DVR) mit seinen Partnern sensibilisieren unter der „Kampagnenmarke“ für aktuelle Unfallgefahren und sprechen die unterschiedlichen Verkehrsteilnehmenden auf Augenhöhe an.

Vom Claim zur Dachmarke

Die BMVI-/DVR-Kampagne „Runter vom Gas!“, die von 2008 bis 2011 lief, beschäftigte sich zunächst monothematisch mit der Hauptunfallursache „unangepasste Geschwindigkeit“.

Seit Ende 2011 machen sich BMVI und DVR unter der bekannten Absendermarke „Runter vom Gas!“ dafür stark, über verschiedenste Unfallrisiken aufzuklären und Verhaltensänderungen im Straßenverkehr herbeizuführen.

Schwerpunkte der Aufklärungsarbeit sind zum Beispiel aktuelle Risikofaktoren wie Ablenkung, riskantes Überholen, aggressives Drängeln und besondere Gefahren auf der Landstraße. Auch für das Tragen von Fahrradhelmen, die Gurtnutzung im Pkw, das richtige Verhalten bei Stau (Rettungsgasse) und am Unfallort beziehungsweise für die Auffrischung der Erste-Hilfe-Kenntnisse setzen sich die Initiatoren ein.

Neben Fahrerinnen und Fahrern von Autos werden dabei auch gezielt Verkehrsteilnehmende angesprochen, die als Berufskraftfahrende, mit dem Rad und Motorrad unterwegs oder noch Neulinge

am Steuer sind. Für mehr gegenseitiges Verständnis zwischen Fahrerinnen beziehungsweise Fahrern von Lkw und Pkw wirbt beispielsweise ein illustriertes Wörterbuch in Kooperation mit dem Sprachenverlag Langenscheidt, Logistik- und Berufskraftfahrerverbänden sowie Autobahn Tank & Rast.

Die Kampagne erzielt besondere Aufmerksamkeit durch das Medium Autobahn- und Rastplatzplakate, die in Abstimmung mit der DGUV und den Bundesländern realisiert werden. Insgesamt setzt die Kampagne insbesondere auf PR-Projekte, starke Partnerschaften (etwa Bundesländer, Polizei, Verkehrswachten, Fahrschulen, Automobilclubs, technische Überwachungsdienste) sowie auf Prominente, die die Aktion ideell unterstützen, und weniger auf klassische Werbemittel.

Beispiel: Maßnahmenbündel für Motorradfahrende

Neue Saison, alte Gefahr: Viele Motorradfahrende starten unvorbereitet in den Motorradfrühling und erhöhen dadurch ihr Unfallrisiko. Passend zum Ende der Winterpause startete daher bei der Kampagne „Runter vom Gas!“ im März 2015 die Aktion „Mach dich fit für die Land-



straße“. In drei kurzen Videoclips zeigt der Schauspieler und leidenschaftliche Biker Hannes Jaenicke gemeinsam mit DVR-Fahrsicherheitstrainer Jürgen Bente, worauf es für einen guten Start in die Motorradsaison ankommt – etwa auf die richtige Sitzposition, Körperspannung und Kurventechnik.

Im Jahr 2014 sind rund 600 Motorradfahrende und ihre Begleitung ums Leben gekommen, mehr als 33.000 wurden verletzt. Dies gilt in besonderem Maße für untrainierte Personen, die mit dem Fahren erst anfangen oder wieder einsteigen. Das Risiko, mit dem Motorrad tödliche zu verunglücken, ist 3,5-mal so hoch wie mit dem Pkw – bezogen auf die Kilometerleistung noch wesentlich höher.

Eines der Hauptprobleme: Die schmale Silhouette des Motorrads ist für andere Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer nicht so gut erkennbar. Deshalb ist es auf dem Bike umso wichtiger, gut vorbereitet zu sein, sich sichtbar beziehungsweise bemerkbar zu machen und vor allem vorausschauend und mit angepasster Geschwindigkeit zu fahren. Bei einem Gewinnspiel zu den Videos wurden zehn vom DVR zertifizierte Motorradfahrersicherheitstrainings verlost.

Autorin



Foto: DVR

Carla Bormann

Referatsleiterin Öffentlichkeitsarbeit Kampagnen/
Medienarbeit, Stellvertretende Pressesprecherin,
Deutscher Verkehrssicherheitsrat e. V. (DVR)
E-Mail: CBormann@dvr.de



Festivalsommer:
„Vollgas feiern – nüchtern fahren“

In Kooperation mit Motorradverbänden, Motorradhändlern und -herstellern sowie den Initiatoren der Motorradgottesdienste ist „Runter vom Gas“ besonders im Frühjahr auf zahlreichen Veranstaltungen, Bikerfesten und Messen mit Infoständen und diversen Materialien präsent.

Neben Motorradwarnwesten und Visierputztüchern wird nun bereits der dritte Motorrad-Comic vom Illustrator Martin Perscheid verteilt, der humorvoll für die Risiken des Motorradfahrens sensibilisiert – ganz nach dem Motto „Fahrspaß mit Sicherheit“. Weitere Materialien, Hintergrundinformationen, Umfragen und Interviews zum Thema Motorradsicherheit sind auf der Kampagnen-Homepage zu finden.

Beispiel: Maßnahmenpaket junge Fahrerinnen und Fahrer

„Runter vom Gas!“ startete 2015 zum dritten Mal in Folge in den Festival-Sommer. Unter dem Motto „Vollgas feiern – nüchtern fahren“ wurde die Risikozielgruppe der jungen Fahrerinnen und Fahrer auf den Hurricane- und Melt!-Festivals im Juni/Juli 2015 angesprochen. Im letzten Jahr haben neben diesen Festival-Kooperationen auch elf Veranstaltungen der Bundesländer beziehungsweise Landesregierungen, Polizeiverbände und regio-



Veltins-Arena in Gelsenkirchen:
„Runter vom Gas!“ in der Bundesliga

nalen Verkehrssicherheitsorganisationen gegen Alkohol und Drogen am Steuer unter diesem Motto stattgefunden. Statt nüchterner Fakten und moralischer Appelle setzt die Kampagne auf bunte Momente, Emotionen und unterhaltsame Aktionen. So konnte man sich in einer Fotobox „blitzen“ lassen oder der Kreativität freien Lauf lassen – mit Schminke, die mit einem Augenzwinkern dafür sensibilisieren, grün, gelb oder pink, jedoch nicht „blau“ Auto zu fahren.

Die Präsenz von „Runter vom Gas!“ in den vergangenen Jahren hat gezeigt, dass Musikveranstaltungen eine gute Möglichkeit darstellen, der Risikozielgruppe auf Augenhöhe zu begegnen und auch durch die begleitende redaktionelle Berichterstattung für das Thema „Alkohol oder Drogen am Steuer“ zu sensibilisieren. In diesem Sommer wird es auch um das Thema „Ablenkung“ gehen. Laut einer forsa-Umfrage schreiben oder lesen knapp 41 Prozent der 18- bis 29-jährigen Autofahrenden am Steuer Textnachrichten. Neben der dialogorientierten Ansprache auf den Festivals selbst werden bereits im Vorfeld Sicherheitstipps zur Anreise kommuniziert und Tickets verlost. Die auftretenden Künstlerinnen und Künstler unterstützen die Kampagne mit Bühnenaktionen, Meet & Greets sowie

mit Sicherheitstipps, die für die begleitende Medienarbeit eingesetzt werden.

Verkehrssicherheitssspots auf den Bühnen, Plakate und Banner an Zufahrtswegen und auf dem Gelände sowie Gasballons und neue Aktionsmaterialien sorgen für Aufmerksamkeit. Die Broschüre „Blind vor Liebe“ im Format eines Handys kommt bei den jungen Verkehrsteilnehmenden gut an. Sie wird auch bei Messen und über Partner wie Polizei, Fahrschulen, Verkehrswachen und in Diskotheken zielgruppengerecht verteilt.

Neben dem Maßnahmenpaket „Musikfestivals“ wurden junge Fahrerinnen und Fahrer auch über Kooperationen mit dem Deutschen Fußballbund und über Wettbewerbe und Videos angesprochen. In Kürze werden Online-Aktivierungsvideos mit dem Kabarettisten und Schauspieler Serdar Somuncu in Social Media-Plattformen eine möglichst große Verbreitung finden und sich humorvoll mit aggressivem Verhalten wie Drängeln oder riskantem Überholen auseinandersetzen. ●

! Weitere Informationen unter:
www.runtervomgas.de



Motiv aus dem Kampagnen-Videoclip „Parkour“

Virale Kampagne für junge Berufstätige

„Ein Unfall ändert alles“

„Ein Unfall ändert alles“ ist eine Kampagne der Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse. Mit Videoclips im Stil von YouTube-Bloggern, Chats im Stil von WhatsApp und Interviews mit realen Unfallopfern werden junge Erwachsene angesprochen. Sie sind eingeladen, selbst zu entscheiden, welches Risiko sie auf sich nehmen.

Mehr als 13.000 meldepflichtige Arbeits- und Wegeunfälle von jungen Berufstätigen bis 25 Jahren verzeichnete die Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro

Medienerzeugnisse (BG ETEM) für das Jahr 2013. Das sind fast 20 Prozent aller meldepflichtigen Unfälle. Die Jugendlichen waren mindestens drei Tage arbeits-

unfähig. Zwölf verunglückten tödlich und hinterlassen Eltern, Geschwister, Verwandte sowie Freundinnen und Freunde. „Jugendliche sind im Beruf und in der Freizeit besonders gefährdet“, erläutert Dr. Jens Jühling, Präventionsleiter der BG ETEM, „weil sie oft eine hohe Risikobereitschaft besitzen. Ihnen fehlt die Routine, und sie können Gefahren noch nicht richtig einschätzen.“

Wer heute im öffentlichen Raum unterwegs ist und Jugendliche beobachtet, wird sie nicht selten mit dem Smartphone hantieren sehen. Sie nutzen WhatsApp, um zu chatten, posten Fotos auf Instagram, schauen Videos auf YouTube oder

Autor



Foto: BG ETEM

Christian Sprotte

Pressesprecher, stellvertretender Leiter Abteilung Kommunikation/Öffentlichkeitsarbeit, Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM)
E-Mail: sprotte.christian@bgetem.de

kommentieren Facebook-Posts. Nach einer BITKOM-Studie¹ nutzen 85 Prozent der Jugendlichen im Alter zwischen 16 und 18 Jahren soziale Netzwerke. Ebenfalls 85 Prozent schauen Filme oder Videos beziehungsweise laden diese herunter, 76 Prozent chatten mit Freundinnen und Freunden. Die Zahlen machen schnell deutlich: Eine erfolgreiche Kommunikation mit Jugendlichen findet online statt und zwar in den sozialen Netzwerken.

Ein Unfall ändert alles – Aufbau einer viralen Kampagne

Wie muss eine Kampagne aufgebaut sein, die das Risikobewusstsein junger Erwachsener anspricht? Gut gemeinte Hinweise und Belehrungen verfangen bei Jugendlichen nicht, betont Dr. Jens Jühling: „Was sie tun sollen, haben die jungen Leute oft genug von ihren Eltern und Lehrern gehört. Sie wollen endlich selbst entscheiden.“ Die Botschaft der Kampagne lautet deshalb: „Du bestimmst das Risiko.“

Zentrales Kampagnenelement ist eine Microsite², die alle Inhalte bündelt. Sie orientiert sich beim Aufbereiten der Inhalte an den Kommunikationsgewohnheiten von Jugendlichen. In diesem Alter chattet man gerne via Smartphone mit Freundinnen und Freunden. Auf der Microsite werden solche Chats nachgezeichnet. Zunächst geht es darin um Partys, DVDs-Schauen und andere Freizeitvergnügen. Ein Unfall ändert die Gespräche abrupt. Die Jugendlichen erleben mit, wie sich ein Unfall auf das Leben auswirken kann.

Dass Unfälle alles verändern können, wird auch belegt, und zwar in Interviews mit realen Unfallopfern. Drei junge Erwachsene berichten über die Unfälle, die sie erlitten haben. Sie erzählen sehr persönlich und sehr emotional von ihren Erlebnissen nach dem Unfall. Da ist zum Beispiel Murat. Er stürzte bei Montagearbeiten durch einen Dachstuhl, verletzte sich an der Wirbelsäule und ist seitdem teilweise gelähmt. Murat erzählt unter anderem von seinem vierjährigen Sohn, der traurig war, weil sein Vater fortan im Rollstuhl sitzen muss.

Die Microsite ging am 10. November 2014 online, und am gleichen Tag startete die Medienkampagne, um die Seite bekannt zu machen. Diese gliederte sich in drei Blöcke: Nutzung aller eigenen Kanäle der

BG ETEM, Kommunikation durch Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und Schaltung von bezahlten Posts in sozialen Netzwerken.

Ihren viralen Effekt konnte die Kampagne durch bezahlte Posts auf Facebook und YouTube erreichen. Diese wurden in zwei Phasen geschaltet und stützten sich insbesondere auf zwei jeweils eine Minute lange Videoclips. Sie erinnern an die

„Rund um das Thema Risiko sollen Betroffene zu Wort kommen, mit denen sich die Jugendlichen identifizieren können.“

Ästhetik von YouTube- oder Facebook-Videos und knüpfen an die Welt der Zielgruppe an. Die beiden Clips wurden auch für die bezahlten Postings auf Facebook und YouTube verwendet, sowohl in ganzer Länge als auch als gekürzte 18-Sekunden-Version, die das Ende offenlässt.

Die Ergebnisse

Knapp 5 Millionen Nutzenden im Alter von 16 bis 25 Jahren wurden die Posts auf Facebook oder YouTube angezeigt. Das sind rund die Hälfte aller Angehörigen dieser Altersgruppe in Deutschland. Beide Videos wurden fast 400.000 Mal angeschaut. Das entspricht einer Quote von rund 8 Prozent. Noch wichtiger ist aber die Interaktion, die die Videos auslösten. Über 3.000 Mal wurde „Gefällt mir“ angeklickt. Hinzu kommen fast 300 Kommentare, und rund 150 Mal wurden die Posts geteilt. Die Kommentare bestehen oft nur aus dem Namen einer Person, mit welcher der Kommentierende auf Facebook befreundet ist. Das wirkt auf den ersten Blick etwas befremdlich, bestätigt aber die virale Wirkung, die die Kampagne entfaltet hat. Die Person, deren Name im Kommentar erwähnt wurde, erhält eine Nachricht: „XY hat Dich in einem Kommentar erwähnt. Da ich mit XY befreundet bin, möchte ich wissen, was er geschrieben hat, und sehe mir den Kommentar an.“ Im Idealfall verbreiten sich so Botschaften von einem zum anderen Nutzer wie ein „Virus“.

Die nächsten Schritte

Mit dem ersten Teil der Kampagne wurde Aufmerksamkeit für das Thema geschaffen. Damit kann hinter das „A“ der alt-

bekanntesten AIDA-Formel (Attention – Interest – Desire – Action) ein Haken gesetzt werden.

Die weiteren Buchstaben stehen nun in der Fortführung der Kampagne im Jahr 2015 auf der Tagesordnung. Kern ist dabei der Botschafter-Gedanke: Rund um das Thema Risiko sollen Betroffene zu Wort kommen, mit denen sich die Jugendlichen identifizieren können. Dabei spielt das Alter der Botschafterinnen und Botschafter eine gewisse Rolle; sie dürfen aus Perspektive der Jugendlichen nicht zu alt sein. Um persönlich und authentisch zu kommunizieren, äußern sie sich möglichst ungefiltert in verschiedenen Videoformaten.

Erster Botschafter ist Holger Schumacher, der als Stuntman einen Arbeitsunfall bei Dreharbeiten erlitt. „Die BG hat mir in allen Belangen zur Seite gestanden“, erinnert sich Schumacher – von der medizinischen Heilbehandlung bis zum beruflichen Neustart. Ende 2014 bot er spontan seine Mitarbeit bei der Kampagne an.

„Wie muss eine Kampagne aufgebaut sein, die das Risikobewusstsein junger Erwachsener anspricht?“

„Für uns ist Holger Schumacher ein idealer Kampagnen-Botschafter“, erläutert Holger Zingsheim, Leiter der Abteilung Kommunikation der BG ETEM, „weil er sehr authentisch über den Umgang mit Risiken und über die Folgen eines Unfalls berichten kann.“ Das hört sich bei Schumacher so an: „Gerade das Auseinandersetzen mit den Risiken am Arbeitsplatz ist verdammt wichtig. Das habe ich als Stuntman auch gelernt, und das kann man auch von Stuntmen lernen. Gerade dieses bewusste sich Auseinandersetzen machen Stuntmen immer, und das sollten andere Leute auch tun.“ ●

Fußnote

[1] Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien (BITKOM): „Kinder und Jugend 3.0“, Berlin 2014, www.bitkom.org/de/markt_statistik/64026_79221.aspx (abgerufen am 16.7.2015)

[2] www.ein-unfall-aendert-alles.de

Inklusionskampagne des Deutschen Rollstuhl-Sportverbands e. V.

„Gemeinsam was ins Rollen bringen“

Eine auffällige Bildersprache bringt der laufenden Inklusionskampagne des Deutschen Rollstuhl-Sportverbands Aufmerksamkeit. Unter dem Motto „Stark im Sport, voll im Leben!“ sollen Menschen mit Behinderungen zu sportlichen Aktivitäten aufgerufen werden.

„Gemeinsam was ins Rollen bringen“ – unter diesem Motto steht die bundesweite Inklusionskampagne des Deutschen Rollstuhl-Sportverbands e. V. (DRS). Unsere Ziele sind klar definiert: Wir möchten Rollstuhlsport auf breiter Basis präsentieren, zum Sporttreiben motivieren, die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen aufzeigen und die Gesellschaft für das Thema Inklusion sensibilisieren – damit Hindernisse und Barrieren nicht nur im Alltag, sondern vor allem in den Köpfen abgebaut werden.

„Wir zeigen die sportlichen Leistungen von Rollstuhlsportlerinnen und Rollstuhlsportlern in einer modernen, sehr dynamischen und auffälligen Bilderwelt.“

Die Kampagne läuft zum denkbar besten Zeitpunkt: Die bundesweiten Maßnahmen unter der Schirmherrschaft der Bundesministerin für Arbeit und Soziales, Andrea Nahles, begannen im Paralympischen Jahr 2014 und flankieren den Weg zu den Paralympischen Spielen in Rio 2016.

Außerdem startete sie mit starken Argumenten: Die Förderung von Inklusion ist zentrale Forderung der Vereinten Na-

tionen an Deutschland und politischer Wille; Inklusion ist die Voraussetzung für eine gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen an unserer Gesellschaft, der Abbau von Barrieren kommt dabei allen zugute.

Unsere Kampagne kann jedoch nur ein Anfang sein: Alle Maßnahmen und Aktionen lassen sich fortsetzen und weiterdenken – um uns, unseren Partnern und Sponsoren im Einsatz für den Behindertensport in Deutschland langfristige und nachhaltige Aufmerksamkeit zu sichern.

Sport hilft!

Sport ist viel mehr als nur Training und Wettkampf: Sport bringt zusammen, macht Spaß, schafft Erlebnisse und stärkt das Selbstbewusstsein; Sport integriert, macht aktiv und mobil. Egal, ob im Sportverein, beim Schul-, Betriebs- oder Rehasport: Besonders in der Rehabilitation werden die Betroffenen in körperlicher und geistiger Hinsicht nachhaltig gestärkt. Sport und Bewegung ermöglichen es Rollstuhlnutzenden, durch Training ihre Selbstständigkeit im Alltag zurückzuerobieren, im Sport Geleistetes verschafft kleinen und großen Athletinnen und Athleten ein positives Selbstwertgefühl, und natürlich können auch soziale Kontakte geknüpft werden. All diese Vorteile haben gleichermaßen auch eine präventive Wirkung.

In Deutschland leben rund 10 Millionen Menschen mit Behinderungen, eine Million davon sind auf einen Rollstuhl angewiesen. Mit unserer Kampagne wollen wir auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen aufmerksam machen, für eine größere öffentliche Wahrnehmung sorgen und die Bevölkerung für das Thema Inklusion und Behindertensport sensibilisieren. Ebenso möchten wir Menschen mit Behinderungen auf die Möglichkeiten und Vielfalt des Rollstuhlsports hinweisen und für diese begeistern.

Auffällige Bilderwelt

Wie erreichen wir eine hohe Aufmerksamkeit und eine starke politische und gesamtgesellschaftliche Wahrnehmung? Wie sprechen wir gezielt Menschen mit und ohne Behinderungen, junge und alte Menschen an? Wir zeigen die sportlichen Leistungen von Rollstuhlsportlerinnen und Rollstuhlsportlern in einer modernen, sehr dynamischen und auffälligen Bilderwelt – und sorgen mit ungewöhnlichen, provokativen und plakativen Headlines dafür, dass unsere selbstbewusste Botschaft direkt in den Herzen und Köpfen der Menschen verankert wird.

„Alle ‚Kampagnengesichter‘ eint, dass sie durch den Sport ihren Platz im Leben gefunden haben.“

Autor



Foto: Privat

Henning Schulze

Projektkoordinator „Gemeinsam was ins Rollen bringen“,
Deutscher Rollstuhl-Sportverband e. V. (DRS)
E-Mail: henning.schulze@rollstuhlsport.de

So werden die Fechterin Katja Lücke zur „Spießlerin“, die Basketballerinnen Annika Zeyen und Gesche Schünemann zu „Korbgeberinnen“ und die Jungs der Sledge-Eishockey-Nationalmannschaft zur „Schlägertruppe“. Unsere Sportlerinnen und Sportler spiegeln die Vielfalt des Sports wider, aber auch die verschiedenen Wege, die sie zu diesem geführt haben. Mag die fünffache Paralympics-Siegerin im Mono-Ski, Anna Schaffelhuber, von



SCHLÄGERTRUPPE!

Jörg Wedde, Felix Schrader und Jacob Wolff haben Gold bei der Weltmeisterschaft (Division B) in Japan 2013 gewonnen.

STARK IM SPORT, VOLL IM LEBEN.
DURCH INKLUSION GEWINNEN ALLE.

ins-rollen-bringen.de

Gefördert durch die
Aktion
MENSCH

Teleflex

DRS



GEMEINSAM WAS
INS ROLLEN BRINGEN!

Deutscher Rollstuhl-Sportverband e.V.



Foto: MSSP Michael Schwarz Sportphoto

Motiv „Anpacker“ mit dem Rollstuhlbasketballer Mustafa Korkmaz, der bei den BG Baskets Hamburg spielt.

Geburt an auf den Rollstuhl angewiesen sein, so war es bei Handbike-Weltmeisterin Dorothee Vieth ein Unfall mit dem Motorroller im Alter von 42 Jahren, der ihrem Leben eine ganz neue sportliche Richtung geben sollte. Doch alle Kampagnengesichter eint, dass sie durch den Sport ihren Platz im Leben gefunden haben.

Selbstvertrauen aufbauen

Gemäß unserem Motto „Stark im Sport, voll im Leben!“ fördert sportliches Engagement nicht allein die körperliche Leistungsfähigkeit, sondern hilft auch dabei, persönliche Grenzen zu überwinden, verborgene Potenziale zu entdecken und Selbstvertrauen aufzubauen. Damit alle zeigen können, was in ihnen steckt. Daher gibt es für jedes Leistungssportplakat ein entsprechendes Breitensportmotiv.

Die Webseite

Auf der Kampagnen-Webseite www.ins-rollen-bringen.de sowie in den sozialen Netzwerken wird regelmäßig über die Möglichkeiten des Sporttreibens berichtet. Ein besonderes Feature ist die Vereinslandkarte, die auf den ersten Klick alle Sportangebote in der gewünschten Umgebung anzeigt. Ob Athletinnen und Athleten des Spitzen- oder Gelegenheitsports – in über 300 Rollstuhlsportvereinen in Deutschland finden garantiert alle ein passendes Angebot. Rollstuhlsport im Verein macht Spaß und fördert sowohl Integration als auch Mobilität.

Veranstaltungen und Wanderausstellung

Darüber hinaus sind wir mit der Kampagne auf zahlreichen Veranstaltungen in

ganz Deutschland präsent. Wir geben dem Rollstuhlsport und der Inklusion eine mediale und reelle Plattform, um unser Anliegen zu positionieren.

Für 2016 sind eine Wanderausstellung durch alle 16 Landtage sowie eine eigene Roadshow als Einstimmung auf die Paralympics in Rio de Janeiro geplant. Außerdem sind weitere Überraschungen nicht ausgeschlossen. Besuchen Sie uns bei einer unserer Veranstaltungen und erleben Sie, dass der Rollstuhl viel mehr als ein bloßes Fortbewegungsmittel sein kann, wenn beispielsweise unsere „Rampensau“ David Lebuser die Skateparks unsicher macht. Seien Sie mit dabei und bringen Sie mit uns gemeinsam etwas ins Rollen – wir freuen uns über jedes einzelne Engagement!

Feuerwehr-Unfallkassen HFUK Nord und FUK Mitte

Schwerpunktaktion „Das kann ins Auge gehen!“

Augenverletzungen durch Löschwasserstrahlen sind ein Verletzungsrisiko bei Feuerwehrleuten. Eine Schwerpunktaktion sollte Aufmerksamkeit für das Thema wecken.

Die Hanseatische Feuerwehr-Unfallkasse Nord (HFUK Nord) und die Feuerwehr-Unfallkasse Mitte (FUK Mitte) haben in den Jahren 2013 bis 2014 die Schwerpunktaktion „Das kann ins Auge gehen!“ durchgeführt. Die Kampagne befasste sich mit den Gefahren von Augen- und Gesichtsverletzungen durch Löschwasserstrahlen. Feuerwehren und Jugendfeuerwehren sollten dafür sensibilisiert werden, besser auf den Augenschutz und auf organisatorische Abläufe bei Übungen und im Einsatz zu achten.

Poster, Videoclip und Stichpunkt Sicherheit

Begleitet wurden die zahlreichen Seminare und Schulungsveranstaltungen im Rahmen der Aktion mit verschiedenen Medien: Ein Poster macht deutlich, wie schnell ein Wasserstrahl sprichwörtlich ins Auge gehen kann. Sichtbar im Feuerwehrhaus aufgehängt, soll es daran erinnern, im Einsatz und bei der Übung an den Augenschutz zu denken.

Zusätzlich wurde ein Videoclip fürs Internet produziert. Der Clip handelt von einem Angehörigen der Jugendfeuerwehr, der bei einer Übung schwer am Auge verletzt wird. Gezeigt wird, dass derartige Verletzungen gerade bei jungen Menschen schlimme

und nachhaltige Folgen haben können und wie mehrdimensional die Auswirkungen eines solchen Dienstunfalls für alle Betroffenen sind. Ergänzend zum Poster und Film erschienen unter dem Label „Stichpunkt Sicherheit“ kurze Merk- und Informationsblätter zum Thema Augenschutz. Clip und Informationsblätter können auf den Homepages der Feuerwehr-Unfallkassen heruntergeladen werden.

Umgang mit Wasser einfache Routine?

Der Umgang mit Wasser, Schläuchen und Strahlrohren ist für Feuerwehrangehörige das Normalste auf der Welt. Weil es vermeintlich so einfach ist, mit Schläuchen und Strahlrohren zu arbeiten – und da es eine elementare Aufgabe der Feuerwehr ist –, wird mit diesen Tätigkeiten bereits in der Jugendfeuerwehr begonnen. Zur Grundausbildung von Feuerwehrangehörigen gehören der richtige Umgang mit Strahlrohren und die Kenntnis über die Löschwirkung von Wasser in seinen verschiedenen Formen. Bei Feuerwehrdiensten und Wettbewerben wird der Umgang mit Strahlrohren und Schläuchen häufig geübt. Doch gibt es immer wieder problematische Situationen, zum Beispiel Druckschwankungen bei einer Wasserförderung zur Einsatz-



Quelle: HFUK Nord

Ein Plakat der Schwerpunktaktion

stelle, Probleme beim längeren Halten von Strahlrohren (Ermüdung), schlechter Stand, Fehler beim Umgreifen oder bei der Übergabe des Strahlrohres an andere Personen oder einfache Missgeschicke, die zu unkontrollierten Wasserstrahlen führen können.

Ebenfalls zum Problem können große und mitunter unübersichtliche Einsatzstellen werden, an denen gleichzeitig mehrere Trupps mit Wasser am Strahlrohr arbeiten. Durch fehlende Abstimmung, schlechte Sicht oder ungünstige Positionen treffen sich die Trupps unabsichtlich gegenseitig mit dem Wasserstrahl und können sich erheblich verletzen.

Augenverletzungen im Feuerwehrdienst

In den Geschäftsgebieten der Feuerwehr-Unfallkassen gab es wiederholt schwere Verletzungen durch Löschwasserstrahlen. Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse bestätigen, dass erhebliche Risiken bis hin zum Totalverlust des Augenlichtes bestehen. Auch die Ohren sind gefährdet bei auftreffenden Löschwasserstrahlen. Durch verschiedene Medien, Aufklärungsmaßnahmen und organisatorische Regelungen soll die Verletzungsgefahr reduziert werden. Mit den Medien der Unfallverhütungsaktion soll einerseits die Gefahr eines Löschwasserstrahls dargestellt werden, aber auch ein bewusster Umgang mit Schläuchen und Strahlrohren erreicht werden. ●

Autor



Christian Heinz

Stellvertretender Geschäftsführer der Hanseatischen Feuerwehr-Unfallkasse Nord (HFUK Nord)
E-Mail: heinz@hfuk-nord.de

Foto: HFUK Nord

Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen

Social-Media-Sicherheitswettbewerb für Jugendfeuerwehren

Die Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen (FUK) wagte den Schritt in die sozialen Netzwerke. Die Erfahrungen bisher sind ermutigend.

Regelmäßig wendet sich die FUK Niedersachsen an die Jugendfeuerwehren in Niedersachsen, um mit Gewinnspielen Präventionsthemen bei jungen Menschen zu platzieren. Die Jugendlichen werden aufgefordert, Ideen zu einem definierten Thema zu präsentieren. Eine Fachjury kürt dann die Gewinnerinnen und Gewinner. So weit, so gut. Doch warum nicht auch einmal andere Wege gehen und die Adressaten von Präventionskampagnen da abholen, wo sie zuhause sind? In der Welt der sozialen Netzwerke.

Das Facebook-Profil

Das Motto des letzten Wettbewerbes war bewusst sehr allgemein gehalten: „Was dient meiner Sicherheit?“ Hierfür wurde ein Social-Media-Pilotprojekt gestartet: Die Bewerbung des Wettbewerbs und die Teilnahme liefen nämlich ausschließlich über ein soziales Netzwerk: Eigens für den Wettbewerb wurde eine Facebook-Seite angelegt.

Die Jugendlichen waren aufgefordert, sich in ihren Feuerwehren umzusehen und positive Beispiele für „Sicherheit“ in ihrem Feuerwehrumfeld zu finden – vom Feuerwehrhelm bis zum Anschnallgurt in den Fahrzeugen. Und dann: Handy-Foto knipsen, einen Kommentar dazu schreiben

und auf die Facebook-Seite posten! Die Teilnahmemodalitäten waren mit Expertinnen und Experten des Medienrechts abgestimmt. Vier Monate war der Sicherheitswettbewerb online.

Erster Gehversuch auf dem glatten Parkett der sozialen Medien ...

Das Ergebnis dieses Versuchs: Fast 100 Einsendungen, nahezu 200 „Likes“ der Seite und Reichweiten von bis zu 100 Personen pro Tag. Da konnten wir mit dem „Versuchsballon“ sehr zufrieden sein. Ein höchst erfreulicher Nebeneffekt: Wir konnten aus diesem Sicherheitswettbewerb eine konkrete präventive Maßnahme für die Kinder- und Jugendfeuerwehren umsetzen, nämlich einen Körpergrößenmesser. Auf entsprechender Höhe an der B-Säule eines Fahrzeuges angebracht, kann so bei jedem Kind überprüft werden, ob es noch einen Kindersitz braucht oder nicht. Ein gelungener Beitrag zur Verkehrssicherheit.

Diese Idee haben wir aufgegriffen und einen kindgerechten Aufkleber für die Kinder- und Jugendfeuerwehren in Niedersachsen entwickelt. Die Präsentation dieses Aufklebers lief ebenfalls über Facebook – nun aber über das normale Profil der FUK Niedersachsen. Die Nachricht



Das Profil der Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen bei Facebook

kam an und erreichte fast 1.200 Personen bei einer damals weitaus geringeren Anzahl an Fans unseres Profils. Inzwischen ist die Informationsverbreitung via Facebook ein fester Bestandteil unseres Kommunikationskonzepts, das selbstverständlich durch interne Guidelines und Netiquette-Regeln gestützt ist. Aktuelle Informationen, Sicherheitstipps oder Live-Postings von Veranstaltungen werden hier veröffentlicht. Eine Chat-Funktion ermöglicht den unmittelbaren und schnellen Kontakt mit unseren Versicherten.

Ein Beispiel: Nach einem tödlichen Unfall in einer Feuerwehr haben wir sofort Verhaltenshinweise gepostet, um weitere Unfälle zu vermeiden. Mehr als 9.200 Menschen haben diese Posting gelesen – davon etwa 6.000 allein in den ersten zwölf Stunden nach Veröffentlichung. Mit keinem anderen Medium hätten wir in so kurzer Zeit so viele Menschen erreicht, die dieses Thema angeht.

Autorin



Foto: FUK Niedersachsen

Kristina Harjes

Referentin für Öffentlichkeitsarbeit und Presse,
Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen (FUK)
E-Mail: harjes@fuk.de

! Sie kennen unser Profil noch nicht? Dann schauen Sie doch einfach bei Facebook vorbei unter: www.facebook.com/feuerwehrunfallkasseniedersachsen Jedes „Gefällt mir“ ist herzlich willkommen.

BGN-Präventionskampagne

„Bleib oben!“ – 45 Minuten für den sicheren Aufstieg

Abstürze von Stehleitern gehören zu den folgenschwersten Unfällen überhaupt. Die Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) möchte mit ihrer Kampagne zur Prävention beitragen.

Im Jahr 2014 startete die BGN ihre Präventionskampagne „Bleib oben!“. Sie soll die Risiken beim Einsatz von Leitern in den Unternehmen bekannt machen und das Bewusstsein für die Gefährdungen schärfen. Der nachfolgende Artikel beschreibt die Vorgehensweise bei der Planung der Kampagne und die Durchführung der Aktion in den Betrieben.

Analyse der Unfallschwerpunkte

Die Unfallzahlen aus den Mitgliedsbetrieben sprechen eine deutliche Sprache: Jeder vierte tödliche Arbeitsunfall ist ein Absturz. Und jede dritte Rentenzahlung ist auf die Folgen eines Absturzes zurückzuführen. Absturzunfälle machen zwar nur vier Prozent aller Arbeitsunfälle aus, aber die Unfallfolgen sind oft besonders schwer.

Dies war der Grund, Absturzunfälle genauer unter die Lupe zu nehmen. Die Ursachen von über 300 Absturzunfällen wurden in den Betrieben untersucht. Zwei Drittel aller Abstürze waren Stürze von Leitern und Tritten, allein ein Drittel davon Abstürze von Stehleitern: Der Unfallschwerpunkt war somit identifiziert.

Besonders gefährdet sind Personen, die Montage- und Instandhaltungsarbeiten durchführen, sowie das Reinigungspersonal. Ein weiteres Ergebnis: In den aller-

meisten Fällen werden die Stehleiter-Unfälle durch falsches Verhalten, wie etwa falsches Aufstellen, weites seitliches Hinauslehnen bis hin zum Arbeiten von der letzten Leiterstufe aus verursacht. Hinzu kommt, dass Arbeiten auf Stehleitern oft ungeplant oder improvisiert sind und dass sie häufig unter Zeitdruck ablaufen. Ganz selten war eine defekte Leiter Ursache eines Absturzes.

Die Präventionskampagne „Bleib oben!“

Die oben genannten Erkenntnisse waren die Grundlage für das Konzept der BGN-Präventionskampagne „Bleib oben!“. Der inhaltliche Schwerpunkt der Aktion liegt auf dem Verhalten beim Leitereinsatz. Ziel ist es, die Information und Motivation der Beschäftigten zu verbessern. Denn darin liegt der Schlüssel, um Leiterunfälle zu vermeiden. Besonders geeignet ist „Bleib oben!“ für Beschäftigte, die Reinigungs-, Instandhaltungs- oder Montagearbeiten durchführen.

Sicheres Verhalten trainieren

Ziel ist es, dass Beschäftigte über das Arbeiten auf Leitern nachdenken und die



Das Logo der Kampagne

Regeln des sicheren Stehleiter-Einsatzes verinnerlichen. Dazu setzen sie sich aktiv mit dem Thema auseinander und trainieren die grundlegenden Verhaltensweisen. Dies geschieht anhand von Aufgaben, die sich ihnen im Betrieb in ähnlicher Weise stellen. Das für den sicheren Leitereinsatz erforderliche Wissen (Regeln) frischen die Aktionsteilnehmenden in einem Wettbewerb auf, bei dem zwei Teams praktische Aufgaben lösen und um einen Preis wetteifern. Im begleitenden Wissensquiz beantworten sie Fragen zum sicheren Verhalten auf Leitern und Tritten. ●

Autorin



Foto: BGN

Karin Carl-Mattarocci

Leiterin Sachgebiet Betriebsbetreuung
im Geschäftsbereich Prävention,
Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und
Gastgewerbe (BGN)
E-Mail: karin.carl-mattarocci@bgn.de

! Zusatzinformationen zur Präventionskampagne „Bleib oben!“ und alle Aktionsmaterialien sind im Internet unter www.bgn.de unter dem Shortlink = 1379 abrufbar. Bei Redaktionsschluss hatten bereits 200 Betriebe an der Kampagne teilgenommen.

„Wir haben uns für einen sehr breiten Ansatz entschieden, da wir klassische Umgebungsfaktoren wie beispielsweise Lärm genauso berücksichtigen wollen wie moderne Anforderungen, etwa Emotionsarbeit im Umgang mit Patientinnen und Patienten.“



Foto: BAuA

Psychische Belastungen

„Gesichertes Fachwissen für den Arbeitsschutz“

Die psychischen Anforderungen in der Arbeitswelt sind gestiegen. Psychische Belastungen und ihre Folgen wie frühzeitiger Erwerbsausstieg und Arbeitsunfähigkeit werden zunehmend öffentlich diskutiert. Strittig ist jedoch, mit welchen Maßnahmen den Risiken psychischer Belastungen begegnet werden soll: Die Forderungen reichen von Information und Beratung bis hin zu gesetzlichen Verordnungen. Um auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse fundierte Maßnahmen ergreifen zu können, hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) beauftragt, das Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Wissenschaftliche Standortbestimmung“ aufzulegen. DGUV Kompakt sprach darüber mit der Präsidentin der BAuA, Isabel Rothe.

Frau Rothe, vor gut einem Jahr startete das Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ der BAuA. Wie ist der Stand des Projekts?

In der ersten Phase des Projekts wollten wir den wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu allen für unser Thema relevanten Arbeitsbedingungsfaktoren systematisch aufbereiten. Dafür war zunächst methodische Vorarbeit notwendig: So mussten zum Beispiel die Arbeitsbedingungsfaktoren und die Kriterien für Recherche und

Auswertung festgelegt werden. Wir haben uns für einen sehr breiten Ansatz entschieden, da wir klassische Umgebungsfaktoren wie Lärm genauso berücksichtigen wollen wie moderne Anforderungen, etwa Emotionsarbeit im Umgang mit Patientinnen und Patienten beziehungsweise Kundinnen und Kunden, oder organisationale Faktoren wie Führung.

Daneben ist es uns wichtig, nicht nur psychische Beeinträchtigungen, sondern

auch positive Wirkungen der Arbeit mit zu betrachten, wie Motivation und Arbeitszufriedenheit. Im Ergebnis haben wir dann mehrere Tausend Studien systematisch gesichtet und hinsichtlich der Relevanz für unser Projekt analysiert.

Können Sie bereits erste Erkenntnisse aus den bisherigen Arbeiten ableiten?

Hinsichtlich der grundlegenden Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und psychischer Gesundheit können wir

„Unser Projekt soll dazu beitragen, dass psychische Arbeitsbedingungs-faktoren besser in den Arbeitsschutz und in andere relevante Handlungsfelder integriert werden.“

erwartungsgemäß viele wissenschaftliche Erkenntnisse bestätigen. Unser Erkenntnisinteresse reicht aber deutlich weiter, denn es geht uns ja letztlich um konkrete Arbeitsgestaltung. Dafür müssen wir die in den Studien untersuchten Arbeitsbedingungs-faktoren detaillierter verstehen.

Der Wissensstand zu den unterschiedlichen Arbeitsbedingungs-faktoren ist allerdings sehr unterschiedlich. So ist zum Beispiel die Forschung zu Emotionsarbeit noch relativ neu. Aber selbst bei gut untersuchten Faktoren wie beispielsweise Arbeitszeit und Pausen sind Erkenntnisse, die umfangreich den Wandel der Arbeit berücksichtigen, noch nicht hinreichend.

Für andere Faktoren wie beispielsweise den Lärm gibt es sowohl eine gute Wissensbasis als auch eine Messmethodik; es fehlt aber an der Umsetzung der Erkenntnisse. Interventionsstudien, die nicht nur Gestaltungsmaßnahmen umsetzen, sondern auch deren Wirkung überprüfen, sind insgesamt sehr selten. Wir werden weiter forschen, wo es notwendig ist, Konkretisierung und Umsetzung vorantreiben, wo immer es möglich ist.

Das Projekt ist in drei Phasen aufgeteilt: Wissensaufbereitung, Wissensvertiefung und Wissensanwendung. Was ist das Ziel dieses Vorgehens?

Nach der Logik der angewandten Risikoforschung werden die Risiken zuerst charakterisiert und bewertet; danach wird über Maßnahmen befunden. Die Projektphasen I und II dienen daher der Wissensaufbereitung und -vertiefung.

Ab dem vierten Quartal dieses Jahres wollen wir die Ergebnisse der Phase I mit den im jeweiligen Thema ausgewiesenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern diskutieren. Ziel ist es, eine Verständigung hinsichtlich des gesicherten Fachwissens herzustellen – als Grundlage für den Arbeitsschutz –, aber auch zu identifizieren, wo noch Forschungsbedarf besteht. In Phase III wird dann mit Arbeitsschutzakteuren und Politik über Handlungsempfehlungen beraten.

Sie wollen im Rahmen des Projektes auch die „Arbeitsschutz-Community“ einbeziehen. Warum und in welcher Form?

Unser Projekt soll dazu beitragen, dass psychische Arbeitsbedingungs-faktoren besser in den Arbeitsschutz und in andere relevante Handlungsfelder integriert werden. Das ist ja ohne eine intensive Diskussion mit der Arbeitsschutz-Community gar nicht denkbar! Wir beabsichtigen, neben unserem wissenschaftlichen Beirat, der uns bereits seit Phase I eng begleitet, insbesondere unser Kuratorium, bestehend aus Sozialpartnern und Institutionen, die im Aufgabengebiet der Bundesanstalt tätig sind, für diese Diskussion zu nutzen.

Wesentlich wird es weiterhin sein, den Austausch mit dem Arbeitsprogramm der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) zu „Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingten psychischen Belastungen“ weiter zu intensivieren. Natürlich wollen wir auch mit den

wichtigen Institutionen des Arbeitsschutzes wie der DGUV, den Ländern und dem BMAS eng ins Gespräch kommen.

Dabei gilt, dass alle diese Gremien und Institutionen ohnehin schon sehr aktiv das Thema psychische Gesundheit in der Arbeitswelt gestalten, etwa durch Regelung, Handlungshilfen, Beratung und Aufsicht. Es geht also nicht darum, das Rad komplett neu zu erfinden, sondern es soll auch bereits Vorhandenes vertieft und ergänzt werden.

Frau Rothe, abschließend würden wir Sie gern noch fragen, was Sie sich insgesamt von dem Projekt für das Thema psychische Gesundheit bei der Arbeit erhoffen?

Ich bin davon überzeugt, dass ein moderner Arbeitsschutz psychische Faktoren umfassend zu berücksichtigen hat, denn sie sind für die heutige Arbeitswelt höchst relevant. Dazu braucht es erstens gesichertes Fachwissen und zweitens eine kluge Weiterentwicklung des Arbeitsschutzes, mit dem Ziel, die psychischen Belastungsfaktoren nicht nur sachgerecht in unsere Instrumente und Verfahrenswesen zu integrieren, sondern sie für die am Arbeitsschutz Beteiligten auch handhabbar zu machen. Zeitgemäßes Wissen hierfür bereitzustellen und die Umsetzung zu unterstützen, ist das Ziel unseres Projekts. ●

Das Interview führte Dr. Dagmar Schittly, DGUV.

! Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) forscht und entwickelt im Themenfeld Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, fördert den Wissenstransfer in die Praxis, berät die Politik und erfüllt hoheitliche Aufgaben. Die BAuA ist eine Ressortforschungseinrichtung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) und hat in Abstimmung mit dem BMAS 2014 das Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Wissenschaftliche Standortbestimmung“ aufgelegt.

Das Projekt hat eine Laufzeit von etwa drei Jahren und soll Aufschluss über den gesicherten Stand des Wissens zu potenziell gefährdenden, aber auch potenziell förderlichen Belastungswirkungen geben und aufzeigen, welche Messstandards zur Verfügung stehen.

Zudem soll das gesicherte praxisbezogene Wissen zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung beschrieben werden. Das Projekt wird durch einen Ausschuss des wissenschaftlichen Beirats der BAuA begleitet. Weitere Informationen liefert die Internetseite www.baua.de/psychische-gesundheit.de.

Aus der Forschung

Die Herausforderungen bei der Substitution von Gefahrstoffen

Die von der Gefahrstoffverordnung vorgesehene Ersetzung von gefährlicheren durch ungefährlichere Stoffe führt aus Sicht des Arbeitsschutzes nicht immer zum Ziel und sollte mit Augenmaß durchgeführt werden.

Beim Umgang mit Gefahrstoffen muss gemäß der Gefahrstoffverordnung grundsätzlich abgeklärt werden, ob der eingesetzte Gefahrstoff möglicherweise durch einen ungefährlicheren Stoff mit ähnlichen Eigenschaften ersetzt werden kann. Man spricht hier von der sogenannten Substitution. Bei der Substitution sind jedoch verschiedene Aspekte zu beachten.

Gemäß § 7 der Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) muss zunächst festgestellt werden, ob Tätigkeiten mit Gefahrstoffen durchgeführt werden. Ist dies der Fall, so muss grundsätzlich die Möglichkeit einer Substitution geprüft und bevorzugt durchgeführt werden. Dies gilt insbesondere für Stoffe, die krebserzeugend, erbgutverändernd und gefährlich für die Fortpflanzung sind.

Was ist Substitution?

Unter Substitution versteht man im Sinne der Gefahrstoffverordnung das Ersetzen eines Stoffes oder eines Verfahrens durch einen anderen Stoff oder ein anderes Verfahren mit geringerer Gefährdung. Diese Definition setzt voraus, dass es einen Ersatzstoff für den zu substituierenden Stoff gibt, mit dessen Einsatz eine ähnlich hohe Produktqualität erzielt werden kann wie mit dem ursprünglich verwendeten Stoff.

Substitution in betrieblicher Praxis

Vollständig neue Ersatzstoffe zu entwickeln ist nicht selten mit höheren Entwicklungskosten verbunden. Dementspre-

chend stehen als Ersatzstoffe nicht selten auch bereits bekannte Stoffe im Fokus, die im Vergleich zum ursprünglich eingesetzten Gefahrstoff ein günstigeres toxikologisches Profil aufweisen.

Bei der Substitution orientiert man sich daher häufig auch an der Kennzeichnung bereits vorhandener Stoffe. Wird zum Beispiel durch regulatorische Behörden ein Stoff (oder eine Formulierung, die diesen Stoff enthält) durch eine Kennzeichnungspflicht belegt, unter anderem weil er sich als gefährlich erwiesen hat, dann wird in der Regel eine Substitution mit einem nicht kennzeichnungspflichtigen Stoff durchgeführt.

Dabei geht man vereinfachend davon aus, dass eine fehlende Kennzeichnung des Ersatzstoffes gleichbedeutend mit dessen „Ungefährlichkeit“ ist. Unter diesem Gesichtspunkt ist Substitution in der Praxis nicht nur ein Thema im Arbeitsschutz, sondern auch aus ökonomischer Sicht. Nicht kennzeichnungspflichtige Ersatzstoffe können im Vergleich zu kennzeichnungspflichtigen Arbeitsstoffen und Formulierungen häufig besser vermarktet werden.

Fehlende Kennzeichnung gleichzusetzen mit Unbedenklichkeit?

Eine fehlende Kennzeichnung von Gefahrstoffen ist nicht notwendigerweise mit deren Ungefährlichkeit gleichzusetzen. Der wesentliche Grund für eine fehlen-

de Kennzeichnung liegt in der unglaublich hohen Anzahl bekannter Gefahrstoffe (> 100.000), von denen letztendlich nur wenige Hundert tatsächlich bewertet und entsprechend gekennzeichnet sind.

Die Kennzeichnung basiert darüber hinaus größtenteils auf Ergebnissen aus Tierversuchen, die nur grob orientierend auf den Menschen übertragen werden können. Eine rein auf Basis der Kennzeichnung durchgeführte Substitution führt damit nicht selten zum Ersatz relativ gut untersuchter Stoffe mit weniger gut untersuchten Arbeitsstoffen.

„Eine fehlende Kennzeichnung von Gefahrstoffen ist nicht notwendigerweise mit deren Ungefährlichkeit gleichzusetzen.“

Aufgrund der wenigen Daten ist darüber hinaus oftmals nicht einmal mehr eine grob orientierende Abschätzung auf gesundheitsgefährdende Wirkungen beim Menschen möglich. Aus Sicht des Arbeitsschutzes ist eine Substitution daher nicht zwangsläufig auch mit einer erfolgreichen Substitution verbunden.

Zudem täuscht die fehlende Kennzeichnung eine verbesserte Arbeitssicherheit den Anwendenden und Beschäftigten vor, die im Moment der Substitution jedoch nicht wirklich abgeschätzt werden kann.

Autoren

Prof. Dr. Thomas Brüning

Institutsdirektor Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der DGUV (IPA)
E-Mail: bruening@ipa-dguv.de

Dr. Heiko U. Käfferlein

Kompetenz-Zentrum Toxikologie im Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der DGUV (IPA)
E-Mail: kaefferlein@ipa-dguv.de

Dr. Holger M. Koch

Kompetenz-Zentrum Toxikologie im Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der DGUV (IPA)
E-Mail: koch@ipa-dguv.de



Beim Umgang mit einem Gefahrstoff muss zunächst abgeklärt werden, ob er durch einen ungefährlicheren Stoff ersetzt werden kann.

Substitution mit Augenmaß – Beispiel Abbeizer

Die Substitution eines Gefahrstoffes mit einem Ersatzstoff erfordert immer Augenmaß. Letztendlich muss das vorhandene gesundheitsgefährdende Profil des zu ersetzenden Gefahrstoffes demjenigen des Ersatzstoffes vergleichend gegenübergestellt werden. Die Sinnhaftigkeit von Substitutionsmaßnahmen lässt sich beispielhaft an Abbeizern und deren unterschiedlichen Inhaltsstoffen verdeutlichen.

In der Vergangenheit kam es bei der Anwendung dichlormethanhaltiger Abbeizer vermehrt zu Todesfällen aufgrund des hohen Dampfdruckes des Dichlormethans (DCM) in Kombination mit seiner direkt narkotischen Wirkung auf das zentrale Nervensystem. Die hohe Gefährdung führte schließlich zur Substitution des DCM, unter anderem mit N-methyl-2-pyrrolidon (NMP).

Dr. Tobias Weiß

Kompetenz-Zentrum Toxikologie
im Institut für Prävention und
Arbeitsmedizin der DGUV (IPA)
E-Mail: weiss@ipa-dguv.de

NMP besitzt im Vergleich zu DCM ein deutlich günstigeres toxisches Profil mit geringerem Dampfdruck und fehlender akut toxischer Wirkung, so dass die Substitution des DCM mit NMP aus Sicht der Prävention notwendig, sinnvoll und auch erfolgreich war.

NMP selbst ist jedoch nicht vollständig ungefährlich. Die Substanz wird erwiesenermaßen über die Haut aufgenommen, ist fortpflanzungsgefährdend und wird dementsprechend als reproduktionstoxisch gekennzeichnet (Kat. 1B). Obwohl bei Einhaltung ausgewählter Arbeitsschutzmaßnahmen (unter anderem Hautschutz) die Exposition von Beschäftigten minimiert werden kann, wurde NMP dennoch durch die strukturell ähnliche Substanz N-ethyl-2-pyrrolidon (NEP) ersetzt.

Dies gilt auch für andere Arbeitsbereiche. So konnte in Arbeitsplatzstudien des IPA gezeigt werden, dass NEP als Ersatz für NMP in der Automobilindustrie zum Einsatz kommt und Beschäftigte entsprechend exponiert sind. Vor dem Hintergrund, dass NEP in Analogie zu NMP ebenfalls reproduktionstoxisch ist und darüber hinaus eine deutlich höhere akute Toxizität als NMP besitzt, ist die Substitution von NMP mit dem Ersatzstoff NEP insgesamt äußerst kritisch zu hinterfragen.

Quo vadis?

Das Beispiel NMP-NEP zeigt, dass eine Durchführung von Substitutionsmaßnahmen nicht in jedem Fall trivial ist. Die Generierung fehlender wissenschaftlicher Daten zu Neu- und Ersatzstoffen, insbesondere beim Menschen, ist dementsprechend vor allem für die Forschung und Entwicklung eine hohe Herausforderung.

Das Beispiel NEP zeigt aber auch deutlich, dass die Wissenschaft nicht allein gefordert ist. Die fruchtschädigenden Eigenschaften des NEP wurden bereits 2007, die im Vergleich zu NMP höhere akute Toxizität bereits 1988 beschrieben – und damit deutlich vor der Einführung der Substitutionsmaßnahmen. Letztere wurden vor allem mit der Kennzeichnungspflicht von NMP ab 2011 vorangetrieben. Die Kennzeichnungspflicht als reproduktionstoxische Substanz (Kat. 1B) gilt für NEP nun seit 2015.

Der zeitliche Verlauf zeigt, dass es – trotz vorhandener wissenschaftlicher Daten – auch einer Optimierung der Entscheidungsabläufe in der Wissenschaft nachgeordneten Bereichen bedarf, um aus Sicht des Arbeitsschutzes eine Substitution auch als erfolgreiche Substitution bezeichnen zu können. ●

Neue Gesetzesvorhaben

Das Krankenhausstrukturgesetz¹

Hohe Qualität im Gesundheitswesen und eine Größe in der Krankenhausplanung – das sind die Ziele des Krankenhausstrukturgesetzes. Interessant sind sowohl die Notwendigkeit einer gesetzlichen Normierung als auch der vom Gesetzgeber beschrittene Weg.

Bisheriger Gang des Gesetzesvorhabens

Das Bundeskabinett hat am 10. Juni 2015 den Entwurf des Krankenhausstrukturgesetzes² beschlossen. Wesentliche Eckpunkte des Gesetzesvorhabens sollen eine Stärkung der Qualität der Krankenhausversorgung³ und eine Verbesserung der pflegerischen Situation in den Krankenhäusern sein, indem mehr Pflegekräfte ans Krankenbett und somit zu den Patientinnen und Patienten gebracht werden.⁴

Das Gesetz soll zum 1. Januar 2016 in Kraft treten. Es ist – wie in Gesetzgebungsverfahren üblich – davon auszugehen, dass der Gesetzentwurf bis zu dessen Inkrafttreten noch Veränderungen erfahren wird. Gleichwohl dürften die wesentlichen Eckpunkte bereits heute feststehen und in dem Gesetzesvorhaben umgesetzt werden, da diese durch eine gemeinsame Bundesländer-Arbeitsgruppe konsensual erarbeitet und über die positiven Voten der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden⁵, der Amtschefkonferenz⁶ sowie der Gesundheitsministerkonferenz⁷ Eingang in den aktuellen Entwurf gefunden haben.

Es lohnt daher ein Blick auf die wesentlichen Kernpunkte des Gesetzentwurfs⁸, die bisher hierzu zu vernehmenden Stimmen sowie eine Betrachtung der Handlungsmöglichkeiten, die sich für die BG-Klini-

ken, die im Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung e. V. zusammenschlossen sind⁹, daraus ergeben könnten.

Kernregelungen des KHSG

Zentrale Themen des Krankenhausstrukturgesetzes sind die Qualitätssicherung im Krankenhaus, die Krankenhausplanung und die Sicherung der Finanzierung der Betriebskosten sowie die Verbesserung der pflegerischen Situation in den Krankenhäusern.

Qualitätssicherung

Im Bereich der Qualitätssicherung sieht der Gesetzesentwurf mehrere Maßnahmen vor. Die Bundesländer können Qualitätsindikatoren in die Krankenhausplanung mit aufnehmen, welche vom Gemeinsamen Bundesausschuss¹⁰ entwickelt werden.¹¹ Nach der gesetzgeberischen Konzeption sind die vom GBA übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien bindend, es sei denn, das Land möchte für seine Planungsentscheidung davon abweichen.¹² Insoweit konstituiert das Gesetz einen positiven Begründungszwang für die Länder.

Man darf gespannt darauf sein, wie der GBA diese Qualitätskriterien beschreiben wird. Die sich aufdrängende rechtliche Frage ist insoweit, ob dieses Konzept verfassungsrechtlich trägt, da die Krankenhausplanung zum Kompetenzbereich der

Länder gehört und nunmehr wesentlich durch ein Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene inhaltlich bestimmt werden soll.

Weiterhin soll „schlechte Qualität“ in der Krankenhausversorgung künftig mit Vergütungsabschlägen bestraft und „gute Qualität“ mit Zuschlägen belohnt werden.¹³ Sinn und Zweck der Qualitätszuschläge beziehungsweise -abschläge soll sein, den Krankenhäusern finanzielle Anreize zur Erhaltung oder Verbesserung der Versorgungsqualität zu geben.¹⁴ Auch insoweit darf man gespannt darauf sein, wie die Formulierungen zu den Maßstäben und Bewertungskriterien des GBA gefasst sein werden, da diese derart konkret sein müssen, um den Vergütungsanspruch eines Krankenhauses zu mindern beziehungsweise auszuschließen, sowie einer gerichtlichen Überprüfung standhalten müssen.

Die zu beantwortenden Fragen sind: Was ist Qualität? Wann kann man bei einer Krankenhausbehandlung von „schlechter“ respektive „guter“ Qualität sprechen? Geht es um eine objektive und dann wohl abstrakte Beurteilung von Krankenhausstrukturen oder soll auf die konkret-individuelle Ebene des einzelnen Patienten oder der Patientin abgestellt werden?

Die Aufgabe des GBA wird sein, die bereits heute bestehenden Qualitätsstandards in die Formulierungen zu den Maßstäben und Bewertungskriterien hineinzubringen sowie noch tiefergehend zu definieren und zu schärfen. Insoweit ist für die qualitätsorientierte Systementwicklung eine intensiviertete Begleitforschung wichtig. Nach der Vorstellung des Gesetzgebers kann sich die Versorgungsqualität auf vorhandene Strukturen, auf Abläufe oder auch auf die Qualität des Behandlungsergebnisses des Krankenhauses beziehen.¹⁵ Ein Abstellen auf Strukturquali-

Autor



Foto: DGUV

Prof. Dr. Ralf Möller

Leiter Bereich Bildungsgänge, Berufsbildung der DGUV Akademie
Hochschule der Gesetzlichen Unfallversicherung (HGU)
E-Mail: ralf.moeller@dguv.de



Der Deutsche Bundestag hat am 2. Juli 2015 in erster Lesung den Gesetzentwurf zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSg) beraten. Das Gesetz soll zum 1. Januar 2016 in Kraft treten.

tät, also die technische und personelle Ausstattung einer Klinik, ist nachvollziehbar und messbar.

Die Betrachtung einer Prozessqualität hingegen – wie zum Beispiel notwendige Voruntersuchungen oder Antibiotikaprophylaxe durchgeführt werden – ist als Qualitätsmaßstab bereits schwieriger zu fassen, da sich hier Abgrenzungsfragen

„Die nicht ganz unparteiische Qualitätskontrolle gibt den Kostenträgern für Vergütungsverhandlungen ein scharfes Schwert in die Hand.“

zum ambulanten Sektor stellen. Wie sieht etwa die Zuständigkeit für Voruntersuchungen und deren Vergütung aus? Wie die Medikation als Aufgabe des ambulanten Sektors? Wer erhält für welche Prozedur welche Vergütung und wie werden Doppeluntersuchungen vermieden?

Ganz erhebliche Probleme bereitet die Berücksichtigung einer Ergebnisqualität. Zwar können Komplikationsraten und Infektionsraten gemessen werden – sagt dies allerdings etwas über die Qualität

der Klinik aus? Werden Aufnahmen von Patientinnen und Patienten von Kliniken künftig danach gesteuert, ob gegebenenfalls aufgrund von körperlichen Zuständen Komplikationen auftreten könnten? Dergestalt müsste nun ein Krankenhaus überlegen, um einer planerischen „Qualitätsfalle“ zu entgehen, die anschließend auch noch auf die Ebene der Vergütung durchschlagen kann.

Die Tauglichkeit dieses gesetzgeberischen Gedankenmodells ist jedenfalls aus juristischer Sicht hoch spannend: Der Behandlungsvertrag zwischen Krankenhaus beziehungsweise Ärztin und Arzt auf der einen Seite und Patientinnen und Patienten auf der anderen ist ein Dienstvertrag nach §§ 611 ff. BGB. Wesen der Verträge ist, dass gerade **kein** Erfolg geschuldet wird. Dies ist zutiefst richtig, da jeder Mensch höchst unterschiedlich und dessen Gesundheit ein individueller Wert ist, der zudem durch individuelles Empfinden geprägt ist.¹⁶

Die vom GBA zu entwickelnden planungsrelevanten Indikatoren werden an dieser rechtlichen Bewertung nichts ändern können. Es wird interessant sein zu beobachten, wie der GBA dieses Spannungsfeld zu lösen versucht. Ebenfalls nicht ganz unproblematisch ist die Kontrolle der Quali-

tätsanforderungen geregelt. Diese soll durch Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), also mittelbar über die Kostenträger erfolgen.¹⁷

Diese nicht ganz unparteiische Qualitätskontrolle gibt den Kostenträgern faktisch für Vergütungsverhandlungen ein scharfes Schwert in die Hand. Insoweit haben bereits in der jüngeren Vergangenheit Kostenträger im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern die – aus deren Sicht – zum Teil mangelhafte Versorgungsqualität in Krankenhäusern bemängelt.¹⁸ Die Qualitätskontrolle ist nach den Regelungen des Gesetzesentwurfs zweistufig aufgebaut.¹⁹

Schließlich sollen als finale Konsequenz „schlechter Qualität“ Fachabteilungen oder sogar ganze Krankenhäuser, die die notwendige Qualität dauerhaft nicht bieten können, aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden können.²⁰ Diese angedachte Konsequenz wird ebenfalls nicht leicht umzusetzen sein.

Ein Plankrankenhaus nach § 108 Nr. 2 SGB V ist aus Sicht der Versorgungsplanung eines Landes für die Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen der relevanten Fachabteilungen und „Betten“ erforderlich, sonst hätte eine Aufnahme ▶

in den Krankenhausplan und eine Feststellung per Verwaltungsakt erst gar nicht erfolgen dürfen.²¹ Es müssen daher vom GBA justiziable Qualitätskriterien entwickelt werden, damit die planerische Erforderlichkeit hinter die (ebenfalls neuen planerischen) Qualitätsparameter zurücktritt.

Die Mindestmengenregelung soll nach den Vorgaben der Rechtsprechung rechtsicher ausgestaltet werden. Auch diese dient dem Aspekt der Qualitätssicherung. Gerade im Bereich hochkomplexer Leistungen spielt Erfahrung eine nicht zu unterschätzende Rolle. Konsequenzen ergeben sich auch für den Bereich der Vergütung. Wird eine Leistung erbracht ohne die zuvor erforderliche Abstimmung mit den Kostenträgern, sind diese nicht zur Vergütung verpflichtet.²² Das Problem dieses Regelungskomplexes ist, dass auf diese Weise in die Krankenhausplanung mittelbar eingegriffen wird. Wenn ein Plankrankenhaus zur Leistungserbringung zugelassen ist, dann besteht auch ein Vergütungsanspruch.²³ Richtigerweise müsste daher künftig eine Mindestmengenregelung im jeweiligen Krankenhausplan des Landes und diesem folgend im Feststellungsbescheid des jeweiligen Krankenhauses enthalten sein.

Betriebskostenfinanzierung

Im Gesetzesentwurf sind zahlreiche Ansätze zur Verbesserung der Betriebskostenfinanzierung von Krankenhäusern enthalten.²⁴ Zu nennen sind hier zum Beispiel Qualitätszuschläge, Zuschläge für die Notfallversorgung in an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäusern, abhängig von den vorgehaltenen Notfallstrukturen, Sicherstellungszuschläge²⁵, Zentrums- und krankenhausesindividuelle Zuschläge zur Berücksichtigung von Mehrkosten, die aus Beschlüssen des GBA resultieren.

Das Mittel der qualitätsgesteuerten Vergütung sollen Qualitätsverträge zwischen Kostenträgern und Krankenhausträgern sein.²⁶ Das IQWiG²⁷ wird nach einer Erprobungszeit untersuchen, ob Qualitätsverträge eine hochwertige Versorgung fördern können. Insoweit sieht der Gesetzgeber zu Recht eine Begleitforschung vor. Erheblichen Einfluss auf die Leistungsvergütung werden zudem die vorgesehenen Änderungen bei der Kalkulation

der G-DRG²⁸ Fallpauschalen haben.²⁹

Grundsätzlich soll das Thema Mengensteuerung³⁰ einer Regelung zugeführt werden. Ziel des Gesetzgebers ist, die Fallzahlensteigerungen einzudämmen.³¹ Die Regelung ist zweistufig aufgebaut. Die Vertragsparteien auf Bundesebene müssen sich für G-DRG-2017 mit Blick auf die (abstrakte) Bewertung bei wirtschaftlich begründeten Fallzahlensteigerungen einigen.³² Anschließend wird die (konkrete) Mengensteuerung ab dem Jahr 2017 auf die Landes- und Krankensebene verlagert.³³

In diesem Zusammenhang ist die Annäherung der Landesbasisfallwerte an den einheitlichen Basisfallkorridor zu betrachten.³⁴ Ebenfalls bemerkenswert ist, dass der Investitionsabschlag für Kliniken bei der ambulanten Vergütung von 10 auf 5 vom Hundert halbiert wird.

Krankenhausplanung und Investitionskostenfinanzierung

Das duale Finanzierungssystem stationärer Krankenhausleistungen wird beibehalten. Es bleibt deshalb dabei, dass die Kostenträger die Betriebskosten und die Länder die Investitionskosten finanzieren. Eine Abkehr von diesem System – und Rückkehr zur bereits früher gegebenen monistischen Finanzierung – scheint derzeit nicht erforderlich zu sein oder wird als praktisch nicht umsetzbar angesehen.

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass die Investitionskostenfinanzierung mindestens den Durchschnitt der in den Jahren 2012 bis 2014 aufgewendeten Mittel trägt, wobei sich das Land dazu entsprechend „freiwillig“ entscheiden muss.³⁵ Dies ist nicht ganz einfach für die Bundesländer, da Haushaltsmittel in der Zukunft gebunden werden und dies dem verfassungsrechtlich intendierten Ziel der Haushaltskonsolidierung – Stichwort: Schuldenbremse – entgegensteht. Weiterhin ist eine planerische Umstrukturierung der stationären Versorgung angedacht. Es ist ein Strukturfonds³⁶ vorgesehen, mit dem Überkapazitäten abgebaut, eine stärkere Konzentration von Versorgungsangeboten erreicht und Umstrukturierungen in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen ermöglicht werden sollen.

Die Verwendung des mit 500 Millionen Euro über den Gesundheitsfonds finanzier-



Foto: BG Kliniken Bergmannstrost Halle (Saale)/Jan-Pauls

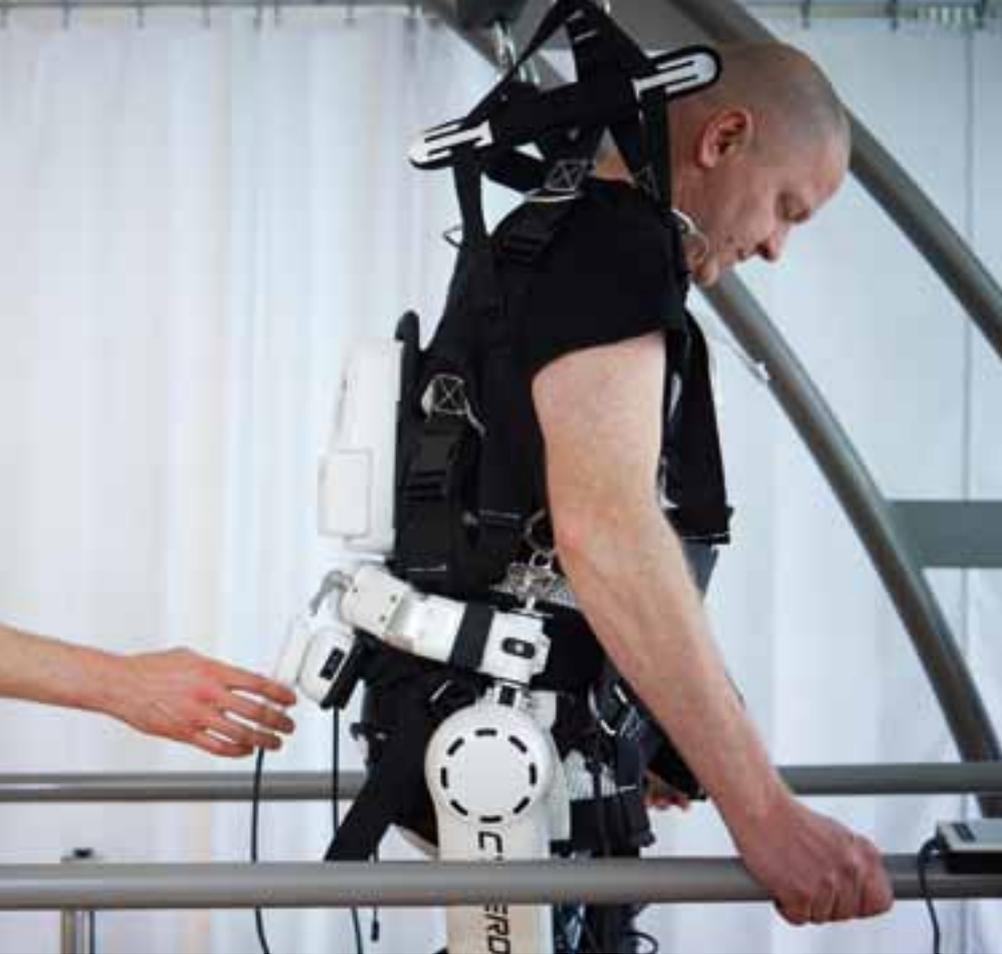
ten Fonds setzt voraus, dass sich die Länder zur Hälfte an den Kosten beteiligen. Dementsprechend könnte maximal ein Finanzvolumen von 1 Milliarde Euro zur Verfügung stehen. Die Fördergelder werden zusätzlich neben der Investitionskostenfinanzierung zur Verfügung gestellt.

Die Entscheidung darüber, welche Maßnahme gefördert werden soll, trifft das Land im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden. Da nach § 12 Abs. 1 S. 3 Hs. 1 KHSG-E ausdrücklich Zweck des Strukturfonds sein soll, Überkapazitäten abzubauen, stationäre Versorgungsangebote und Standorte zu konzentrieren sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen zu betreiben, wäre zu erwarten, dass sich der Gesetzgeber gerade im Hinblick auf diese Ziele zu kartellrechtlichen Fragestellungen äußert³⁷. Hierzu schweigt der Gesetzesentwurf allerdings.

Mehr Personal in der Pflege

Die Bundesregierung initiiert ein Pflegestellen-Förderprogramm.³⁸ Das Gesamtvolumen des Programms beträgt in den Jahren 2016 bis 2018 insgesamt 660 Millionen Euro (pro Jahr 220 Millionen Euro).

Ab dem Jahr 2019 stehen dauerhaft 350 Millionen Euro jährlich zur Verfügung. Aus Sicht der Bundesregierung wird da-



durch ermöglicht, im stationären Sektor voraussichtlich 6.350 neue Stellen zur Patientenpflege am Bett zu schaffen.³⁹ Das Programm wird insbesondere seitens der Krankenhäuser und Gewerkschaften als nicht auskömmlich bewertet.⁴⁰

Insgesamt erfordert die gesetzliche Umgestaltung des stationären Sektors nicht unerhebliche Finanzmittel. Diese werden von den Kostenträgern sowie dem Bund und den Bundesländern erbracht.⁴¹

Stellungnahmen zum Gesetzesentwurf

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) kritisiert den Gesetzesentwurf in den wesentlichen Kernbereichen als Etikettenschwindel.⁴² Weder die steigende Belastung des Personals werde vom Gesetzgeber als Problem erkannt noch der von den Bundesländern zu verantwortende Investitionsstau beseitigt. Zudem würden über die Regelungen zum Versorgungszuschlag den Krankenhäusern 500 Millionen Euro an Finanzierungsmitteln entzogen. Ebenso sei die Betriebskostenfinanzierung völlig unzureichend, da der Gesetzesentwurf zum Beispiel Tarifsteigerungen nicht berücksichtige. Auch fänden die zusätzlichen Dokumentationspflichten keine Akzeptanz.

Der Verband der Ersatzkassen (VdEK) hat sich kritisch zum Entwurf des KHSG ge-

äußert.⁴³ Die geplanten Vergütungsabläufe bei Nichterfüllen von in die Krankenhausplanung eines Landes aufgenommenen Qualitätsindikatoren seien kritisch zu betrachten. Eine Krankenhausreform dürfe schlechte Qualität nicht billiger machen, sondern müsse diese von der Krankenhausversorgung ausschließen.

Positiv seien im Gesetzesentwurf die zahlreichen Ansätze zur Verbesserung der Betriebskostenfinanzierung von Krankenhäusern zu sehen, allerdings werde das große Problemfeld ökonomisch motivierter Mengensteigerungen nicht konsequent angegangen. Weiterhin konstatiert der VdEK, dass das Problem der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung durch die Länder mit der anstehenden Krankenhausreform nicht gelöst werde.

Demgegenüber sieht der AOK-Bundesverband den Gesetzesentwurf dem Grunde nach positiver.⁴⁴ Insbesondere der Qualitätsansatz in der medizinischen Versorgung im Rahmen der Krankenhausplanung sei zu begrüßen. Allerdings werden die im Gesetzesentwurf bezifferten Mehrausgaben für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kritisch bewertet. Ebenso enthalte der Gesetzesentwurf keine Lösungsansätze für den von den Bundesländern zu verantwortenden Investitionskostenstau. Schließlich sei auch das Personalförderprogramm unzureichend.



Test eines Exoskeletts in der BG-Klinik Halle: Den BG-Kliniken mit ihren hohen Qualitätsstandards bieten sich durch das neue Gesetz hervorragende Entwicklungsmöglichkeiten.

Die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di bezeichnet den Gesetzesentwurf als „enttäuschend“.⁴⁵ Kritisiert wird vor allem die mangelnde Personalausstattung in den Krankenhäusern und dass der Gesetzesentwurf hier keine Verbesserungen bringe. Der Fehlbedarf wird mit insgesamt 162.000 Arbeitskräften, davon allein im Pflegebereich mit rund 70.000 Fachkräften beziffert.

Der Deutsche Städtetag kritisiert die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Maßnahmen der Finanzierung sowohl der laufenden Betriebskosten als auch der Investitionen als unzureichend und mahnt insbesondere im Bereich der Investitionskostenfinanzierung Nachbesserungen an.⁴⁶

Perspektiven für BG-Kliniken

Das wesentliche Kernelement des KHSG ist die Qualität in der stationären Versorgung. Über die oben genannten Maßnahmen soll hohe Qualität erhalten oder das bisherige Qualitätsniveau einer Klinik gesteigert werden. Gerade den BG-Kliniken mit ihren hohen Qualitätsstandards bieten sich insoweit hervorragende Entwicklungsmöglichkeiten. Wegen der unfallversicherungsrechtlichen Leistungserbringung sind in den Bereichen Struktur- und Prozessqualität hohe Standards vorhanden, die als Wettbewerbsvorteil auch in der Leistungserbringung im System der GKV genutzt werden könnten.

Sinnvoll ist insoweit ein Blick über den Tellerrand hinaus. Die Frage ist dabei auch, welche Leistungen künftig als eigene Kernleistungen erbracht werden und wie das Leistungsspektrum über Kooperationen mit Partnern der Spitzenversorgung ergänzt werden kann. Hier sollte Ziel sein, die eigenen vorhandenen Kompetenzen zu Leuchtturmsnetzwerken in den Regionen der BG-Kliniken auszubauen.

Wegen der hohen Qualitätsstandards sollten dabei die Struktur- und Prozessqualität der BG-Kliniken auf die jeweiligen Leuchtturmsnetzwerkpartner übertragen werden. Auf diese Weise können Quali-

tätspartnerschaften als Vorreiter der medizinischen Innovation entstehen.

Mit Blick auf die Änderungen, die durch das KHSG im Bereich der Vergütung der stationären Leistungserbringung angedacht sind, stellen sich auch für die BG-Kliniken Zukunftsfragen, die mit den jüngst vollzogenen Änderungen der Vergütungsstruktur in der gesetzlichen Unfallversicherung zusammenhängen.

Mit Wirkung zum 1. Januar 2015 ist die Vergütung der stationären unfallversicherungsrechtlichen Leistungserbringung von einem System der tagesgleichen Tagessätze auf ein neues System umgestellt worden, dessen Kern die Trennung der beiden Bestandteile Betriebskosten und Investitionskosten und deren Auszahlung nach unterschiedlichen Verfahren sowie die Anwendung von an G-DRG orientierten Fallpauschalen für geeignete Leistungen vorsieht.⁴⁷

Diese Systemumstellung ist vor dem Hintergrund des seit Jahren im System der GKV eingeführten und bewährten Systems der Finanzierung der Betriebskosten nach G-DRG sowie der davon getrennten Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer konsequent und aus systemischer Sicht richtig. Unter den Gesichtspunkten Qualität, Leistungserbringung aus einer Hand und systemische Besonderheiten ist die Finanzierung einiger unfallversicherungsspezifischer Kernbereiche weiterhin über tagesgleiche Pflegesätze abgebildet.

Die Besonderheit des neuen Vergütungssystems ist, dass jederzeit eine Änderung der Zuordnung der stationären Leistungen zu Pflegesätzen oder Fallpauschalen möglich ist, sofern sich dies als notwendig erweist.⁴⁸ Diese Grundentscheidung für eine Beobachtung des „lernenden“⁴⁹ Systems G-DRG und dessen Übertragbarkeit auf die Besonderheiten der Leistungserbringung in der Gesetzlichen Unfallversicherung dürfte sich nach Auffassung des Verfassers noch als sehr weitsichtig erweisen.

Der Gesetzgeber der GKV hat ablesbar an den angedachten Regelungen des KHSG erkannt, dass über das System der Fallpauschalen Qualität in der Spitze wohl nicht zu finanzieren sein dürfte, sonst wären entsprechende Qualitätszuschläge nicht erforderlich.

Insoweit leuchtet ein, dass eine Finanzierung – auch im Verhältnis zum System der GKV – qualitativ hochwertiger stationärer Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung über an G-DRG orientierten Fallpauschalen im Einzelfall wegen der systemischen Besonderheiten nicht auskömmlich sein kann. Deshalb sieht das neue Vergütungssystem in der gesetzlichen Unfallversicherung konsequenterweise den UV-Zuschlag vor, der zusätzlich zu Fallpauschalen vergütet wird. In beiden Leistungs- und Vergütungssystemen wird es somit künftig Qualitätszuschläge geben.

Interessant wird dabei zu beobachten sein, wie sich die Zuschläge – einerseits Qualitätszuschläge in der GKV, andererseits die UV-Zuschläge in der Gesetzlichen Unfallversicherung – vergleichsweise und vor dem Hintergrund der systembedingten Unterschiede entwickeln werden.

Zur erfolgreichen Umsetzung von Qualitätssicherungssystemen – unabhängig davon, ob im System der GKV oder der gesetzlichen Unfallversicherung – ist somit offenbar eine Anpassung der Finanzierungssysteme durch Einführung von Zuschlägen erforderlich. Ob allein die Einführung von Qualitätszuschlägen ausreichend ist oder auch Regelungen zu Investitions-, Struktur- und Vorhaltekosten erforderlich sein könnten, bleibt einer Beobachtung der Vergütungssysteme und Begleitforschung vorbehalten.

Ausblick

Das KHSG wird einige Neuerungen für die Planung und Finanzierung von Kliniken einführen. Das Kernziel des Gesetzgebers, Qualität in den Mittelpunkt zu stellen, kann als Idee nur Beifall finden. Fraglich ist allerdings, ob die angedachten Maßnahmen hierzu hinreichend sind.

Deutlich wird, dass die systemische Abgrenzung einerseits der Krankenhausplanung als Hoheitsaufgabe der Bundesländer und andererseits die Betriebskostenfinanzierung durch die Kostenträger einer weiteren gesetzgeberischen Abstimmung bedarf. Hier enthält der Gesetzesentwurf noch einige unstimmmige Passagen.

Die dahinterstehende Frage ist, ob die duale Finanzierung tatsächlich der richtige Weg ist, da beide Bereiche zum Beispiel über die vorgesehenen Regelungen zu Zu-

schlägen beziehungsweise Abschlüssen wechselseitig zusammenwirken. Die Beantwortung dieser Frage und die sich daraus ergebenden Folgen dürften der einzig richtige Weg für eine zukunftsorientierte Krankenhausplanung und -finanzierung sein.

Die Kraft, diesen Weg zu beschreiten, hat derzeit kein Beteiligter. Die nächste „Reform“ nach dem KHSG dürfte deshalb nicht lange auf sich warten lassen. ●

Fußnoten

[1] Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung, Vorabfassung der Bt.-Drucks, 18/5372 vom 30.06.2015, www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/GE_KHSG.pdf (Stand 7.7.2015).

[2] Im Folgenden KHSG-E.

[3] Art. 1 Nr. 1 KHSG-E mit einer Änderung des § 1 Abs. 1 KHG.

[4] Vergleiche Bundesgesundheitsministerium – BMG, www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/krankenhaus-strukturgesetz.html (Stand 2.7.2015).

[5] AOLG. Diese setzt sich aus den Leiterinnen und Leitern der Gesundheitsabteilungen der Länder zusammen. Das BMG und ggf. andere Einrichtungen wie etwa das Robert Koch-Institut oder das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nehmen als Gäste teil. Vergleiche <https://www.gmkonline.de/> (Stand 2.7.2015).

[6] ACK. Der ACK gehören die Staatssekretäre für Gesundheit und die Staatsräte für Gesundheit der Länder an; vergleiche <https://www.gmkonline.de/> (Stand 2.7.2015).

[7] GMK. Dieser gehören die Gesundheitsminister des Bundes und der Länder an; vergleiche <https://www.gmkonline.de/> (Stand 2.7.2015). Vergleiche zu Regelungen des KHSG TOP 9.2 der 88. GMK, [https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=308&jahr=\(Stand 2.7.2015\) sowie TOP 12.5 der 87. GMK, https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=203&jahr=2014](https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=308&jahr=(Stand 2.7.2015) sowie TOP 12.5 der 87. GMK, https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=203&jahr=2014) (Stand 2.7.2015).

[8] Vergleiche hierzu auch Metzner in Krankenhaus Umschau, Ausgabe 6/2015, Seite 51 ff., dessen Zusammenfassung und Kommentar zum Referentenentwurf wohl auch dadurch geprägt sein dürfte, dass er einer der Autoren des Papiers der Bund-Länder-Arbeitsgruppe ist.

[9] KUV; siehe hierzu www.k-uv.de/der-klinikverbund (Stand 2.7.2015). Vergleiche hierzu auch DGUV-Forum 10/2014, Seiten 8 bis 9, Interview mit Herrn Dr. Breuer und Herrn Nieper.

[10] Im Folgenden: GBA.

[11] Vergleiche insgesamt das Maßnahmenpaket nach Art. 6 Nr. 15 KHSG-E mit einer Ersetzung von §§ 136 f. SGB V durch die neuen §§ 135b bis 137 SGB V und hier insbesondere § 136b SGB V in der Fassung des KHSG-E. Vergleiche zum Aspekt der Qualität in der Krankenhausplanung auch Laufer in Krankenhaus Umschau, Ausgabe 6/2015, Seite 26 ff.

[12] Art. 1 Nr. 2 KHSG-E mit einer Einfügung des neuen § 6 Abs. 1a KHG.

[13] Art. 2 Nr. 5 Lit. d) KHSG-E mit einer Einfügung der neuen § 5 Abs. 3 a) bis c) KHEntgG. Siehe auch Roeder/Bunzemeier/Heumann, Das Krankenhaus, Ausgabe 7/2015, 626, 627 f.

[14] Vergleiche www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/krankenhausstrukturgesetz/faq-khsg.html (Stand 6.7.2015) sowie Teil B der Gesetzesbegründung zu Art. 2 Nr. 5 Lit. d) KHSG-E.

[15] Gesetzesbegründung Teil A II. 1. Vergleiche auch www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/krankenhaus-strukturgesetz/faq-khsg.html (Stand 6.7.2015).

[16] Siehe hierzu demnächst die Veröffentlichung Möller, SGB 2015, Seiten 423 bis 429.

[17] Art. 6 Nr. 2 KHSG-E mit einer Einfügung der neuen § 275a SGB V.

[18] Vergleiche zum Beispiel die Presseerklärung des AOK-Bundesverbandes zum Krankenhausreport 2014 der AOK, deren erste Überschrift „Risikofaktor Krankenhaus“ lautet; vergleiche www.aokbv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2014/krankenhaus_report_2014_pressemappe_210114.pdf (Stand 15.7.2015).

[19] Erste Stufe: Ergreifen von Maßnahmen der Qualitätsverbesserung; zweite Stufe: Sanktionen zum Beispiel über Vergütungsabschlüsse.

[20] Art. 1 Nr. 3 Lit. a) KHSG-E mit einer Einfügung des neuen § 8 Abs. 1a bis 1c KHG.

[21] Siehe hierzu grundlegend Möller, VSSR 2007, 263 bis 287.

[22] Art. 2 Nr. 8 Lit. b) bb) KHSG-E mit einer Einfügung in § 8 Abs. 4 KHEntgG. Vergleiche auch § 136b Abs. 4 SGB V KHSG-E.

[23] Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V erforderlich ist; vergleiche zum Beispiel Bundessozialgericht vom 16.12.2008, B 1 KN 1/07 KR R, SozR 4-2500 § 109 Nr. 13, Rdnr. 11 mit weiteren Nachweisen; vom 8.11.2011, B 1 KR 8/11 R, SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, Rdnr. 13 mit weiteren Nachweisen.

[24] Vergleiche hierzu im Einzelnen Roeder/Bunzemeier/Heumann, Das Krankenhaus, Ausgabe 7/2015, 626, 627 ff., insbesondere ab Seite 628.

[25] Art. 2 Nr. 5 Lit. b) KHSG-E mit einer Neufassung des § 5 Abs. 2 KHEntgG.

[26] Art. 6 Nr. 10 KHSG-E mit einer Einfügung der neuen § 110a SGB V.

[27] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Zur Untersuchung vergleiche § 136b Abs. 8 SGB V in der Fassung des KHSG-E.

[28] Abkürzung für „German-Diagnosis Related Groups-System“. Vergleiche hierzu die Informationen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK, www.g-drg.de/cms/ (Stand 15.7.2015).

[29] Art. 1 Nr. 7 Lit. c) cc) KHSG-E mit einer Einfügung des § 17b Abs. 3 S. 4 bis 5 KHG; sogenannte repräsentative Kalkulation. Siehe auch Gesetzesbegründung Teil A II. 3. Vergleiche auch Roeder/Bunzemeier/Heumann, Das Krankenhaus, Ausgabe 7/2015, 626, 631 f.

[30] Siehe hierzu und damit zusammenhängend zum Zweitmeinungsverfahren auch Roeder/Bunzemeier/Heumann, Das Krankenhaus, Ausgabe 7/2015, 626, 626 f.

[31] Gesetzesbegründung Teil A II. 4.

[32] Art. 2 Nr. 9 Lit. a) mit einer Neufassung des § 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG; zu beachten in diesem Zusammenhang auch die Neuregelung des § 9 Abs. 1c KHEntgG.

[33] Art. 2 Nr. 4 Lit. d) mit einer Neuregelung des § 4 Abs. 2b KHEntgG i. V. m. der Neufassung von 10 Abs. 3 S. 1 Nr. 4 KHEntgG-KHSG-E sowie § 10 Abs. 13 KHEntgG-KHSG-E.

[34] Art. 2 Nr. 10 Lit. e) bb) KHSG-E mit der Neuregelung von § 10 Abs. 8 KHEntgG.

[35] Art. 1 Nr. 5 KHSG-E mit der Regelung des neuen § 12 Abs. 2 Nr. 3 Lit. a) KHG.

[36] Art. 1 Nr. 5 KHSG-E mit einer Einfügung der neuen § 12 bis 14 KHG.

[37] Vergleiche zu dieser Problematik zum Beispiel Möller, Das Krankenhaus 2007, 306 bis 311.

[38] Gesetzesbegründung Teil A II. 2. Vergleiche Art. 2 Nr. 4 Lit. i) mit einer Neuregelung des § 4 Abs. 8 KHEntgG sowie die entsprechende Gesetzesbegründung in Teil B.

[39] Vergleiche www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/khsg-bundestag.html (Stand 6.7.2015).

[40] Siehe Das Krankenhaus, Ausgabe 7/2015, Seiten 617 bis 619.

[41] KHSG-E, Teil D.

[42] Pressemitteilung der DKG vom 10.6.2015, www.dkgv.de/dkg.php/cat/38/aid/13506 (Stand 2.7.2015). Siehe hierzu auch Das Krankenhaus, Ausgabe 7/2015, Seite 620.

[43] Vergleiche www.vdek.com/politik/gesetze/krankenhausstrukturgesetz-khsg.html (Stand 2.7.2015).

[44] AOK-Medienservice, Ausgabe 05/15 vom 15.5.2015, Seiten 2 bis 4, www.aokbv.de/imperia/md/aokbv/presse/medienservice/politik/ams_p_0515_web.pdf (Stand 2.7.2015).

[45] Vergleiche <https://www.verdi.de/themen/nachrichten/++co++dae59dd2-fe03-11e4-ac05-52540059119e> (Stand 2.7.2015).

[46] Vergleiche www.staedtetag.de/presse/mitteilungen/073819/index.html (Stand 2.7.2015).

[47] Vergleiche hierzu Thiel/Roßbach in DGUV Forum, Ausgabe 10/2014, Seiten 10 bis 12.

[48] Thiel/Roßbach in DGUV Forum, Ausgabe 10/2014, 10, 10, dort auch zum sogenannten „UV-Zuschlag“.

[49] So die seit Einführung von G-DRG als Mantra postulierte Besonderheit des Fallpauschalensystems.

- Nähere Erläuterungen zu den Themen „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ und „Krankenhausplanung“ finden Sie auf der Website des Verbandes der Ersatzkassen unter: www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/Qualitaetssicherung.html und www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/krankenhausplanung.html



Ärztliche Begutachtung

„Gutachten müssen passen“

Damit ärztliche Gutachten möglichst passgenau ausfallen, müssen geänderte Rahmenbedingungen zukünftig in den Prozess miteinfließen.

Ärztliche Gutachten helfen ihren Auftraggebern bei der Entscheidung in einem Einzelfall. Neben der Kausalität geht es in der gesetzlichen Unfallversicherung meist um die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE). Sie orientiert sich nicht an der konkreten letzten Tätigkeit, sondern wird durch eine abstrakte Betrachtung des allgemeinen Arbeitsmarktes eingeschätzt.

Damit die Versicherten und die Gerichte von den Gutachten überzeugt werden, müssen Ärztinnen, Ärzte und Versicherungen außer den rechtlichen Grundlagen auch gesellschaftliche Megatrends berücksichtigen, also sich verändernde Verhältnisse in der Technik, der Medizin, des Arbeitsmarktes und der Rechtsentwicklung.

Im Idealfall sollte ein Konsens über diese Einflussfaktoren zur MdE bestehen, an denen alle Gutachten orientiert werden und an die sich Auftraggebende halten.

Aktives Vorgehen

Dabei hilft aber kein Abwarten, etwa auf die Urteile von Gerichten, die vorgeben könnten, die MdE an Veränderungen anzupassen. Vielmehr gehört es zu einer aktivierenden Sozialversicherung, dass wichtige Themen innovativ aufgegriffen und transparent gemacht werden.

Stets hat die gesetzliche Unfallversicherung ihren Teil dazu beigetragen wie etwa beim Auswahlrecht der Gutachterinnen und Gutachter, bei der Beurteilung von Kausalzusammenhängen und auch bei deren angemessener Vergütung. Deswegen haben vor Kurzem die Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer der Unfallversicherungsträger eine Arbeitsgruppe auf der Ebene der DGUV eingesetzt, um

Autor



Dr. Friedrich Mehrhoff

Stabsbereich für Rehabilitationsstrategien und -grundsätze der DGUV
E-Mail: friedrich.mehrhoff@dguv.de

Foto: DGUV

„Die Diskussion zur Weiterentwicklung der ärztlichen Begutachtung steht erst am Anfang. Aber der Dialog muss beginnen.“

den interdisziplinären Dialog über Zukunftsfragen der ärztlichen Begutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung strukturiert fortzusetzen.

Geänderte Rahmenbedingungen

In diesem Dialog werden sicherlich vier Veränderungen eine besondere Rolle spielen:

1. Die Behindertenrechtskonvention (BRK) der Vereinten Nationen, die 2009 in das deutsche Rechtssystem übertragen wurde, legt auf die Fähigkeiten wert und nicht nur auf die Beschreibung der Defizite von Menschen. Dieser menschenrechtliche Perspektivwechsel verändert auch die Begutachtung von gesundheitlichen Einschränkungen.

Deswegen beschäftigt sich der ärztliche Beirat im Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) mit der Weiterentwicklung der Versorgungsmedizinverordnung. Dort werden gerade die Einschätzungen angepasst, wann jemand mit welchem Grad schwerbehindert ist (GdB). Daran wird sich auch die gesetzliche Unfallversicherung orientieren müssen, zumal ihr die Grundsätze der UN-BRK besonders am Herzen liegen, wie sich aus ihren Aktionsplänen ergibt.

2. Zu den Grundsätzen der UN-BRK gehört auch, dass sich die Beurteilung von Defiziten der Menschen nicht nur auf medizinische Aspekte beschränken darf. Dieses Menschenrecht spiegelt sich in der ICF (Internationale Klassifikation von Funktionen) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wider, die gerade den psychosozialen Faktoren bei der Beurteilung medizinischer Sachverhalte einen besonderen Raum gibt.

Die Auswirkungen solcher Kontextfaktoren, die die Psyche und Seele betreffen, können mitunter nur durch die zusätzliche Einbeziehung von Fachleuten gerecht geklärt werden. Und sie verän-

dern die Bewertung der MdE, bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, auch wenn die Unfallversicherungsträger zuvor alle „geeigneten Mittel“ zur Vermeidung einer Erwerbsminderung genutzt haben.

3. Wenn im ärztlichen Gutachten Einschränkungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt geklärt werden müssen, so wie in der gesetzlichen Unfallversicherung, dann bedeutet das auch, dass die Veränderung des Arbeitsmarktes in den letzten Jahren zu berücksichtigen ist.

Eigentlich müssen die Gutachterinnen und Gutachter sowie die entscheidenden Auftraggebenden bei ihrer Bewertung den Arbeitsmarkt oder (bei Empfehlungen zur Wiedereingliederung im Einzelfall) den Beruf oder den Arbeitsplatz kennen, wenn sie beurteilen, inwieweit der zu begutachtenden Person der Arbeitsmarkt verschlossen ist.

Meist geben ihnen die Begutachtungsbücher oder Empfehlungen von Fachgesellschaften, manchmal auch die Entscheidungen von Gerichten eine Orientierungshilfe. Bisher wurde diese Methode der Konsenswerte bis auf wenige Ausnahmen als gerecht und befriedend empfunden, worauf andere Länder mit hohem Konfliktpotenzial in der Begutachtung neidvoll blicken. Diesen deutschen Weg des Augenmaßes sollten wir auch nicht verlassen.

4. Die Technik hat die Hilfsmittelversorgung revolutioniert. Nicht nur eine Brille hilft wieder sehen oder ein Hörgerät wieder hören, sondern Amputierte können wieder laufen und sogar Querschnittgelähmte wagen die ersten Schritte mit einem Roboter.

Die sich daran anschließende Frage ist, wie sich diese Nachteilsausgleiche auf die Höhe der Minderung der Erwerbsfähigkeit auswirken. Denn die gesetzliche

Unfallversicherung investiert viel, mehr als ausreichend und zweckmäßig in die Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Versicherten gemäß der rechtlichen Vorgabe „Rehabilitation vor Rente“.

Das Pendel darf indes nicht einseitig ausschlagen. Eine veränderte Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit in den Fällen, in denen Hilfsmittel im Einzelfall tatsächlich die Teilhabe am allgemeinen Arbeitsleben verbessert, wäre nur konsequent.

Ausblick

Die Diskussion zur Weiterentwicklung der ärztlichen Begutachtung steht erst am Anfang. Aber der Dialog muss beginnen und die widerstreitenden Interessen müssen einer maßvollen Lösung zugeführt werden. Der Diskurs darüber muss transparent sein. Dazu dient etwa das Diskussionsforum unter www.Reha-Recht.de, wo auch ein Forum „Ärztliche Begutachtung“ zur Verbreitung von Argumenten und Meinungen einlädt.

„Es gehört zu einer aktivierenden Sozialversicherung, dass wichtige Themen innovativ aufgegriffen und transparent gemacht werden.“

Wichtig ist auch, aus den Diskussionen in Nachbarländern Nutzen zu ziehen, wo Auswirkungen der gesellschaftlichen Veränderungen auf die ärztliche Begutachtung ebenso diskutiert werden. So etwa geht Belgien den Weg zur Fortbildung im Disability-Management. Die Ärztinnen und Ärzte sollen sich dort mehr auf „Return-to-Work“-Aspekte konzentrieren, also auf die verbleibenden Fähigkeiten zu arbeiten. Bei diesem internationalen Bildungsprogramm zum Disability Management nimmt die gesetzliche Unfallversicherung in Deutschland (www.disability-manager.de) eine Führungsrolle ein. ●

Unfallversicherung

	2012	2013	2014	Veränd. v. 2013 auf 2014 (%)	
Organisation					
UV-Träger	35	35	35		0,0
Sektionen und Bezirksverwaltungen ¹	76	76	74	-	2,6
Umfang der Versicherung					
Unternehmen/Einrichtungen	3.866.445	3.916.612	4.003.444	+	2,2
Vollarbeiter ²	37.957.013	38.873.944	39.060.408	+	0,5
Versicherte	76.159.014	78.065.883	78.880.657	+	1,0
<i>davon in der Schüler-UV</i>	<i>17.150.120</i>	<i>17.155.415</i>	<i>17.112.531</i>	-	0,2
Versicherungsverhältnisse ²	81.803.446	85.174.546	86.031.535	+	1,0
Entgelt¹					
Der Beitragsberechnung zugrundegelegtes Entgelt					
in 1.000 € ¹	816.686.778	841.506.133	876.687.711	+	4,2
pro (GBG-)Vollarbeiter ¹	24.856	24.987	25.923	+	3,7
Arbeits- und Wegeunfälle					
Meldepflichtige Arbeitsunfälle ²	885.009	874.514	869.817	-	0,5
je 1.000 Vollarbeiter	23,32	22,50	22,27	-	1,0
je 1 Mio. geleisteter Arbeitsstunden	14,76	14,51	14,27	-	1,6
Meldepflichtige Schulunfälle	1.229.546	1.212.563	1.283.506	+	5,9
je 1.000 Schüler	71,69	70,68	75,00	+	6,1
Meldepflichtige Wegeunfälle ²	176.356	185.667	174.240	-	6,2
je 1.000 gew. Versicherungsverhältnisse	3,93	4,08	3,75	-	8,0
Meldepflichtige Schulwegunfälle	110.908	112.225	109.992	-	2,0
je 1.000 Schüler	6,47	6,54	6,43	-	1,7
Meldepflichtige Unfälle zusammen²	1.061.365	1.060.181	1.044.057	-	1,5
Meldepflichtige Schülerunfälle zusammen	1.340.454	1.324.788	1.393.498	+	5,2
Neue Arbeitsunfallrenten ²	15.344	14.990	14.540	-	3,0
je 1.000 Vollarbeiter	0,404	0,386	0,372	-	3,5
Neue Schulunfallrenten	601	542	472	-	12,9
je 1.000 Schüler	0,035	0,032	0,028	-	12,7
Neue Wegeunfallrenten ²	5.449	5.146	4.997	-	2,9
je 1.000 gew. Versicherungsverhältnisse	0,121	0,113	0,108	-	4,8
Neue Schulwegunfallrenten	315	230	244	+	6,1
je 1.000 Schüler	0,018	0,013	0,014	+	6,4
Neue Unfallrenten zusammen²	20.793	20.136	19.537	-	3,0
Neue Schülerunfallrenten zusammen	916	772	716	-	7,3
Tödliche Arbeitsunfälle ²	500	455	483	+	6,2
Tödliche Schulunfälle	8	6	6		x
Tödliche Wegeunfälle ²	386	317	322	+	1,6
Tödliche Schulwegunfälle	48	37	36	-	2,7
Tödliche Unfälle zusammen²	886	772	805	+	4,3
Tödliche Schülerunfälle zusammen	56	43	42	-	2,3
Berufskrankheiten (BKen)					
Verdachtsanzeigen	70.566	71.579	71.685	+	0,1
Entschiedene Fälle	71.389	72.927	75.179	+	3,1
davon:					
BK-Verdacht bestätigt	35.293	36.202	36.754	+	1,5
Anerkannte Berufskrankheiten	15.291	15.656	16.112	+	2,9
darunter: neue BK-Renten	4.924	4.815	5.155	+	7,1
Berufliche Verursachung festgestellt, besondere	20.002	20.546	20.642	+	0,5
BK-Verdacht nicht bestätigt	36.096	36.725	38.425	+	4,6
Todesfälle infolge einer BK	2.454	2.343	2.457	+	4,9
Rentenbestand					
Verletzte und Erkrankte	855.664	842.899	830.534	-	1,5
Witwen und Witwer	737.675	727.162	716.864	-	1,4
Waisen	105.540	103.861	102.935	-	0,9
Sonstige	12.415	11.845	10.704	-	9,6
	34	31	31		0,0

	2012	2012	2012	Veränd. v. 2013 auf 2014 (%)
Aufwendungen und Umlage in €				
Umlagesoll ⁴ der gewerblichen Berufsgenossenschaften	10.599.173.215	10.534.901.168	10.679.707.589	+ 1,4
Durchschnittsbeitragssatz gewerbliche Berufsgenossenschaften	1,30 %	1,25 %	1,22 %	- 2,7
Umlagebeitrag der UV-Träger der öffentl. Hand	1.320.375.980	1.375.271.532	1.437.478.653	+ 4,5
Prävention	1.013.342.263	1.037.823.865	1.083.191.237	+ 4,4
Entschädigungsleistungen	9.460.441.171	9.597.732.704	9.769.448.150	+ 1,8
darunter: Heilbehandlung, sonst. Rehabilitation	3.863.217.392	3.997.118.452	4.152.279.455	+ 3,9
Finanzielle Kompensation	5.597.223.779	5.600.614.251	5.617.168.695	+ 0,3
Verwaltung und Verfahren	1.341.165.690	1.333.832.112	1.390.716.542	+ 4,3

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

[1] nur gewerbliche Berufsgenossenschaften

[3] x Prozent nur bei Fallzahl > 10

[2] ohne Schüler-Unfallversicherung

[4] BGHM: ohne Berücksichtigung der Auslandsunfallversicherung

Jahresbericht

Kennziffern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 2014

Die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der neun gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie der 26 Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand für das Jahr 2014 liegen seit Kurzem vor. Der folgende Beitrag enthält die aktuellen Trends zu Unfällen, Berufskrankheiten, Rentenbestand und Leistungsaufwendungen. Die Organisation und der Umfang der Versicherung sowie Herkunft und Verwendung der Mittel werden ebenfalls beschrieben.

1 Organisation

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben ihre Verwaltungsstrukturen modernisiert. Durch Fusionen wurde dabei die Zahl der gewerblichen Berufsgenossenschaften im letzten Jahrzehnt von 35 auf 9 reduziert. Beginnend mit der Neuorganisation im öffentlichen Bereich zum 1. Januar 1998 hat sich die Zahl der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand von 54 auf 26 mehr als halbiert.

Wegen der bundesweiten Zuständigkeit der Berufsgenossenschaften und einiger öffentlicher Träger gibt es darüber hinaus eine Reihe von Verwaltungsgemeinschaften und Kooperationen.

Autor

Wolfram Schwabbacher

Referat Statistik der DGUV

E-Mail: wolfram.schwabbacher@dguv.de

Die Zahl der bei den Unfallversicherungsträgern tätigen Personen ist gegenüber dem Vorjahr um 0,9 Prozent auf 22.333 gestiegen. Davon gehörten 17.299 (+0,6 Prozent) zum Verwaltungspersonal und 5.034 (+1,8 Prozent) zum Personal der Prävention.

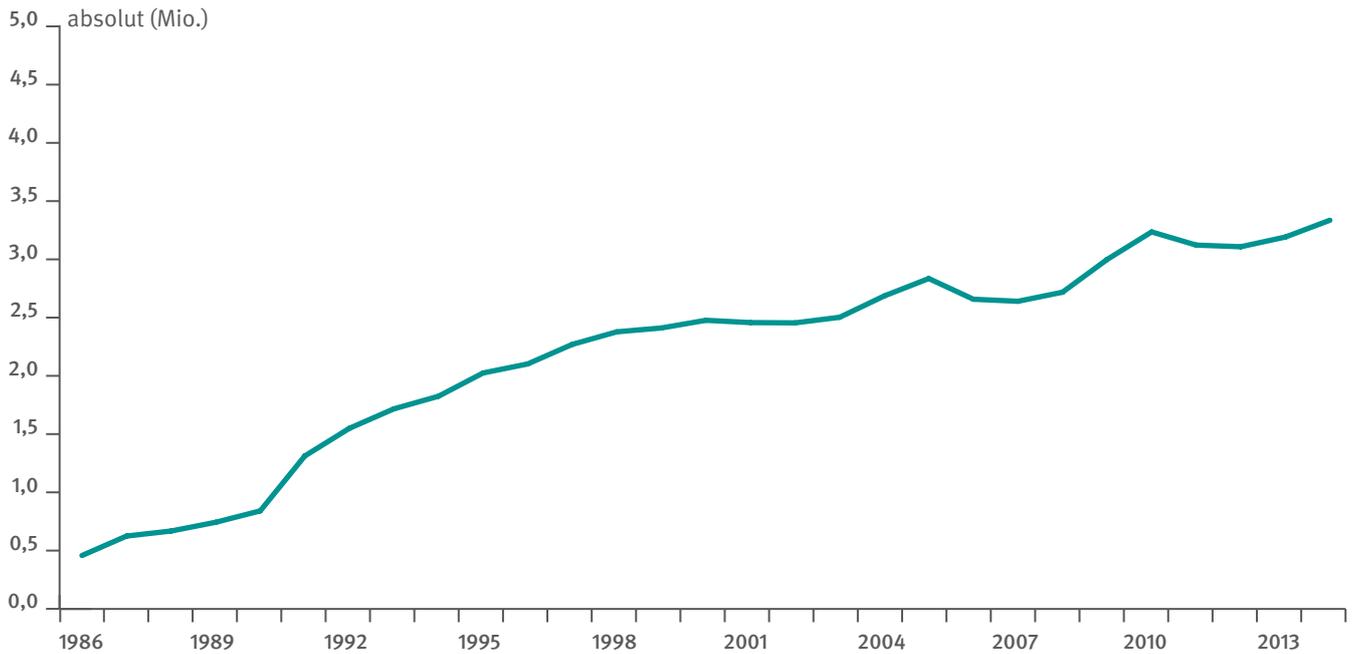
2 Unternehmen und Einrichtungen

Bei den Mitgliedern der DGUV waren 2014 insgesamt 4.003.444 Unternehmen beziehungsweise Einrichtungen zu verzeichnen. Davon entfielen 3.323.046 auf den Zuständigkeitsbereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand betreuten 680.398 Unternehmen und Einrichtungen.

In der gewerblichen Wirtschaft war im Jahr 2014 die Entwicklung der Zahl der Unternehmen in den verschiedenen Berufsgenossenschaften uneinheitlich: Der größte Anstieg um 5,4 Prozent ist bei der Berufsgenossenschaft Handel und Wa-

rendistribution (seit 1.1.2015 Berufsgenossenschaft für Handel und Warenlogistik) zu verzeichnen. Bei der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie ist der Rückgang mit 3,1 Prozent am größten. Bei den übrigen Berufsgenossenschaften bewegen sich die Veränderungen zwischen -1,8 Prozent und +5,3 Prozent. Insgesamt ist die Unternehmenszahl im Vergleich zum Vorjahr um 70.272 gestiegen (+2,2 Prozent).

Bei den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand zählen als zugehörige Unternehmen Bund, Länder, Gemeindeverbände, Kommunen, Hilfeleistungsunternehmen, Privathaushalte und selbstständige Unternehmen nach § 125 Abs. 3, § 128 Abs. 4 und § 129 Abs. 3 SGB VII. Für das Berichtsjahr 2014 wurden 24.038 Unternehmen, 491.507 Privathaushalte, die Personen beschäftigen, und 22.749 Unternehmen, die Hilfe leisten, ermittelt. Gegenüber dem Vorjahr ist auch hier die Gesamt-



Grafik 1: Unternehmen/Beitragspflichtige, Haushalte und Unternehmen, die Hilfe leisten sowie Bildungseinrichtungen

zahl der Unternehmen auf nun 538.294 (+2,9 Prozent) gestiegen.

Außerdem sind die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand für die Einrichtungen in der Schüler-Unfallversicherung zuständig. Dazu gehören Einrichtungen der Tagesbetreuung (inklusive Tagespflege), allgemeinbildende, berufliche und Hochschulen. Die Anzahl der Einrichtungen ist im Vergleich zum Vorjahr mit 142.104 nur geringfügig gestiegen (+0,9 Prozent).

In Grafik 1 ist der langjährige Verlauf der Zahl der versicherten Unternehmen und Einrichtungen dargestellt. Dabei zeigt sich ein deutlicher Anstieg seit 1986, der während der Ausweitung der Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger auf die neuen Bundesländer um 1991 noch an Dynamik gewann.

3 Versicherte und Vollarbeiter

Bei den Unfallversicherungsträgern der DGUV waren 2014 etwa 78,9 Millionen Menschen in Deutschland gegen die Folgen von Arbeits-, Wege-, Schul- und Schulwegunfälle sowie Berufskrankheiten versichert. Hierbei handelt es sich zunächst um die Beschäftigten in der gewerblichen Wirtschaft und im öffentlichen Dienst. Daneben gibt es per Satzung oder freiwillig versicherte Unternehmer.

Einen wesentlichen Teil der Versicherten machen die rund 17,1 Millionen Kinder in Tagesbetreuung (inklusive Tagespflege), Schülerinnen und Schüler und Studierende aus. Außerdem umfasst der Kreis der Versicherten bestimmte Sondergruppen, die per Gesetz ebenfalls unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung stehen. Zu nennen sind hier insbesondere ehrenamtlich Tätige, Personen in Hilfeleistungsunternehmen, nicht gewerbsmäßige Bauarbeiterinnen und Bauarbeiter, Blutspendende, Pflegepersonen, Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, Entwicklungshelfende, Arbeitslose, Strafgefangene etc. Einige kurzfristig versicherte Personengruppen (zum Beispiel spontane Ersthelfende in Unglücks- oder Notfällen) sind mangels statistischer Quellen unberücksichtigt.

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

Für 2014 beträgt die Zahl der Vollarbeiter bei den Mitgliedern der DGUV insgesamt 39.060.408 und ist damit gegenüber dem Vorjahr um 0,5 Prozent gestiegen. Davon entfallen 33.819.129 Vollarbeiter auf den Bereich der gewerblichen Wirtschaft, was gegenüber dem Vorjahr einen Zuwachs um 0,4 Prozent darstellt. Von diesen wurden 52,8 Milliarden Arbeitsstunden im gewerblichen Bereich geleistet; das sind 1,1 Prozent mehr als im Vorjahr.

Im öffentlichen Bereich ist die Vollarbeiterzahl um 0,9 Prozent auf 5.241.279 gestiegen. Die Bestimmung der Rechengröße Vollarbeiter wird für die 17,1 Millionen Versicherten der Schüler-Unfallversicherung nicht vorgenommen. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Versicherten in der Schüler-Unfallversicherung nahezu unverändert geblieben (-0,2 Prozent).

4 Arbeits- und Wegeunfälle

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

4.1 Begriffe und Unfallquoten

Als meldepflichtige Unfälle werden in den Geschäftsergebnissen die Unfallanzeigen nach § 193 SGB VII gezählt. Danach sind Unternehmerinnen und Unternehmen verpflichtet, binnen drei Tagen Unfälle von Versicherten in ihren Unternehmen anzu-

	2011	2012	2013	2014	Veränd. v. 2013 auf 2014 (%)
UV in der gewerblichen Wirtschaft	25,79	24,43	23,47	23,22	- 1,05
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	18,75	19,13	18,29	18,26	- 0,13
102 BG Holz und Metall	43,09	40,85	38,30	39,45	+ 3,00
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	20,76	20,45	18,91	18,39	- 2,78
104 BG der Bauwirtschaft	63,68	58,72	57,32	55,87	- 2,54
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	37,84	37,62	35,98	35,17	- 2,26
106 BG Handel und Warendistribution ¹	27,02	24,68	24,67	23,66	- 4,10
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	43,34	41,65	39,26	38,28	- 2,48
108 Verwaltungs-BG	14,99	13,71	12,97	12,96	- 0,05
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	15,54	15,27	15,22	15,84	+ 4,08
UV der öffentlichen Hand²					
Allgemeine Unfallversicherung	16,56	16,17	16,21	16,14	- 0,47
Schüler-Unfallversicherung					
Schulunfälle je 1.000 Schüler	75,78	71,69	70,68	75,00	+ 6,12
Insgesamt (ohne Schüler-UV)	24,52	23,32	22,50	22,27	- 1,01

Tabelle 1: Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter bzw. 1.000 Schüler

[¹] seit 1.1.2015 Berufsgenossenschaft für Handel und Warenlogistik

[²] Die Angabe in 2011 ist aufgrund der bei einigen UV-Trägern der öffentlichen Hand vorgenommenen Umstellung der Erfassung der Meldepflicht relativ unsicher.

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

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

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

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

Jede versicherte Tätigkeit, ob als Teilzeit- oder als Vollzeitbeschäftigung oder als kurzfristige Aktivität wie das Blutspenden, bringt jedoch ein eigenes Wegeunfallrisiko mit sich. Darüber hinaus können dieselben Versicherten in mehr als einem Versicherungsverhältnis stehen und entsprechend mehr versicherte Wege zurücklegen. Daher werden die Wegeunfälle auf die Zahl der Versicherungsverhältnisse bezogen. Diese Zahl wird bei denjenigen Gruppen, die eine deutlich geringere Zahl von versicherten Wegen zurücklegen als Unternehmerinnen und Unternehmer, abhängig Beschäftigte und Schüler, entsprechend dem tatsächlichen Risiko gewichtet. Für das Berichtsjahr ergeben sich insgesamt 46.450.878

gewichtete Versicherungsverhältnisse (ohne Schüler-Unfallversicherung).

4.2 Meldepflichtige Arbeitsunfälle

Im gewerblichen und öffentlichen Bereich waren im Berichtsjahr 869.817 meldepflichtige Arbeitsunfälle zu verzeichnen; dies waren 0,5 Prozent weniger als im Vorjahr. Da die Zahl der Vollarbeiter zudem gestiegen ist, ist das Risiko, einen Arbeitsunfall zu erleiden, je 1.000 Vollarbeiter von 22,50 im Vorjahr auf 22,27 in 2014 um 1,0 Prozent gefallen.

Ebenso ist die Zahl der geleisteten Arbeitsstunden im Vergleich zum Vorjahr gestiegen, wodurch die Häufigkeit der meldepflichtigen Arbeitsunfälle je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden um 1,6 Prozent gesunken ist. Diese Unfallquote betrug im Berichtsjahr 14,27, während sie im Vorjahr noch bei 14,51 gelegen hatte.

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

	2011	2012	2013	2014	Veränd. v. 2013 auf 2014 (%)
UV in der gewerblichen Wirtschaft	16,22	15,46	15,14	14,88	- 1,69
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	11,79	12,10	11,80	11,71	- 0,77
102 BG Holz und Metall	27,10	25,85	24,71	25,29	+ 2,34
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	13,06	12,94	12,20	11,79	- 3,40
104 BG der Bauwirtschaft	40,05	37,16	36,98	35,81	- 3,16
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	23,80	23,81	23,21	22,54	- 2,88
106 BG Handel und Warendistribution	16,99	15,62	15,92	15,17	- 4,72
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	27,26	26,36	25,33	24,54	- 3,11
108 Verwaltungs-BG	9,43	8,68	8,37	8,31	- 0,69
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	9,77	9,67	9,82	10,16	+ 3,41
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)¹	10,41	10,23	10,46	10,34	- 1,11
Insgesamt	15,42	14,76	14,51	14,27	- 1,65

Tabelle 2: Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden

	2011	2012	2013	2014	Veränd. v. 2013 auf 2014 (%)
UV in der gewerblichen Wirtschaft	4,26	3,91	4,05	3,71	- 8,2
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	4,29	4,07	4,13	3,85	- 6,7
102 BG Holz und Metall	4,49	4,44	4,45	4,16	- 6,3
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	3,49	3,50	3,52	3,33	- 5,3
104 BG der Bauwirtschaft	3,77	3,34	3,58	3,15	- 12,1
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	3,47	3,27	3,38	3,03	- 10,3
106 BG Handel und Warendistribution	5,11	4,51	4,90	4,09	- 16,5
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	4,11	4,00	3,75	3,49	- 7,1
108 Verwaltungs-BG	4,19	3,64	3,71	3,52	- 5,4
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	4,78	4,34	4,56	4,24	- 7,0
UV der öffentlichen Hand¹					
Allgemeine UV	4,89	4,07	4,26	3,98	- 6,5
Schulwegunfälle je 1.000 Schüler	6,69	6,47	6,54	6,43	- 1,7
Insgesamt (ohne Schüler-UV)	4,34	3,93	4,08	3,75	- 8,0

Tabelle 3: Meldepflichtige Wegeunfälle je 1.000 gew. Versicherungsverhältnisse bzw. je 1.000 Schüler

[¹] Die Angabe in 2011 ist aufgrund der bei einigen UV-Trägern der öffentlichen Hand vorgenommenen Umstellung der Erfassung der Meldepflicht relativ unsicher.

Vollarbeiter dargestellt, in Tabelle 2 je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden.

Die Quoten zeigen für den Großteil der Berufsgenossenschaften die gleichen Trends: Am stärksten fällt die Abnahme bei der BG Handel und Warendistribution sowie der BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse mit fast 5 beziehungsweise über 3 Prozent aus. Einen Anstieg bei den Arbeitsunfallquoten je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden verzeichnen lediglich die BG Holz und Metall beziehungsweise die BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.

4.3 Meldepflichtige Wegeunfälle

Bei den Wegeunfällen handelt es sich um alle Unfälle auf dem Weg zwischen Wohnung und Ort der versicherten Tätigkeit, nicht etwa nur um Straßenverkehrsunfälle. Die Straßenverkehrsunfälle werden in den Geschäftsergebnissen nicht gesondert ausgewiesen; sie stellen zwar den überwiegenden Teil der Wegeunfälle, finden sich aber auch zu einem geringen Anteil bei den Arbeitsunfällen (zum Beispiel bei Berufskraftfahrerinnen und -fahrern). Im Bereich der Prävention unterstützt die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung die Arbeit des Deut-

schen Verkehrssicherheitsrats (DVR) in fachlicher und finanzieller Hinsicht. Bei beruflichen Tätigkeiten im Straßenverkehr bestehen zusätzliche Präventionsmöglichkeiten, zum Beispiel durch die Unfallverhütungsvorschrift „Fahrzeuge“ (BGV D29) sowie spezielle Schulungsprogramme und Informationen für Versicherte, die aus beruflichen Anlässen am Straßenverkehr teilnehmen beziehungsweise durch ihn gefährdet sind.

Bei den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand liegt der Arbeitsschwerpunkt, bedingt durch die große

	2011	2012	2013	2014	Veränd. v. 2013 auf 2014 (%)
UV in der gewerblichen Wirtschaft	0,450	0,429	0,410	0,395	- 3,5
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,513	0,568	0,522	0,520	- 0,3
102 BG Holz und Metall	0,607	0,535	0,537	0,568	+ 5,8
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,494	0,418	0,384	0,375	- 2,3
104 BG der Bauwirtschaft	1,367	1,364	1,341	1,246	- 7,1
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,510	0,435	0,450	0,418	- 7,0
106 BG Handel und Warendistribution	0,470	0,449	0,380	0,392	+ 3,2
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	1,172	1,170	1,005	0,951	- 5,3
108 Verwaltungs-BG	0,211	0,212	0,214	0,194	- 9,3
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,215	0,211	0,206	0,197	- 4,4
UV der öffentlichen Hand					
Allgemeine UV	0,232	0,245	0,230	0,223	- 2,9
Schüler-Unfallversicherung Schulunfälle je 1.000 Schüler	0,030	0,035	0,032	0,028	- 12,7
Insgesamt (ohne Schüler-UV)	0,420	0,404	0,386	0,372	- 3,5

Tabelle 4: Neue Arbeitsunfallrenten je 1.000 Vollarbeiter bzw. je 1.000 Schüler

Zahl der Versicherten in der Schüler-Unfallversicherung, bei der Schulwegsicherheit. Mit den Landes- und Ortsverkehrswachtern werden auf regionaler Ebene Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Lehrkräften sowie Erzieherinnen und Erzieher) Fortbildungen angeboten. Unterstützt wird die Arbeit durch Aktionen und Medien zur Verkehrserziehung und Schulwegsicherheit (zum Beispiel Der Tote Winkel, BusSchule, Schulweglexikon).

Im Jahr 2014 ereigneten sich 174.240 meldepflichtige Wegeunfälle. Nach den extremen Wetterbedingungen zu Beginn des Vorjahres (trübe Monate mit vielen Schnee-

und Kältereckorden) und dem vergleichsweise milden Jahresbeginn 2014 hat ihre absolute Zahl um 6,2 Prozent abgenommen. Bezogen auf 1.000 (gewichtete) Versicherungsverhältnisse (vergleiche Abschnitt „Unfallquoten“) sank die Häufigkeit der meldepflichtigen Wegeunfälle von 4,08 im Vorjahr auf 3,75 im Berichtsjahr um 8,0 Prozent. Die Entwicklung der Wegeunfallquoten bei den Berufsgenossenschaften liegt zwischen -5 und -17 Prozent (vergleiche Tabelle 3).

4.4 Neue Arbeitsunfallrenten

Die Zahl der schweren Arbeitsunfälle, bei denen es erstmals zur Zahlung einer Ren-

te oder eines Sterbegeldes gekommen ist, ist von 14.990 im Vorjahr um 3,0 Prozent auf 14.540 in 2014 zurückgegangen.

Dabei hat ihre Häufigkeit je 1.000 Vollarbeiter von 0,386 auf 0,372 im Berichtsjahr um 3,5 Prozent abgenommen. Bezogen auf 1 Million geleistete Arbeitsstunden ist ein Rückgang um 4,1 Prozent, von 0,249 in 2013 auf 0,239 im Berichtsjahr, zu verzeichnen. Die Aufgliederung dieser beiden Unfallquoten nach den verschiedenen Bereichen der gesetzlichen Unfallversicherung für die letzten Jahre in den Tabellen 4 und 5 zeigt, dass die Entwicklung der neuen Arbeitsunfallrenten uneinheitlich ausgefallen ist.

	2011	2012	2013	2014	Veränd. v. 2013 auf 2014 (%)
UV in der gewerblichen Wirtschaft	0,283	0,272	0,264	0,253	- 4,1
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,323	0,360	0,337	0,334	- 0,9
102 BG Holz und Metall	0,382	0,339	0,346	0,364	+ 5,2
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,311	0,265	0,248	0,240	- 3,0
104 BG der Bauwirtschaft	0,859	0,863	0,865	0,799	- 7,7
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,320	0,275	0,290	0,268	- 7,6
106 BG Handel und Warendistribution	0,296	0,284	0,245	0,251	+ 2,6
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	0,737	0,741	0,648	0,610	- 5,9
108 Verwaltungs-BG	0,133	0,134	0,138	0,125	- 9,8
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,135	0,133	0,133	0,126	- 5,0
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)	0,146	0,155	0,148	0,143	- 3,6
Insgesamt	0,264	0,256	0,249	0,239	- 4,1

Tabelle 5: Neue Arbeitsunfallrenten je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden

	2011	2012	2013	2014	Veränd. v. 2013 auf 2014 (%)	
UV in der gewerblichen Wirtschaft	0,137	0,123	0,114	0,108	-	4,8
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,177	0,163	0,144	0,151	+	5,1
102 BG Holz und Metall	0,141	0,148	0,140	0,149	+	6,6
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,146	0,133	0,123	0,117	-	5,1
104 BG der Bauwirtschaft	0,118	0,122	0,114	0,102	-	10,0
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,114	0,102	0,100	0,092	-	8,7
106 BG Handel und Warendistribution	0,168	0,143	0,122	0,119	-	2,6
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	0,142	0,154	0,100	0,102	+	1,8
108 Verwaltungs-BG	0,120	0,094	0,098	0,091	-	7,3
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,146	0,127	0,114	0,100	-	12,2
UV der öffentlichen Hand						
Allgemeine UV	0,139	0,115	0,107	0,102	-	4,8
Schüler-Unfallversicherung						
Schulwegunfälle je 1.000 Schüler	0,018	0,018	0,013	0,014	+	6,4
Insgesamt (ohne Schüler-UV)	0,137	0,121	0,113	0,108	-	4,8

Tabelle 6: Neue Wegeunfallrenten je 1.000 gew. Versicherungsverhältnisse bzw. je 1.000 Schüler

Einer Zunahme vor allem bei der BG Holz und Metall von 5,8 beziehungsweise 5,2 Prozent stehen Rückgänge in unterschiedlicher Größenordnung bei den meisten anderen Berufsgenossenschaften gegenüber, vor allem bei der Verwaltungs-BG, der BG der Bauwirtschaft sowie der BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe (bis zu -9,3 beziehungsweise -9,8 Prozent).

4.5 Neue Wegeunfallrenten

Die Zahl der neuen Wegeunfallrenten ist von 5.146 in 2013 auf 4.997 im Berichtsjahr um 2,9 Prozent gesunken. Dabei ist das Unfallrisiko je 1.000 (gewichteter) Versicherungsverhältnisse um 4,8 Prozent von 0,113 auf 0,108 gefallen.

Tabelle 6 zeigt, dass sich die Veränderung dieser Wegeunfallquote gegenüber dem Vorjahr in den verschiedenen Bereichen ebenfalls unterschiedlich darstellt. Der höchste Anstieg ist bei der BG Holz und Metall (+6,6 Prozent) zu verzeichnen, der größte Rückgang bei der BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (-12,2 Prozent).

4.6 Verhältnis von neuen Unfallrenten zu meldepflichtigen Unfällen

Im Jahr 2014 kamen auf 1.000 meldepflichtige Arbeitsunfälle 17 neue Arbeitsunfallrenten, auf 1.000 meldepflichtige Wegeunfälle hingegen 29 neue Wegeunfallrenten. Daraus ist zu ersehen, dass

Wegeunfälle im Vergleich zu Arbeitsunfällen weitaus häufiger besonders schwere Folgen haben.

4.7 Tödliche Unfälle

Bei den tödlichen Arbeitsunfällen ist ein Anstieg um 28 Fälle auf 483 Todesfälle zu verzeichnen. Bei der Zahl der tödlichen Wegeunfälle findet sich ein Anstieg um 5 Fälle auf 322. Beide Zahlen waren 2013 stark zurückgegangen und markierten damit ein Allzeittief. Die aktuellen Werte stellen den zweitniedrigsten Stand dar.

Während auf 1.000 neue Arbeitsunfallrenten 33 tödliche Arbeitsunfälle kommen, entfallen auf 1.000 neue Wegeunfallrenten mit 64 tödlichen Wegeunfällen fast doppelt so viele Todesfälle. Dies verdeutlicht – ebenso wie die entsprechende Aussage in Abschnitt 4.6 – die überproportionale Schwere der Wegeunfälle gegenüber den Arbeitsunfällen.

5 Schul- und Schulwegunfälle

Im Berichtsjahr ereigneten sich 1.393.498 meldepflichtige Schülerunfälle (Schul- und Schulwegunfälle). Die Pflicht zur Unfallanzeige besteht in der Schüler-Unfallversicherung dann, wenn der Versicherte getötet oder so verletzt wird, dass er ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen muss. Gegenüber dem Vorjahr sind die Schülerunfälle deutlich gestiegen (+5,2 Prozent). Der Schulweganteil liegt mit 109.992 meldepflichtigen Unfällen bei 7,9 Prozent.

Auch das Schülerunfallrisiko ist im Berichtsjahr gestiegen (+5,5 Prozent). Die Rate liegt bei 81,4 Schülerunfällen je 1.000 versicherte Schülerinnen und Schüler.

Bei der Zahl der neuen Schülerunfallrenten ist ein Rückgang von 7,3 Prozent auf insgesamt 716 erstmalige Entschädigungen zu verzeichnen. Der Anteil der neuen Schulwegunfallrenten liegt bei 34,1 Prozent. Das Risiko einer schweren Verletzung ist demnach bei Schulwegunfällen um ein Vielfaches höher als bei Schulunfällen.

Die Zahl der tödlichen Schülerunfälle geht um einen Fall auf 42 zurück und bleibt damit nach dem deutlichen Rückgang im Vorjahr auf dem gleichen niedrigen Niveau. Der weit überwiegende Teil der tödlichen Schülerunfälle ereignet sich auf dem Schulweg. Im Jahr 2014 liegt der Anteil bei 85,7 Prozent.

6 Berufskrankheiten

6.1 Listen-Berufskrankheitensystem und Erweiterung

In Deutschland gilt ebenso wie in vielen anderen Ländern ein gemischtes Berufskrankheitensystem (Liste und Einzelfälle). Berufskrankheiten sind nach § 9 Abs. 1 SGB VII diejenigen „Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheit bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versiche-

(Unter-) Gruppe	Bezeichnung	2011	2012	2013	2014	Veränd. v. 2013 auf 2014	
						absolut	in % ¹
1	Chemische Einwirkungen	3.793	3.645	3.648	3.633	- 15	- 0,4
11	Metalle und Metalloide	351	305	287	302	+ 15	+ 5,2
12	Erstickungsgase	48	80	48	59	+ 11	+ 22,9
13	Lösungsmittel, Pestizide und sonst. chem. Stoffe	3.394	3.260	3.313	3.272	- 41	- 1,2
2	Physikalische Einwirkungen	22.138	22.379	22.550	22.114	- 436	- 1,9
21	Mechanische Einwirkungen	10.114	9.956	10.049	9.966	- 83	- 0,8
22	Druckluft	4	3	7	1	- 6	x
23	Lärm	11.640	12.017	12.020	11.757	- 263	- 2,2
24	Strahlen	380	403	474	390	- 84	- 17,7
3	Infektionserreger, Parasiten, Tropenkrankheiten	2.577	2.367	2.614	2.799	+ 185	+ 7,1
4	Atemwege, Lungen, Rippenfell, Bauchfell	15.557	15.274	15.783	15.639	- 144	- 0,9
41	Anorganische Stäube	11.834	11.606	12.204	12.123	- 81	- 0,7
42	Organische Stäube	206	208	209	250	+ 41	+ 19,6
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	3.517	3.460	3.370	3.266	- 104	- 3,1
5	Hautkrankheiten	25.230	24.619	24.393	24.355	- 38	- 0,2
6	Augenzittern der Bergleute	6	6	7	3	- 4	x
	Sonstige Anzeigen	1.968	2.276	2.584	3.142	+ 558	+ 21,6
	Insgesamt	71.269	70.566	71.579	71.685	+ 106	+ 0,1

Tabelle 7: Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit nach Krankheitsgruppen

[¹] Prozent nur bei Fallzahl > 10

rungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden“.

In diese Liste können ausschließlich Erkrankungen durch besondere gefährdende Einwirkungen aufgenommen werden, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Darüber hinaus ist nach § 9 Abs. 2 SGB VII eine nicht in der Liste aufgeführte Krankheit anzuerkennen und zu entschädigen, wenn nach neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen die sonstigen Voraussetzungen des Abs. 1 erfüllt sind.

Damit eine Erkrankung als Berufskrankheit anerkannt werden kann, muss zwischen versicherter Tätigkeit und schädigender Einwirkung sowie zwischen dieser Einwirkung und der Erkrankung ein rechtlich wesentlicher ursächlicher Zusammenhang bestehen.

Bei einigen Krankheiten müssen zusätzlich – neben diesem Kausalzusammenhang und den jeweiligen medizinischen Merkmalen – besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein: Zum Beispiel müssen Hauterkrankungen zusätzlich zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wie-

deraufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können; darüber hinaus muss das Tatbestandsmerkmal „schwere Krankheit oder wiederholte Rückfälligkeit“ erfüllt sein.

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

6.2 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit

Für Ärzte besteht nach § 202 SGB VII eine Anzeigepflicht bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit. Für Unternehmer besteht eine Meldepflicht gemäß § 193 Abs. 2 SGB VII bereits bei Anhaltspunkten für das Vorliegen einer Berufskrankheit bei Versicherten in ihren Unternehmen. Bei Vorliegen ent-

sprechender Anhaltspunkte müssen auch Krankenkassen eine Anzeige erstatten.

Es können jedoch auch Versicherte und andere Stellen den Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit melden. Der Unfallversicherungsträger prüft von Amts wegen durch das Feststellungsverfahren, ob tatsächlich eine Berufskrankheit i. S. v. § 9 Abs. 1 oder 2 SGB VII vorliegt. Naturgemäß ist die Zahl der Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit höher als die Zahl der Fälle, bei denen sich im Feststellungsverfahren dieser Verdacht bestätigt.

Im Jahr 2014 sind bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand 71.685 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit eingegangen: Dies stellt gegenüber dem Vorjahr mit einem Anstieg um 106 Fälle beziehungsweise um 0,1 Prozent kaum eine Veränderung dar. In der Schüler-Unfallversicherung sind Berufskrankheiten erwartungsgemäß seltene Ereignisse. Im Berichtsjahr wurden 96 BK-Verdachtsanzeigen registriert. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich dabei um Hauterkrankungen.

Die Aufschlüsselung der Verdachtsanzeigen der letzten Jahre nach Krankheitsgruppen in Tabelle 7 erlaubt eine differenzierte Betrachtung: Die Hautkrank-

	2005	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014
BK-Verdacht bestätigt	25.022	23.663	25.570	31.219	34.573	35.293	36.202	36.754
davon:								
anerkannte Berufskrankheiten	15.920	13.383	16.078	15.461	15.262	15.291	15.656	16.112
darunter: neue BK-Renten	5.459	4.123	6.643	6.123	5.407	4.924	4.815	5.155
berufliche Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt	9.102	10.280	9.492	15.758	19.311	20.002	20.546	20.642
BK-Verdacht nicht bestätigt	38.887	35.980	37.132	37.967	37.165	36.096	36.725	38.425
Entschiedene Fälle insgesamt	63.909	59.643	62.702	69.186	71.738	71.389	72.927	75.179

Tabelle 8: Entschiedene Fälle

heiten stellen mit 24.355 Anzeigen den größten Anteil. Die Zahl dieser Verdachtsanzeigen ist 2014 gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert (-0,2 Prozent). Für die hohe Zahl bei diesen Anzeigen spielt es eine Rolle, dass erstmals ab Berichtsjahr 2005 auch Meldungen nach § 3 BKV und Hautarztberichte statistisch bei den Verdachtsanzeigen zu erfassen sind. Mit Meldungen nach § 3 BKV wird auf die Gefahr hingewiesen, dass eine Berufskrankheit entstehen, wieder aufleben oder sich verschlimmern kann.

Die zweitgrößte Gruppe bilden die 12.123 Anzeigen auf Verdacht einer Erkrankung aufgrund anorganischer Stäube. Diese sind im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls nahezu unverändert (-0,7 Prozent). Die 11.757 Verdachtsanzeigen durch Lärm sind um 263 Fälle zurückgegangen, was einem Rückgang um 2,2 Prozent entspricht. Die 9.966 Anzeigen auf Verdacht einer Erkrankung aufgrund mechanischer Einwirkungen sind um 83 Fälle beziehungsweise um 0,8 Prozent gesunken.

6.3 Entschiedene Fälle

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

Bei bestimmten Berufskrankheiten müssen dafür besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein, wie zum Beispiel die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit. Sind nur diese nicht erfüllt, so wird zwar die Berufskrankheit

im juristischen Sinne nicht anerkannt, es werden jedoch ggf. im Rahmen von § 3 BKV Leistungen zur Individualprävention beziehungsweise zur medizinischen Rehabilitation erbracht. Beide Fallgruppen werden statistisch als „bestätigte Berufskrankheiten“ zusammengefasst.

In den übrigen Fällen muss eine Ablehnung erfolgen, weil entweder nicht nachgewiesen werden kann, dass die Erkrankten am Arbeitsplatz überhaupt einer entsprechenden Gefährdung ausgesetzt waren, oder weil zwar der schädigende Einfluss am Arbeitsplatz festgestellt werden kann, nicht aber ein Zusammenhang zwischen dieser Einwirkung und der Erkrankung.

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

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

wenigen Fälle aus dem Bereich der Schüler-Unfallversicherung enthalten.

Im Berichtsjahr wurden insgesamt 75.179 Feststellungsverfahren abgeschlossen. Dabei wurde in 36.754 Fällen – und damit in 48,9 Prozent – der Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit bestätigt. Unter diesen bestätigten Fällen waren 16.112 anerkannte Berufskrankheiten im engeren Sinn, von denen wiederum in 5.155 Fällen eine Rente, Abfindung oder Sterbegeld gezahlt wurde (neue Berufskrankheitenrenten).

Die Zahl der neuen BK-Renten bewegt sich in den letzten Jahren auf einem ähnlichen Niveau wie bis zum Jahr 2008. Der enorme Anstieg (vor allem bei der BG RCI Branche Bergbau) im Berichtsjahr 2009 ist unter anderem durch ein Urteil des BSG sowie eine Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung zu erklären. Die Altfälle, die durch den Wegfall der Rückwirkungsklausel und der damit verbundenen Anerkennung (BSG-Urteil) entstanden sind, sind nun weitestgehend abgeschlossen.

In den übrigen 20.642 bestätigten Fällen – überwiegend Hauterkrankungen – waren die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt. Der in den Jahren 2010 und 2011 deutlich erkennbare Anstieg bei den Fällen, bei denen die berufliche Verursachung festgestellt wurde, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen aber fehlen, ist durch die Verbesserung der Dokumentation der § 3-Maßnahmen in der Stufe 1 des Stufenverfahrens Haut zu begründen. In 38.425 Fällen musste eine Ablehnung erfolgen.

(Unter-) Gruppe	Bezeichnung	BK-Verdacht bestätigt				BK-Verdacht nicht bestätigt	Entschiedene Fälle insgesamt
		anerkannte Berufskrankheiten		berufl. Verur- sachung best., vers.-rechtl. Vor. fehlen	Insgesamt (Sp. 1, 3)		
		Insgesamt	darunter neue BK-Renten				
				1	2		
1	Chemische Einwirkungen	554	452	10	564	3.020	3.584
11	Metalle und Metalloide	31	22	-	31	276	307
12	Erstickungsgase	14	1	-	14	34	48
13	Lösungsmittel, Pestizide und sonst. chem. Stoffe	509	429	10	519	2.710	3.229
2	Physikalische Einwirkungen	7.488	859	203	7.691	15.641	23.332
21	Mechanische Einwirkungen	987	488	203	1.190	9.727	10.917
22	Druckluft	-	-	-	-	4	4
23	Lärm	6.425	303	-	6.425	5.574	11.999
24	Strahlen	76	68	-	76	336	412
3	Infektionserreger, Parasiten, Tropenkrankheiten	1.177	66	-	1.177	1.698	2.875
4	Atemwege, Lungen, Rippenfell, Bauchfell	5.580	3.399	284	5.864	11.093	16.957
41	Anorganische Stäube	4.955	3.130	-	4.955	8.152	13.107
42	Organische Stäube	80	49	-	80	175	255
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	545	220	284	829	2.766	3.595
5	Hautkrankheiten	646	190	20.145	20.791	4.938	25.729
6	Augenzittern der Bergleute	1	-	-	1	2	3
	Fälle gemäß DDR-BKVO-Liste	9	7	-	9	61	70
	Sonstige Krankheiten	657	182	-	657	1.972	2.629
	Insgesamt	16.112	5.155	20.642	36.754	38.425	75.179

Tabelle 9: Entschiedene Fälle 2014 nach Krankheitsgruppen

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

6.4 Übergangsleistungen

Wenn eine versicherte Person eine gefährdende berufliche Tätigkeit wegen der Entstehung, dem Wiederaufleben oder der Verschlimmerung einer Berufskrankheit aufgibt, so wird eine hierdurch verursachte Verdiensteinbuße oder ein anderer wirtschaftlicher Nachteil vom Träger der Unfallversicherung ausgeglichen. Diese Übergangsleistung nach § 3

Abs. 2 BKV kann als einmalige Zahlung bis zur Höhe der Jahresvollrente gewährt werden. Es können aber auch monatliche Zahlungen bis zur Höhe eines Zwölftels der Vollrente für längstens fünf Jahre erfolgen.

Im Jahr 2014 wurden von den Unfallversicherungsträgern insgesamt 3.502 Übergangsleistungen gewährt, davon 3.400 im Bereich der gewerblichen Wirtschaft. Ihre Verteilung nach Krankheitsgruppen und Unfallversicherungsträgern weist deutliche Schwerpunkte auf: Mit 1.561 Fällen sind 44,6 Prozent durch Hautkrankheiten begründet, die überwiegend in den Berufsgenossenschaften Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Holz und Metall sowie Nahrungsmittel und Gastgewerbe zu finden sind.

In weiteren 1.291 Fällen (36,9 Prozent) handelt es sich um obstruktive Atemwegs-

erkrankungen, die zu 67,3 Prozent auf die BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe entfallen. Weitere 516 Übergangsleistungen (14,7 Prozent) wurden aufgrund von Erkrankungen durch mechanische Einwirkungen erbracht. Es verbleiben 134 Fälle (3,8 Prozent), die sich auf die übrigen Erkrankungen verteilen.

7 Rentenbestand

1991 hatten die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im Rahmen der Ausweitung ihrer Zuständigkeit auf die neuen Bundesländer den gesamten laufenden Rentenbestand aufgrund von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten von der Sozialversicherung der ehemaligen DDR übernommen.

Damit war der Rentenbestand im Jahre 1991 um rund ein Drittel angestiegen. Ende 2014 belief er sich auf 830.534 Renten, was einem Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 1,5 Prozent entspricht. ▶

	2011	2012	2013	2014	Veränd. v. 2013 auf 2014 (%)
Ambulante Heilbehandlung Zahnersatz	1.258.615.274 16.013.638	1.292.127.515 15.913.598	1.331.964.576 15.791.627	1.386.659.529 15.633.996	+ 4,1 - 1,0
Ambulante Heilbehandlung und Zahnersatz zusammen	1.274.628.913	1.308.041.113	1.347.756.203	1.402.293.526	+ 4,0
Stationäre Behandlung Häusliche Krankenpflege	1.035.375.657 11.350.817	1.041.445.538 11.801.689	1.066.648.353 12.137.666	1.104.642.301 12.512.625	+ 3,6 + 3,1
Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege zusammen	1.046.726.474	1.053.247.228	1.078.786.019	1.117.154.926	+ 3,6
Verletztengeld Besondere Unterstützung	601.030.629 1.069.184	601.353.569 1.168.514	638.844.038 1.222.762	657.367.531 1.401.482	+ 2,9 + 14,6
Verletztengeld und besondere Unterstützung zusammen	602.099.813	602.522.082	640.066.800	658.769.013	+ 2,9
Gewährung der Pflege Pflegegeld Entschädigung für Wäsche- und Kleiderverschleiß Übrige Heilbehandlungskosten Sozialversicherungsbeiträge bei Verletztengeld Reisekosten bei Heilbehandlung und Pflege Haushaltshilfe und Kinderbetreuung Leistungen zum Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft Verletztengeld bei Unfall des Kindes Sonstige Heilbehandlungs- kosten zusammen	125.430.171 108.099.781 16.947.188 936.304 200.163.823 188.473.601 5.883.402 39.108.463 1.778.346 686.821.079	138.663.325 108.398.700 17.173.411 1.249.724 203.881.860 196.692.052 5.561.095 40.310.346 2.049.047 713.979.560	150.597.498 108.999.478 17.375.033 1.263.902 216.219.913 204.881.467 5.976.903 39.664.161 2.055.092 747.033.447	163.030.937 110.598.015 17.172.965 1.172.580 226.486.983 216.872.864 5.673.359 44.202.737 2.528.834 787.739.274	+ 8,3 + 1,5 - 1,2 - 7,2 + 4,7 + 5,9 - 5,1 + 11,4 + 23,1 + 5,4
Insgesamt	3.610.276.278	3.677.789.983	3.813.642.469	3.965.956.739	+ 4,0

Tabelle 10: Aufwendungen für Heilbehandlung in Euro

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

- 730.931 Renten (88 Prozent) stammen aus dem Bereich der gewerblichen Wirtschaft
- 81.687 Renten (10 Prozent) stammen aus dem Bereich der öffentlichen Hand
- 17.916 Renten (2 Prozent) stammen aus dem Bereich der Schüler-Unfallversicherung
- 702.443 Renten (85 Prozent) laufen aufgrund von Unfällen
- 128.091 Renten (15 Prozent) laufen aufgrund von Berufskrankheiten
- 716.864 Renten (86 Prozent) erhalten Verletzte und Erkrankte

- 113.670 Renten (14 Prozent) erhalten Hinterbliebene

8 Entschädigungsleistungen

In diesem Abschnitt werden summarisch alle Entschädigungsleistungen einschließlich der Aufwendungen im Rahmen der Schüler-Unfallversicherung dargestellt, welche Unfallversicherungsträger im Bereich der gewerblichen Wirtschaft und der öffentlichen Hand im Jahr 2014 für ihre Versicherten erbracht haben. Als Entschädigungsleistungen gelten die Dienst-, Sach- und Barleistungen nach Eintritt des Versicherungsfalles an Verletzte und Erkrankte sowie an Hinterbliebene. Im Einzelnen handelt es sich dabei um Heilbehandlung inklusive Leistungen zur medizinischen

Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, Pflege und Geldleistungen.

Die Entschädigungsleistungen beliefen sich 2014 auf 9,769 Milliarden €. Das waren 171,7 Millionen € beziehungsweise 1,8 Prozent mehr als im Vorjahr. 3,966 Milliarden € der Entschädigungsleistungen entfielen auf Heilbehandlung, 186 Millionen € auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und 5,514 Milliarden € auf Renten, Abfindungen und Beihilfen.

8.1 Heilbehandlung

2014 lagen die gesamten Aufwendungen für Heilbehandlung einschließlich medizinischer Rehabilitation, Geldleistungen, Pflege

	2011	2012	2013	2014	Veränd. v. 2013 auf 2014 (%)
Sachleistungen	88.171.586	88.400.601	87.394.795	88.554.893	+ 1,3
Übergangsgeld	44.902.188	43.998.927	44.411.753	45.209.468	+ 1,8
Sonstige Barleistungen	735.062	603.482	491.103	457.228	- 6,9
Sozialversicherungsbeiträge bei Übergangsgeld	25.371.737	24.923.549	24.821.335	25.247.303	+ 1,7
Reisekosten	8.408.963	8.193.176	7.614.849	7.553.180	- 0,8
Haushaltshilfe	207.993	198.412	227.334	285.166	+ 25,4
Sonstige ergänzende Leistungen	4.927.421	4.872.431	4.750.150	4.978.085	+ 4,8
Übergangsleistungen	14.049.853	14.236.830	13.764.664	14.037.393	+ 2,0
Insgesamt	186.774.803	185.427.409	183.475.983	186.322.716	+ 1,6

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

und ergänzender Leistungen in Höhe von 3,966 Milliarden € um 4,0 Prozent beziehungsweise um 152 Millionen € über denen des Vorjahres. Ihre detaillierte Aufgliederung in Tabelle 10 zeigt, dass die Kosten in den meisten Teilbereichen gestiegen sind.

Hervorzuheben ist der Anstieg bei der ambulanten Behandlung um 55 Millionen € beziehungsweise um 4,1 Prozent, bei der stationären Behandlung um 38 Millionen € beziehungsweise um 3,6 Prozent, beim Verletztengeld um 19 Millionen € (+2,9 Prozent), bei der Gewährung der Pflege um 12 Millionen € (+8,3 Prozent) sowie den Reisekosten bei Heilbehandlung und Pflege um 12 Millionen € (+5,9 Prozent) und bei den Sozialversicherungsbeiträgen bei Verletztengeld um 10 Millionen € beziehungsweise um 4,7 Prozent.

In den Rechnungsergebnissen werden im Rahmen der Heilbehandlungskosten auch die Aufwendungen zur Förderung der Teilhabe am Gemeinschaftsleben („soziale Reha“) erfasst, die sich im Berichtsjahr auf 44 Millionen € (+11,4 Prozent) beliefen.

8.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Im Berichtsjahr betragen diese Aufwendungen 186 Millionen €. Sie waren damit um 1,6 Prozent beziehungsweise um 2,8 Millionen € höher als im Vorjahr. In Tabelle 11 sind sie nach den verschiedenen Teilbereichen aufgeschlüsselt. Mit 89 Millionen € wurden 47,5 Prozent aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Sachleistungen aufgewendet. Auf Übergangsgeld entfielen mit 45 Millionen € weitere 24,3 Prozent der Kosten.

8.3 Renten, Beihilfen und Abfindungen

Die gesamten Aufwendungen dieser Art in Höhe von 5,514 Milliarden € weisen 2014 gegenüber dem Vorjahr einen kleinen Anstieg um 0,3 Prozent auf; sie sind in Tabelle 12 näher aufgeschlüsselt. Mit 5,418 Milliarden € wurden 98 Prozent davon für Renten an Verletzte, Erkrankte und Hinterbliebene ausgegeben, wobei 4,006 Milliarden € auf Versichertenrenten entfielen und 1,412 Mrd. € auf Hinterbliebenenrenten. Für Beihilfen an Hinterbliebene wurden 17 Millionen € aufgewendet und für Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene 79 Millionen €. Darüber hinaus wurden im Berichtsjahr etwa 100.000 € für Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen geleistet.

9 Steuerungskosten für Prävention

Die Unfallversicherungsträger haben gemäß § 15 SGB VII den gesetzlichen Auftrag, Unfallverhütungsvorschriften zu erlassen, zu deren Einhaltung die Unternehmen beziehungsweise Einrichtungen in ihrem Zuständigkeitsbereich verpflichtet sind.

Die Unfallversicherungsträger tragen die Steuerungskosten, die bei der Einleitung von Präventionsmaßnahmen anfallen. Dagegen werden die Durchführungskosten, deren Umfang statistisch nicht erfasst wird, die jedoch mit Sicherheit um ein Vielfaches höher liegen, von den Unternehmen und Einrichtungen getragen.

2014 haben die Unfallversicherungsträger 1,1 Milliarden € für Prävention, arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste und Erste Hilfe ausgegeben.

Diese Aufwendungen lagen um 4,4 Prozent über denen des Vorjahres. Mehr als die Hälfte der Ausgaben entfiel mit 624 Millionen € auf die Personal- und Sachkosten der Prävention. Für die Aus- und Fortbildung von Personen, die in den Unternehmen mit der Durchführung der Prävention betraut sind, wurden 133 Millionen € aufgewendet. Die nähere Aufgliederung der übrigen Kosten der Prävention ist in Tabelle 13 zu finden.

10 Aufbringung der Mittel

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

Das Finanzierungsverfahren unterscheidet sich im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften strukturell von demjenigen im Bereich der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Aus diesem Grunde ist beiden Bereichen hier ein eigener Abschnitt gewidmet. Dieser enthält jeweils auch eine Überblicksdarstellung der Aufwands- und Ertragsrechnung.

10.1 Aufbringung der Mittel und Beitragssatz im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften

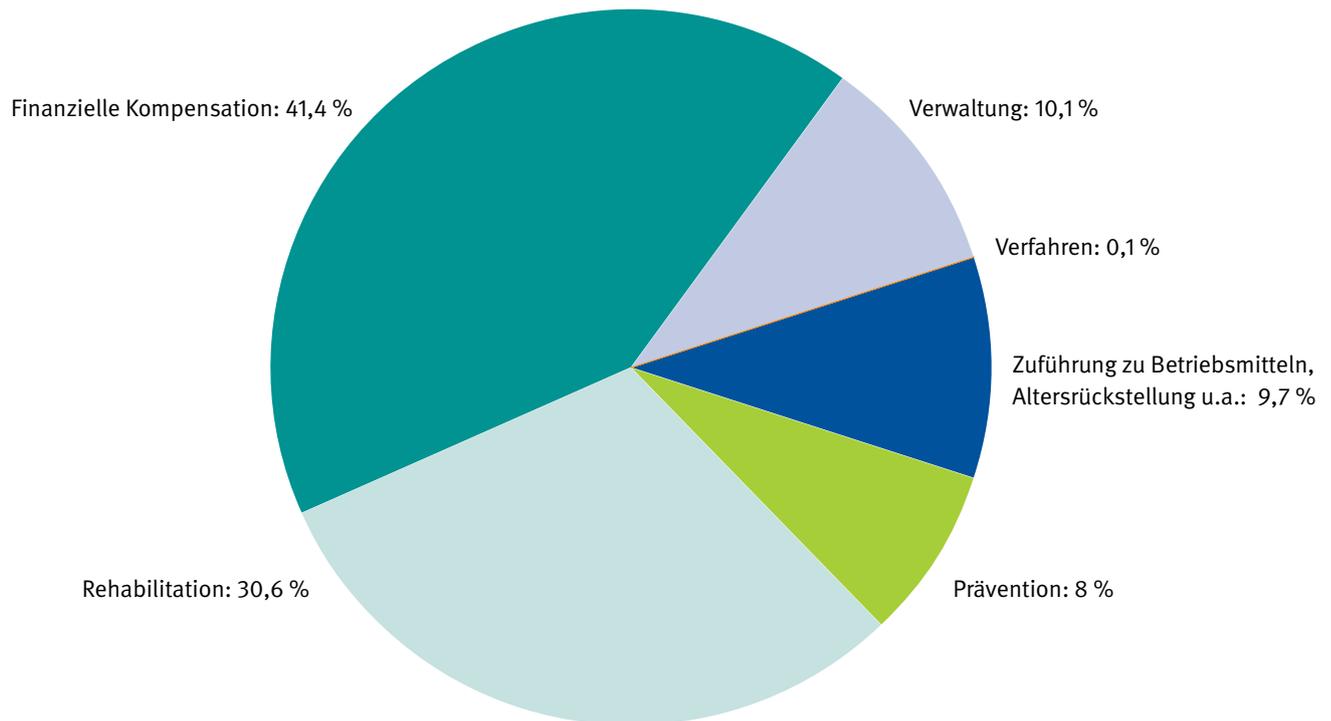
Das Umlagesoll für 2014 beläuft sich auf 10,680 Milliarden € und ist damit um 145 Millionen € beziehungsweise 1,4 Prozent höher als im Vorjahr. Das beitragspflichtige Entgelt ist deutlich stärker um 4,2 Prozent auf 876,7 Milliarden € gestiegen. Damit ist der durchschnittliche Beitragssatz gegenüber dem Vorjahr gesunken und hat ein Allzeit-Tief erreicht: er beträgt nur noch 1,22 Prozent.

	2011	2012	2013	2014	Veränd. v. 2013 auf 2014 (%)
Renten an Versicherte	3.954.729.802	3.975.382.391	3.980.743.614	4.005.807.364	+ 0,6
Witwen/Witwer nach § 65 Abs. 2 Nr. 2 SGB VII	10.021.357	9.138.902	8.873.037	7.384.037	- 16,8
Witwen/Witwer nach § 65 Abs. 2 Nr. 3 SGB VII	1.296.634.973	1.305.306.576	1.307.274.528	1.309.980.288	+ 0,2
Rente im Sterbevierteljahr nach § 65 Abs. 2 Nr.1 SGB VII	15.621.220	13.870.209	14.779.939	14.650.507	- 0,9
Witwen/Witwer zusammen	1.322.277.550	1.328.315.687	1.330.927.503	1.332.014.832	+ 0,1
Waisen	92.665.518	89.732.323	85.001.498	79.755.773	- 6,2
Sonstige Berechtigte	211.256	217.806	190.562	185.269	- 2,8
<i>Renten zusammen</i>	<i>5.369.884.126</i>	<i>5.393.648.207</i>	<i>5.396.863.177</i>	<i>5.417.763.237</i>	+ 0,4
Beihilfen nach § 71 SGB VII an					
Witwen/Witwer einmalig	15.409.137	15.948.159	16.415.798	14.966.887	- 8,8
Witwen/Witwer laufend	2.043.054	2.120.880	2.199.992	2.086.824	- 5,1
Witwen/Witwer zusammen	17.452.192	18.069.039	18.615.790	17.053.710	- 8,4
Waisen	34.209	78.910	43.372	60.069	+ 38,5
<i>Beihilfen zusammen</i>	<i>17.486.400</i>	<i>18.147.949</i>	<i>18.659.162</i>	<i>17.113.779</i>	- 8,3
Abfindungen an					
Versicherte (Inkl. Gesamtvergütung)	85.575.955	85.043.154	83.944.584	78.685.983	- 6,3
Hinterbliebene	758.046	733.931	763.204	675.994	- 11,4
<i>Abfindungen zusammen</i>	<i>86.334.001</i>	<i>85.777.086</i>	<i>84.707.787</i>	<i>79.361.978</i>	- 6,3
Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	254.241	258.971	212.515	99.911	- 53,0
Insgesamt	5.473.958.769	5.497.832.213	5.500.442.641	5.514.338.905	+ 0,3

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

	2011	2012	2013	2014	Veränd. v. 2013 auf 2014 (%)
Herstellung von Unfallverhütungsvorschriften	2.702.969	2.263.528	1.921.299	1.816.914	- 5,4
Personal- und Sachkosten der Prävention	557.191.867	587.129.171	604.425.759	624.136.783	+ 3,3
Aus- und Fortbildung (§ 23 SGB VII)	123.210.579	121.803.275	128.325.558	133.495.520	+ 4,0
Zahlungen an Verbände für Prävention	84.580.739	112.338.991	100.624.002	107.878.332	+ 7,2
Arbeitsmedizinische Dienste	48.067.295	50.176.441	53.415.071	46.389.888	- 13,2
Sicherheitstechnische Dienste	13.567.000	14.439.713	15.192.261	26.724.970	+ 75,9
Sonstige Kosten der Prävention	82.152.970	86.915.006	90.916.929	96.787.964	+ 6,5
Erste Hilfe (§ 23 Abs. 2 SGB VII)	36.751.389	38.276.138	43.002.985	45.960.866	+ 6,9
Insgesamt	948.224.808	1.013.342.263	1.037.823.865	1.083.191.237	+ 4,4

Tabelle 13: Steuerungskosten für Prävention in Euro



Grafik 2: Aufwendungen 2014¹

[¹] Insgesamt: 13.565.062.206 €

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

Anders als in den übrigen Zweigen der gesetzlichen Sozialversicherung, in denen in den letzten Jahrzehnten zum Teil erhebliche Beitragsanstiege zu verzeichnen waren, weist der durchschnittliche Beitragssatz der gewerblichen Berufsgenossenschaften in der langjährigen Entwicklung eine hohe Stabilität auf. Dem entsprechend ist der Anteil dieses Beitragssatzes am Gesamtsozialversicherungs-Beitragssatz von 4,95 Prozent im Jahr 1970 auf 3,00 Prozent im Berichtsjahr 2014 gesunken.

Die Finanzmittel für die Durchführung der gesetzlichen Aufgaben der gewerblichen Berufsgenossenschaften werden nach Ablauf eines Geschäftsjahres nachträglich von den Unternehmern in der gewerblichen Wirtschaft im Umlageverfahren aufgebracht. Die Aufwendungen sind höher als das Umlagesoll, welches die Unternehmer in der gewerblichen Wirtschaft als Beitrag zur gesetzlichen Unfallversicherung aufzubringen haben.

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

Der Anteil des einzelnen Unternehmers an diesem Umlagesoll richtet sich zunächst nach dem beitragspflichtigen Entgelt in seinem Unternehmen; darunter sind die Arbeitsentgelte der abhängig Beschäftigten sowie die Versicherungssummen der versicherten Unternehmerinnen und Unternehmer zu verstehen.

Darüber hinaus erfolgt eine Einstufung des Unternehmens nach dem Gefahrtarif aufgrund der generellen Unfallgefahr in diesem Gewerbebereich. Zusätzlich setzen

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

10.2 Aufbringung der Mittel im Bereich der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand

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

Ktgr.	Umlagewirksame Aufwendungen	€
Kontenklasse 4		
40	Ambulante Heilbehandlung	1.071.868.007
45	Zahnersatz	9.335.946
46	Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege	909.320.440
47	Verletztengeld, besondere Unterstützung	589.821.441
48	Sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen	640.505.873
49	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	166.711.938
	Insgesamt	3.387.563.645
Kontenklasse 5		
50	Renten an Versicherte und Hinterbliebene	4.832.005.442
51	Beihilfen an Hinterbliebene	15.463.615
52	Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene	74.315.887
53	Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	17.470
56	Mehrleistungen und Aufwendungsersatz	48.213
57	Sterbegeld und Überführungskosten	16.451.910
58	Leistungen im Rahmen von Unfalluntersuchungen	61.731.412
59	Prävention	970.809.842
	Insgesamt	5.970.843.792
Kontenklasse 6 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 60/61)		
63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	3.017.639
64	Beitragsausfälle	243.514.525
65	Beitragsnachteile	256.682.618
67	Zuführungen zu den Vermögen	614.461.206
69	Sonstige Aufwendungen	786.743.480
	Insgesamt	1.904.419.468
Kontenklasse 7		
70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	641.688.540
71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	128.002.745
72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	63.236.024
73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	170.081.566
74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	3.502.811
75	Vergütungen für Verwaltungsaufgaben	156.820.917
76	Kosten der Rechtsverfolgung	8.643.315
77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	3.575.444
78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	1.522.159
79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	-
	Insgesamt	1.177.073.523
	Summe der umlagewirksamen Aufwendungen	12.439.900.427

Ktgr.	Umlagewirksame Erträge	€
Kontenklasse 2		
21	Sonstige Beitragseingänge	395.411.054
22	Säumniszuschläge, Stundungszinsen	27.807.709
	Insgesamt	423.218.764
Kontenklasse 3 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 30/31)		
32	Umlagewirksame Vermögenserträge aus den Betriebsmitteln	35.859.528
33	Vermögenserträge	-
34	Gewinne der Aktiva	-
35	Einnahmen aus Ersatzansprüchen	372.978.043
36	Geldbußen und Zwangsgelder	3.101.572
37	Entnahmen aus den Vermögen	133.961.850
38	Einnahmen aus öffentlichen Mitteln	449.608
39	Sonstige Einnahmen	790.623.474
	Insgesamt	1.336.974.075
	Summe der umlagewirksamen Erträge	1.760.192.838

Ermittlung des Umlagesolls:

umlagewirksame Aufwendungen	12.439.900.427
abzüglich umlagewirksamer Erträge	1.760.192.838
Umlagesoll* (Überschuss der Aufwendungen)	10.679.707.589

Tabelle 14: Gewerbliche Berufsgenossenschaften – Zusammenfassende Abschlussübersicht für das Jahr 2014: Ermittlung des Umlagesolls

[*] BGHM: ohne Berücksichtigung der Auslandsunfallversicherung

Ktgr.	Umlagewirksame Aufwendungen	€	Ktgr.	Umlagewirksame Erträge	€
Kontenklasse 4			Kontenklasse 2		
40	Ambulante Heilbehandlung	314.791.522	20	Umlagebeiträge der Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbände	1.437.478.653
45	Zahnersatz	6.298.050	21	Sonstige Beitragseingänge	43.998.722
46	Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege	207.834.487	22	Säumniszuschläge, Stundungszinsen	183.129
47	Verletztengeld, besondere Unterstützung	68.723.623		Insgesamt	1.481.660.504
48	Sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen	147.233.401	Kontenklasse 3 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 30/31)		
49	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	19.610.778	32	Umlagewirksame Vermögenserträge aus den Betriebsmitteln	7.540.565
	Insgesamt	764.715.810	33	Vermögenserträge	-
Kontenklasse 5			34	Gewinne der Aktiva	-
50	Renten an Versicherte und Hinterbliebene	585.757.795	35	Einnahmen aus Ersatzansprüchen	89.370.103
51	Beihilfen an Hinterbliebene	1.650.163	36	Geldbußen und Zwangsgelder	-
52	Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene	5.046.091	37	Entnahmen aus den Vermögen	32.541.909
53	Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	82.440	38	Einnahmen aus öffentlichen Mitteln	142.325.237
56	Mehrleistungen und Aufwändungsersatz	15.724.831	39	Sonstige Einnahmen	3.335.465
57	Sterbegeld und Überführungskosten	1.111.969		Insgesamt	275.113.280
58	Leistungen im Rahmen von Unfalluntersuchungen	7.761.456	Summe der umlagewirksamen Erträge		
59	Prävention	112.381.395			1.756.773.784
	Insgesamt	729.516.141	Kontenklasse 6 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 60/61)		
63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	88.343	63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	88.343
64	Beitragsausfälle	261.645	64	Beitragsausfälle	261.645
65	Beitragsnachlässe	621.263	65	Beitragsnachlässe	621.263
67	Zuführungen zu den Vermögen	44.679.763	67	Zuführungen zu den Vermögen	44.679.763
69	Sonstige Aufwendungen	3.247.800	69	Sonstige Aufwendungen	3.247.800
	Insgesamt	48.898.814	Kontenklasse 7		
70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	147.919.878	70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	147.919.878
71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	12.555.055	71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	12.555.055
72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	11.246.227	72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	11.246.227
73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	23.149.193	73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	23.149.193
74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	1.182.334	74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	1.182.334
75	Vergütungen für Verwaltungsaufgaben	14.563.875	75	Vergütungen für Verwaltungsaufgaben	14.563.875
76	Kosten der Rechtsverfolgung	1.643.237	76	Kosten der Rechtsverfolgung	1.643.237
77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	245.686	77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	245.686
78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	271.392	78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	271.392
79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	866.141	79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	866.141
	Insgesamt	213.643.019	Summe der umlagewirksamen Aufwendungen		
					1.756.773.784
	Umlagebeitrag (Ktgr. 20)	1.437.478.653			

Tabelle 15: Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand –
Zusammenfassende Abschlussübersicht für das Jahr 2014:
Umlagerechnung

Chinesische Gäste im BG-Klinikum Hamburg

„Die Vision von einer Brücke beseelt uns“

Vier Beschäftigte der chinesischen Rehaklinik Klinik Bayi in Chengdu – eine Ärztin, ein Arzt, eine Ergotherapeutin und ein Physiotherapeut – hospitierten im Juni 2015 im BG-Klinikum Hamburg. DGUV Forum sprach mit ihnen über ihre Erfahrungen in Deutschland.



Sie sind nun seit drei Wochen in Deutschland. Was sind Ihre ersten Eindrücke von unserem Land?

Yum: Am stärksten hat uns die Landschaft und die Natur in Deutschland beeindruckt und natürlich die saubere, frische Luft. In China sind wir in vielen Regionen den täglichen Smog gewohnt. Wir nehmen die Menschen und vor allen Dingen die Beschäftigten des BG-Klinikums Hamburg als sehr höflich und hilfsbereit wahr. Allgemein begegnen uns die Menschen hier sehr freundlich. Auffällig wird dies für uns auch im Straßenverkehr. Die Deutschen scheinen sich alle an Regeln zu halten, es wird weniger gehupt und man nimmt Rücksicht auf Leute, die zu Fuß unterwegs sind. Bei uns kann man sich nicht darauf verlassen, dass die Vorfahrt für Fußgängerinnen und Fußgänger wirklich beachtet wird. Das empfinden wir als sehr positiv.

Und wie sieht es mit dem deutschen Essen aus?

Yu: Das ist allerdings ein schwieriger Punkt. Das deutsche Essen ist nicht unbedingt nach unserem Geschmack. Die meisten Gerichte sind für uns nicht scharf genug. Wir denken allerdings, dass es für Deutsche schwieriger ist, sich an das chinesische Essen zu gewöhnen als umgekehrt.

Sind da auch Dinge, die Ihnen seltsam erscheinen?

Yum: Es fallen uns diverse Dinge auf, die uns im ersten Moment seltsam und vor allem anders erscheinen. Als wir das erste Mal an der Alster waren, haben wir zwei ältere Damen gesehen, die Bier aus Fla-

schen getrunken haben. In China hätten sie wohl eher eine Tasse Tee in der Hand.

Außerdem haben wir zum ersten Mal alkoholfreies Bier gesehen. So etwas gibt es in China nicht. Da wir eine 0-Promille-Grenze beim Autofahren haben, trinkt man in China kein Bier, wenn man Auto fährt. Das wäre vielleicht eine Geschäftsidee für uns? Eine zweite Sache, über die wir erstaunt sind, ist die Sauna. Wir haben zum ersten Mal die deutsche Saunakultur erfahren. Das ist in China undenkbar. Aber das ist ja auch das Spannende an diesem Austausch. Alles von einer anderen, für uns unbekanntem Kultur kennenzulernen.

Haben sich in Ihrem Krankenhaus mehrere Leute beworben und gab es ein Auswahlverfahren?

Mou: Für diesen Austausch mit dem BG-Klinikum Hamburg gab es in unserem Krankenhaus mehr als 30 Interessierte, daher fand im Vorfeld ein Auswahlverfahren statt. Ausschlaggebend für die Entscheidung waren natürlich fachliche, aber auch sprachliche Kenntnisse. Die Wahl fiel auf uns vier, weil der Präsident der Klinik der Meinung war, dass die Mischung zwischen zwei Ärzten und zwei Therapeuten optimal für den Transfer und die Umsetzung der Informationen sei.

Geplant ist, dass wir nach unserer Rückkehr weiter als Team zusammenarbeiten und unser Wissen in den Klinikalltag einbringen sollen. Dadurch soll es zu einem intensiveren Austausch zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen kommen, der uns hier in der Klinik sehr positiv aufgefallen ist.

Sie nehmen seit drei Wochen am Klinikalltag teil. Was hat Sie im BG-Klinikum Hamburg beeindruckt und gibt es etwas, was in China umsetzbar ist?

Deng: Wir haben hier eine Vielzahl interessanter Dinge kennengelernt, die wir gerne in unserer Klinik umsetzen möchten. Natürlich muss man vieles an die örtlichen Begebenheiten, unsere Kultur sowie unsere Patientinnen und Patienten adaptieren. Großes Interesse haben wir an der Hydrotherapie, die in unserem Land zu wenig zum Einsatz kommt.

Neurologische Patientinnen und Patienten sowie solche mit Querschnittslähmungen mithilfe von Hippotherapie zu therapieren, ist für uns ebenfalls ein spannender Ansatz, dessen Umsetzung in Bayi durchaus denkbar wäre. Wir werden auch versuchen, Gruppentherapien, das Rollstuhl- und das Prothesentraining in unseren Klinikalltag zu übernehmen. Was uns allerdings besonders beeindruckt hat, ist der regelmäßige, intensive interdisziplinäre Austausch und das daraus resultierende Teamwork. Hier können wir besonders viel lernen.

Was für Unterschiede gibt es zwischen beiden Häusern?

Yu: In China werden alle Patientinnen und Patienten von ihren Familien und Angehörigen in der Klinik unterstützt. Das bedeutet, dass Familienmitglieder bei allen Therapien und bei allen täglichen Bedürfnissen anwesend sind. Dies hat den Vorteil, dass die Angehörigen nach der Ent-



Foto: BUK Hamburg / Jens Janner

lassung alle Handgriffe der Versorgung kennen und keinerlei Berührungängste haben. Nachteilig ist allerdings, dass die Familie natürlich alle Handgriffe zu schnell abnimmt, sodass die Erkrankten gar nicht gezwungen ist, diese selbst zu erlernen. In Hamburg erleben wir das genaue Gegenteil. Patientinnen und Patienten versuchen, möglichst früh selbstständig zu werden und möglichst viele Dinge des täglichen Lebens eigenständig zu erlernen.

„Wir haben hier eine Vielzahl interessanter Dinge kennengelernt, die wir gerne in unserer Klinik umsetzen möchten.“

Yum: Beeindruckend fanden wir zum Beispiel den Autotransfer oder auch die Fahrschule. Allerdings wäre es aus unserer Sicht schöner, wenn man eine Mischung aus beidem hätte: Familie, die von Anfang an mit in die Rehabilitation mit einbezogen wird, sowie Patientinnen und Patienten, die möglichst eigenständig werden wollen. Wir hoffen, dass wir dieses durch unsere gemeinsamen Erfahrungen in unserer Klinik nach und nach implementieren können.

Mou: Einen sehr großen Unterschied haben wir in den Hygienebedingungen vorgefunden. Das Thema Händedesinfektion wird hier sehr groß geschrieben. Dies wird schon durch die überall vertretenen Händedesinfektionsspender deutlich oder dadurch, dass der Zugang zum OP nur nach dreimaliger intensiver Reinigung gewährt

Die Mitglieder der chinesischen Delegation am BUK Hamburg:
Chao Yu, Ergotherapeutin, Shuai Mou, Chirurg, Chao Yum, Physiotherapeut, Wangying Deng, Neurologin (v.l.n.r)

wird. Beeindruckend! Zu diesem Thema haben wir dringend Nachholbedarf.

Deng: Auch die Infektionskontrolle wird hier weitaus gründlicher und effektiver betrieben als bei uns. Darüber hinaus hat uns die optimale Planung der OPs und das fortschrittliche Equipment in den Operationssälen fasziniert. In China existieren in den Regionen zentrale Planungsbüros, die dies organisieren. Aber eine Vorortplanung ist natürlich viel effektiver.

Gibt es noch weitere Ansätze hier in Hamburg, die Sie eventuell übernehmen möchten?

Mou: Es gibt viele Themen und Ansätze, die bei unserer täglichen Arbeit hilfreich wären. Hier erwähnen möchten wir zum Beispiel die optimalen, übersichtlichen Therapiepläne für Patientinnen und Patienten. Dadurch sind sie immer gut informiert. Außerdem haben wir wahrgenommen, dass durch die unterschiedlichen Therapien die Erkrankten sehr gut auf ihr Leben nach dem Krankenhaus vorbereitet werden. Alle Therapien haben Bezug zu seinem realen Leben. Am meisten überzeugt hat uns allerdings Ihr Mitarbeiter aus der

Sporthalle (Philip Opong, Red.), der dadurch, dass er selbst auf den Rollstuhl angewiesen ist, und durch seine mitreißende, positive Art die betroffenen Patientinnen und Patienten motivieren kann. Dies ist ein besonders nachahmenswerter Gedanke.

Wird die Zusammenarbeit der beiden Kliniken fortgesetzt?

Mou: Wir hoffen ja. Unser Direktor hat uns gebeten, eine Kooperation zwischen dem BG-Klinikum Hamburg und der Rehaklinik Bayi ins Leben zu rufen. Wir möchten gerne weiterhin von Ihren Standards lernen. Dafür könnten wir beim weiteren Ausbau der Traditionellen Chinesischen Medizin in Hamburg helfen. Weiterhin ist eine Zusammenarbeit auf wissenschaftlichem Sektor denkbar. Wir würden uns sehr freuen, wenn wir Therapeutinnen und Therapeuten sowie Ärztinnen, Ärzte und Pflegende aus Hamburg bei uns für eine Hospitation und vielleicht für ein Teamtraining aufnehmen dürften. Die Vision von einer Brücke zwischen dem BG-Klinikum Hamburg und der Rehaklinik Bayi seelt uns.

Deng: Wir möchten uns auch sehr für die große Gastfreundschaft bedanken. Ein großes Dankeschön von uns an alle Beschäftigten des Hauses, die bei uns einen energiegeladenen, engagierten und kompetenten Eindruck hinterlassen haben. ●

Das Interview führte Christiane Keppeler, Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit am BG-Klinikum Hamburg.

- ! Im Zuge der Zusammenarbeit der DGUV mit Sozialversicherungsträgern anderer Länder wurde bei einem Kongress in Peking zum Thema Arbeitssicherheit das Thema Reha-Standards zur Sprache gebracht.

Auf Veranlassung von Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der DGUV, wurden Dr. Jean-Jacques Glaesener und Rolf Keppeler aus dem BG-Klinikum Hamburg gebeten, die erst fünf Jahre alte Rehaklinik Bayi zu besichtigen und zu beraten, die nach dem großen Erdbeben in der Provinz Sichuan entstanden ist. In Bayi werden Patientinnen und Patienten der gesamten Region nach Polytrauma, Schädelhirntrauma, Querschnittlähmung, Amputation oder Schlaganfall rehabilitativ behandelt. Dafür stehen 500 Betten zur Verfügung.

In erster Linie ging es bei dem Besuch um den fachlichen Austausch zur effizienten Organisation der Rehabilitation sowie den weiteren Aufbau von fachlicher Kompetenz. Hierzu wurde von beiden Seiten ein weiterer Austausch angeregt. Dieser wurde mit einer vierwöchigen Hospitation von vier Beschäftigten der chinesischen Klinik im BG-Klinikum Hamburg im Juni begonnen: zwei Ärzten, einer Ergotherapeutin und einem Physiotherapeuten.

Dr. Rudi Vetter verabschiedet

Die Unfallkasse Post und Telekom (UK PT) hat am 8. Juli ihren bisherigen Geschäftsführer, Dr. Rudi Vetter, offiziell verabschiedet. Rudi Vetter hatte seine Tätigkeit bereits zum 28. Februar dieses Jahres beendet und ist in den Ruhestand getreten.

Die stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der DGUV, Petra Zilch, würdigte in ihrer Ansprache das Engagement von Rudi Vetter auf Verbandsebene. So habe Rudi Vetter in mehreren Kommissionen der Geschäftsführerkonferenz und des Vorstandes im ehemaligen Bundesverband der Unfallkassen mitgewirkt. Er war stellvertretender Vorsitzender des Geschäftsführerausschusses Prävention und Mitglied des Beirates der Zeitschrift „Faktor Arbeitsschutz“. Bei der DGUV war Rudi Vetter Mitglied des Hennefer Kreises für Grundsatzfragen der Prävention sowie des IT-Ausschusses der Geschäftsführerkonferenz.

In der Amtszeit von Dr. Vetter wurden die Weichen gestellt für die zum 1. Januar 2016 geplante Fusion der UK PT mit der Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft. „Damit

hat die UK PT gemeinsam mit der BG Verkehr einen ganz neuen Weg beschritten: die erste und einzige Fusion eines Trägers der öffentlichen Hand mit einer gewerblichen Berufsgenossenschaft“, unterstrich Petra Zilch von der DGUV. Bei seiner Verabschiedung sicherte Rudi Vetter zu, dass die Arbeitsplätze der Beschäftigten der UK PT auch nach der Fusion erhalten bleiben.



Die stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der DGUV, Petra Zilch, und der bisherige Geschäftsführer der UK PT, Dr. Rudi Vetter

Neuer Vorstandsvorsitz bei der BGHM

Wilfried-Jürgen Ehrlich hat sein Amt als Vorsitzender des Vorstandes der Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM) abgegeben. Der Vorstand wählte in seiner Sitzung am 8. Juli 2015 Professor Dr. Eckhard Kreßel zum Nachfolger. Ehrlich bleibt weiterhin Mitglied im Vorstand der BGHM, ebenso übt er auch zukünftig seine Ämter im Spitzenverband, im Klinikverbund und im Bildungsstättenverein Süddeutschland der gesetzlichen Unfallversicherung aus.

„Wilfried-Jürgen Ehrlich hat in den über neun Jahren als Vorstandsvorsitzender sein Amt mit außerordentlicher Kompetenz und Zielstrebigkeit wahrgenommen. Insbesondere bei den drei großen Fusionen, die er maßgeblich begleitete, hat er große Verantwortung und Augenmaß gezeigt. Für sein Engagement möchten wir ihm recht herzlich danken“, würdigte Sönke Bock, Vorsitzender des Vorstandes der Versichertenseite, die Arbeit von Ehrlich. „Ich freue mich, dass uns seine fundierten Kenntnisse und seine wertvollen Erfahrungen im Vorstand und in seinen BGHM-übergreifenden Ämtern erhalten bleiben.“



Wilfried-Jürgen Ehrlich



Prof. Dr. Eckhard Kreßel

Professor Dr. Eckhard Kreßel ist seit Mai 2007 Mitglied im Vorstand der BGHM. Zudem war er bis zum Januar 2011 ordentliches und ist seither stellvertretendes Mitglied des Präventionsausschusses.

Staffelübergabe beim Braunschweigischen GUV



Nach knapp 16 Jahren beim GUV Braunschweig hat Detlev Hoheisel (Mitte) die Geschäftsführung an seinen bisherigen Stellvertreter Carsten Koops (links) abgegeben. Am 1. Juli 2015 wurde Hoheisel offiziell in den Ruhestand verabschiedet. Die Funktion des stellvertretenden Geschäftsführers übernahm ab 1. August 2015 Michael Schwanz (rechts), der bisher für die DGUV tätig war.

Keine Privilegierung des Verleihers

Der Unfall, den ein Leiharbeiter im Unternehmen des Entleihers erleidet, ist auch dann haftungsrechtlich dem Entleiher zuzuordnen, wenn ein bindender Verwaltungsakt des für den Verleiher zuständigen Unfallversicherungsträgers den Unfall als Arbeitsunfall eines Beschäftigten des Verleihunternehmens anerkannt hat.



Urteil des BGH vom 18.11.2014 –
VI ZR 141/13

Die Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung geht im Wege des Regresses nach § 110 SGB VII gegen das Unternehmen vor, bei dem ein Leiharbeiter die zum Unfall führenden Arbeiten auf einem Dach einer Reithalle ausgeführt hatte, von dem er sieben Meter tief in eine Reithalle stürzte und schwere Verletzungen erlitt.

Der für den Verleiher zuständige Unfallversicherungsträger hatte diesen Unfall zuvor als Arbeitsunfall anerkannt. Gleichwohl sah sich der Senat durch die bindende Entscheidung des für das Verleihunternehmen zuständigen Trägers nicht dergestalt gebunden, haftungsrechtlich hier eine Privilegierung nur des zuzuordnenden Verleihunternehmens vornehmen zu können.

Selbst wenn in früheren Entscheidungen des BGH die Bindungswirkung nach § 112 i. V. m. § 108 Abs. 1 SGB VII auch auf die Feststellung erstreckt wurde, ob einem Beschäftigten nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII oder als Wie-Beschäftigtem für ein anderes Unternehmen nach § 2 Abs. 2 SGB VII Versicherungsschutz im Zeitpunkt des Unfallereignisses zukam, hindere dies eine anderweitige Zuordnung hier nicht. Wenn die bisherige Rechtsprechung von einer Bindungswirkung deshalb ausgegangen sei, weil nicht nur die Zuständigkeit mehrerer Träger oder ein mehrfacher Versicherungsschutz vermieden werden sollte, sondern auch eine Zuordnung eines Arbeitsunfalls zu mehreren Unternehmen, so sei dies in der Fallkonstellation der Arbeitnehmerüberlassung grundsätzlich anders. § 133 Abs. 2 SGB VII stehe dem nicht entgegen, da diese Vorschrift nur eine ständige Änderung von Zuständigkeiten verhindere.

Der BGH sieht sich in der haftungsrechtlichen Zuordnung zum Unternehmen des Entleihers zudem durch die frühere Rechtsauffassung noch unter Geltung der RVO bestätigt, an der der Gesetzgeber ausweislich der Gesetzesmaterialien nichts habe ändern wollen. Die Tatsache, dass der Verleiher die Beiträge zahlt, steht dem nicht entgegen – diese würden bei der Kalkulation des Entgelts berücksichtigt und an den Entleiher weitergereicht. Eine Privilegierung des Verleihers, der regelmäßig keinem Haftungsrisiko ausgesetzt sei, wäre weitgehend verfehlt; demgegenüber würde der Entleiher, der die arbeitgeberseitige Fürsorgepflicht trägt, einem unübersehbaren Haftungsrisiko ausgesetzt.

Die Entscheidung, die längst überfällig erschien, bringt endlich die schon lange in der Literatur erwartete Klarstellung. Die für eine Bindungswirkung sprechenden Gründe, dass mehrere Unternehmen einer Haftungsfrage ausgesetzt würden und widersprechende Urteile zur möglichen Haftungsprivilegierung ergingen, ferner dass ein Versicherungsschutz bei verschiedenen Unfallversicherungsträgern begründet würde (vgl. auch § 135 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII), sind bei einer haftungsrechtlichen (Sonder-)Zuordnung zum Unternehmen des Entleihers nicht zu befürchten.

Denn immer nur im Verhältnis zum jeweiligen Entleiher besteht eine mögliche Haftung und damit auch ein Grund für die Privilegierung, die ja neben dem Gedanken der versicherungsrechtlichen Ablösung durch die Beitragsfinanzierung der Unternehmer maßgeblich auch vom Gedanken der betrieblichen Gefahrgemeinschaft getragen ist und dem Betriebsfrieden Rechnung trägt. Damit wäre eine unterschiedliche haftungsrechtliche Behandlung des Unternehmers, der in seinem Betrieb neben eigenen Arbeitnehmern Leiharbeiter einsetzt, je nachdem, ob der eigene Arbeitnehmer oder ein Leiharbeiter den Unfall erleidet, nicht vereinbar.



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

Mit neuer Broschüre Bildschirmarbeitsplatz optimieren

Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes verbringen etwa zwei Drittel der 25- bis 54-jährigen Beschäftigten in Deutschland täglich einen Teil ihrer Arbeitszeit vor dem Computer. Ist der Arbeitsplatz nicht an die individuellen Bedürfnisse des Beschäftigten angepasst, kann es zu Verspannungen und Schmerzen im Nacken sowie zu Sehbeschwerden wie ermüdeten Augen kommen.

Mit der neuen Broschüre „Gutes Sehen im Büro. Brille und Bildschirm – perfekt aufeinander abgestimmt“ hilft die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) dabei, die richtige Brille für die Bildschirmarbeit auszuwählen und die Position des Monitors gut auf die Brille, die individuellen Seheigenschaften und die Körpermaße abzustimmen.



Quelle: BAuA

BAuA-Broschüre
„Gutes Sehen im Büro.
Brille und Bildschirm –
perfekt aufeinander abgestimmt“

Mit traumatischen Ereignissen im Betrieb umgehen

Traumatische Ereignisse – das sind verstörende Ausnahmen von den normalen Geschehnissen des Alltags. Sie passieren selten, sind aber hoch belastend und folgeschwer. Um im Ernstfall nicht unvorbereitet, hilflos und planlos dazustehen, soll die DGUV Information 206-017 dazu beitragen, Betrieben den Umgang mit dem Thema „traumatische Ereignisse bei der Arbeit“ zu erleichtern.

In vielen Unternehmen treten traumatische Ereignisse selten oder nie, in manchen häufiger auf. Unabhängig von der Häufigkeit aber können sie seelische Verletzungen mit schweren und langwierigen Folgen hinterlassen. Und sicher: Es handelt sich um seltene Ereignisse. Wenn sie jedoch eintreten, bedeuten sie für die Betroffenen eine extreme Belastung und für das Unternehmen erheblichen wirtschaftlichen Schaden.



Quelle: DGUV

DGUV Information 206-017
„Gut vorbereitet für den Ernstfall! –
Mit traumatischen Ereignissen im
Betrieb umgehen“

Impressum

DGUV Forum

Fachzeitschrift für Prävention,
Rehabilitation und Entschädigung
www.dguv-forum.de

7. Jahrgang. Erscheint zehnmal jährlich
Herausgeber · Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Dr. Joachim Breuer,
Hauptgeschäftsführer, Glinkastraße 40,
10117 Berlin-Mitte, www.dguv.de

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

Redaktion · Elke Biesel (DGUV), Falk Sinß
(stv. Chefredakteur), Gabriele Franz, Natalie
Peine, Franz Roederer (Universum Verlag)

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

Verlag und Vertrieb · Universum Verlag GmbH,
Tanusstraße 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, Tanusstraße 54,
65183 Wiesbaden, Telefon: 0611/9030-246,
Telefax: -247

Herstellung · Harald Koch, Wiesbaden

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

Grafische Konzeption und Gestaltung ·
Cicero Kommunikation GmbH, Wiesbaden

Titelbild · BG ETEM/Stephanie Kulbach

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

Rechtliche Hinweise · Die mit Autorennamen
versehene Beiträge in dieser Zeitschrift
geben ausschließlich die Meinungen der jewei-
ligen Verfasser wieder.

Zitierweise · DGUV Forum, Heft,
Jahrgang, Seite

ISSN · 1867-8483

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

In dieser Zeitschrift beziehen sich Personen-
bezeichnungen gleichermaßen auf Frauen
und Männer, auch wenn dies in der Schreib-
weise nicht immer zum Ausdruck kommt.

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

**Neue Veranstaltung
in Warschau/Polen**

Fachtagung Psychische Belastungen im Beruf am 15. und 16. Oktober 2015

Bild: Fotolia.de/odmas

» **Veranstaltungsort: Wyższa Szkoła Menedżerska, ul. Kawęczyńska 36, 03-772 Warszawa**

Aus der Themenliste:

- » Führungsaufgabe Gesundheit
- » Nacht- und Schichtarbeit – ein besonderes Gesundheitsrisiko?
- » Psychische Belastungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen
- » Absentismus und Präsentismus – zwei Seiten einer Medaille
- » Psychische Folgen nach einem Arbeitsunfall
- » Mobil, flexibel, ständig erreichbar – und wo bleibt die Familie?

Vorträge in polnischer Sprache mit konsekutiven Übersetzungen; Folien in englischer Sprache

Weitere Informationen unter www.universum.de/ppg

Einfach anmelden: auf konferencja.pracaizdrowie.pl

per E-Mail: pz@pracaizdrowie.pl

oder per Telefon **0611 90 30-244**

Tagungspreis **690,- PLN** (ca. 167,50 € (nach aktuellem Wechselkurs))

(Tagungsgebühr einschließlich Verpflegungskosten)



INSTYTUT MEDYCYNY PRACY IM. PROF. J. NOFERA

Unimedia 

 **Universum
Institut**



Zweite Fachtagung **Gesund im Betrieb – Stress meistern** am 5. November 2015

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

Aus der Themenliste:

- » Vom Umgang mit Konflikten und Gewalt im Betrieb
- » Die Rolle des Betriebsarztes bei psychischen Erkrankungen
- » Berufsbezogene Psychotherapie
- » Stress
- » Achtsamkeit – Die Kunst, besser zu leben
- » Mobil und flexibel – und wo bleibt die Familie?
- » Burnoutprophylaxe

Weitere Informationen unter www.universum.de/ppg

Einfach anmelden: auf www.universum.de/ppg
per E-Mail: fachtagung@universum.de
oder per Telefon **0611 90 30-244**
Tagungspreis **€ 350,-**
Kombination Tagung plus „Praxishandbuch
psychische Belastungen im Beruf“ **€ 398,-**
(Tagungsgebühr einschließlich Verpflegungskosten)

Die Zertifizierung bei der Landesärztekammer Hessen ist beantragt.



Die DGUV hat die Veranstaltung mit 7 Stunden im Rahmen der Aufrechterhaltung des Zertifikats zum Certified Disability Management Professionals anerkannt.

