

DGUV Forum

Fusion der BG Kliniken

Ein Unternehmen – ein Ziel



Die Branchenregeln der DGUV
Ein neues Präventionsinstrument für die Praxis
Neue Strukturen und Formen der Zusammenarbeit
Das Präventionsgesetz

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

ob ein Ereignis tatsächlich „historisch“ genannt werden kann, zeigt sich in der Regel erst im Nachhinein. Trotzdem bin ich schon heute davon überzeugt, dass der 1. Januar 2016 ein historisches Datum für die medizinische Versorgung der gesetzlichen Unfallversicherung ist.

Mit dem neuen Jahr schließen sich die berufsgenossenschaftlichen Akut- und Rehakliniken zu einem gemeinsamen Unternehmen zusammen. Das ist ein notwendiger und kaum zu überschätzender Schritt in Richtung einer sicheren Zukunft. Der Gesundheitsmarkt ist geprägt von Verdichtung, Privatisierung und Fachkräftemangel. Kliniken stehen deshalb vor der anspruchsvollen Aufgabe, effizient zu sein und gleichzeitig eine hohe Versorgungsqualität sicherzustellen. Die guten Erfahrungen aus der Zusammenarbeit der Kliniken in den vergangenen Jahrzehnten haben uns gezeigt: Das wird auf Dauer nur mit vereinten Kräften gelingen.



Foto: DGUV/Stephan Floss

Wie wird das neue Haus der BG Kliniken aussehen? Unter dem Dach der neuen Gesellschaft „BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH“ entsteht eine Holding. Gesellschafter dieser gGmbH sind die Unfallversicherungsträger. Sie werden damit zugleich Anteilseigner aller Kliniken. Die Selbstverwaltungen erhalten auf diesem Weg zentrale Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten. Das macht noch einmal deutlich: Moderne Führungsstrukturen und Selbstverwaltung passen gut zusammen.

„Der Zusammenschluss der berufsgenossenschaftlichen Kliniken ist ein notwendiger und kaum zu überschätzender Schritt in Richtung einer sicheren Zukunft.“

So innovativ die neue Struktur für die Unfallversicherung ist, mit ihr schließt sich auch ein historischer Kreis. Ein gegenseitiger Erfahrungsaustausch wurde bereits seit der Gründung des Bergmannsheils Bochum 1889 und seiner Schwesterklinik, des BG Klinikums Bergmannstrost Halle, gepflegt. Immer mehr Kliniken kamen hinzu. Der Zusammenschluss unter einem gemeinsamen Dach kann deshalb auch als konsequente Weiterentwicklung gesehen werden. Dabei haben wir immer zwei Ziele vor Augen: die hohe Behandlungsqualität für unsere Versicherten auszubauen und die Akut- und Rehamedizin weiter voranzubringen.

Mit den besten Grüßen

Ihr

Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ›››	2–3
› Aktuelles ›››	4–6
› Nachrichten aus Brüssel ›››	7
› Titelthema ›››	8–17
Fusion der BG Kliniken Ein Unternehmen – ein Ziel	8
<i>Joachim Breuer, Reinhard Nieper</i>	
Das BG Klinikum Hamburg Ein gefragter Partner beim Aufbau von Rehastrukturen im Ausland	11
<i>Hubert Erhard, Gregor Kemper</i>	
Erste Erfahrungen und Ausblick Zwei Jahre SAV	14
<i>Markus Oberscheven</i>	
Sachstandsbericht ein Jahr nach der Umstellung Das Vergütungssystem der BG Kliniken	16
<i>Petra Thiel, Katrin Paschen</i>	
› Prävention ›››	18–47
Arbeiten 4.0 Chancen und Risiken für den Arbeitsschutz	18
<i>Ina Neitzner, Gregor Doepke, Rolf Ellegast, Maren Hanfeld, Marcus Hussing, Thomas Brüning</i>	
Aus der Forschung Es staubt – Staub- und Quarzexpositionen in Arbeitsbereichen	20
<i>Stefan Gabriel, Markus Mattenklott</i>	
Ziele, Methodik, Strukturen Evaluation der DGUV Vorschrift 2	22
<i>Frank Bell, Sabine Edelhäuser, Marlen Rahnfeld, Annekatri Wetzstein</i>	
Neue Strukturen und Formen der Zusammenarbeit Das Präventionsgesetz	26
<i>Jochen Appt, Fritz Bindzius, Angela Knoll</i>	
Die Branchenregeln der DGUV Ein neues Präventionsinstrument für die Praxis	29
<i>Interview mit Jörg Hedtmann und Helmut Ehnes</i>	
SuGA-Bericht Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014	32
<i>Armin Dürr</i>	
Positionspapier Prävention der Zukunft: mit allen geeigneten Mitteln – nachhaltig und praxisnah	34
<i>Heike Wenzel, Heinz Schmid</i>	
Zero Accident Vision Von der Vision zum unfallfreien Betrieb	36
<i>Peter Nickel, Joachim Herrmann</i>	



Literaturanalyse zu Zusammenhängen mit Gesundheit und Leistung Psychische Belastung in der Arbeitswelt	40
<i>Hiltraut Paridon</i>	
Rückblick A+A Kongress 2015	42
<i>Bruno Zwingmann</i>	
Arbeiten unter der Sonne Schutz vor den Schattenseiten	44
<i>Gerald Wanka, Marc Wittlich</i>	

› Berufskrankheiten ›››	48–63
Hautkrebserkrankungen Minderung der Erwerbsfähigkeit bei den BK-Nummern 5102, 1108 und 2402	48
<i>Thomas L. Diepgen, Hans Drexler, Steffen Krohn</i>	
Hautkrebs durch UV-Strahlung als Berufskrankheit Die Situation in Europa 2015	50
<i>Steffen Krohn, Patricia Gellhaus</i>	
Qualifizierte Beratung und Betreuung Reha-Management bei Berufskrankheiten	53
<i>Fred-Dieter Zagrodnik</i>	
Fallkonferenzen im Reha-Management bei Berufskrankheiten Sinnvolle Ergänzung des Berufskrankheiten-Managements	56
<i>Edwin Toepler, Michael Stegbauer, Anna-Karina Härth, Jürgen Weinkauff</i>	
Bilanz Frühintervention bei arbeitsbedingten Hauterkrankungen	58
<i>Claudia Drechsel-Schlund, Katrin Süsmuth, Stephanie Schneider, Gerald Wanka, Steffen Krohn</i>	
› Aus der Rechtsprechung ›››	64
› Personalia ›››	65
› Medien/Impressum ›››	66

BG Kliniken bleiben Top-Arbeitgeberinnen

Die berufsgenossenschaftlichen Akut- und Rehakliniken (BG Kliniken) werden ihren Ärztinnen und Ärzten auch in Zukunft beste Gehaltskonditionen bieten.

In den aktuellen Tarifverhandlungen mit dem Marburger Bund haben die BG Kliniken am 17. November 2015 Tarifsteigerungen von insgesamt rund fünf Prozent über eine Laufzeit von 24 Monaten mit zusätzlicher Einführung weiterer Entgeltstufen für alle Leistungsebenen beschlossen. Die sogenannten Entgeltgruppen Ä1 und Ä2 umfassen demnach ab dem 1. Juli 2016 jeweils sechs statt der bisherigen fünf Stufen. Die bisher dreistufigen Entgeltgruppen Ä3 und Ä4 wiederum erhalten jeweils eine vierte Stufe.

„Der Vergleich mit anderen Klinikgruppen zeigt, dass wir die Spitzenleistungen unserer

Mediziner nicht nur mit Spitzengehältern vergüten, sondern die BG Kliniken durch ideale Aufstiegsbedingungen auch dauerhaft als Arbeitgeber attraktiv machen“, so Reinhard Nieper, Verhandlungsführer der BG Kliniken und Geschäftsführer der Dachgesellschaft. „Im Wettbewerb

um das beste Fachpersonal für unsere Patienten verschafft das natürlich einen wichtigen Vorteil.“

Die Umsetzung des neuen Tarifvertrags „TV-Ärzte BG Kliniken“ gilt rückwirkend ab dem 1. Juli 2015.



Weiterhin beste Gehaltskonditionen: Die Löhne für Ärztinnen und Ärzte der BG Kliniken steigen um fünf Prozent.

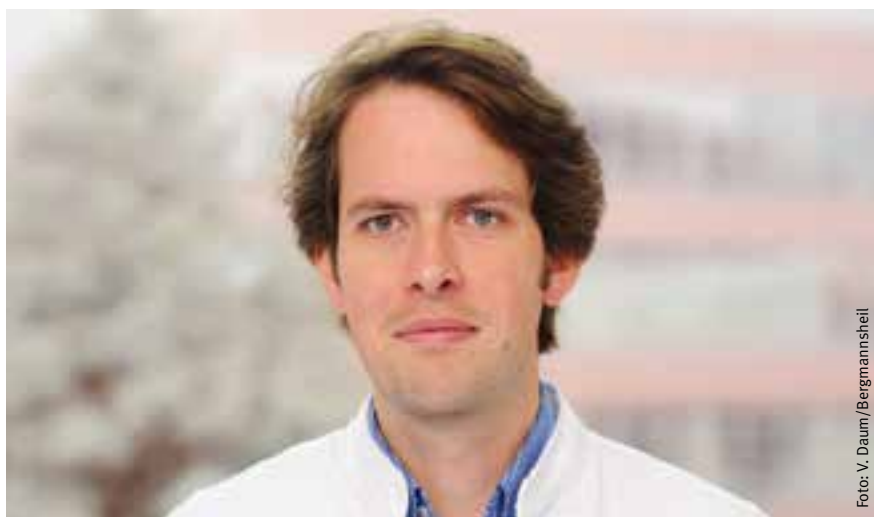
Brandwunden: Interdisziplinäres Forschungsprojekt erprobt neues Diagnostikverfahren

Großflächige Brandwunden zählen zu den schlimmsten Unfallverletzungen, ihre medizinische Behandlung und Beurteilung ist äußerst komplex. Forschende der Universität Erlangen, Lehrstuhl für Hochfrequenztechnik (LHFT), und der Universitätsklinik für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte der BG Klinik Bergmannsheil erproben jetzt neue Ansätze, um ein leistungsfähiges Diagnoseverfahren zur qualifizierten Beurteilung der Tiefe von Brandwunden zu entwickeln. In diesem Kontext soll erstmals das Konzept einer berührungslosen, mikrowellenbasierten Nahfeld-Bildgebung erforscht werden. Für ihr Projekt erhalten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in Erlangen und Bochum jetzt eine Förderung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) in Höhe von rund 288.000 Euro.

„Derzeit gibt es keine technischen Systeme zur diagnostischen Abbildung von Brandwunden, die sich im klinischen Alltag nachhaltig bewährt haben“, sagt Privatdozent Dr. Ole Goertz, Oberarzt der Universi-

tätsklinik für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte des Bergmannsheils, der gemeinsam mit Prof. Dr.-Ing. Martin Vossiek, Leiter des Lehrstuhls für Hochfrequenztechnik der Universität Erlangen, das Forschungsprojekt bis Ende 2015 verantwortet hat. Zu den bisher verfügbaren Ansätzen zur Diagnose von Brandwunden ge-

hören das Laser-Doppler-Imaging (LDI) sowie die optische Kohärenztomographie (OCT). Darüber hinaus wurden bereits Abbildungstechniken vorgestellt, die im Terahertz-Bereich (THz) des elektromagnetischen Wellenspektrums arbeiten: Sie sind für die Forschung besonders interessant, weil sie auch Verbandsmaterial durchdrin-



Privatdozent Dr. Ole Goertz

Mit dem „Forum Sport“ die Präventionsarbeit für Versicherte stärken

Um steigenden Unfallzahlen vor allem im Schulsport entgegenzusteuern, hat die Unfallkasse Rheinland-Pfalz den Bau des Forums Sport an ihrem Verwaltungssitz in Andernach initiiert. Nach rund elfmonatiger Bauzeit wurde das Forum von Roger Lewentz, Minister des Innern für Sport und Infrastruktur, eingeweiht. „Die Unfallkasse Rheinland-Pfalz ist die erste Unfallversicherungsträgerin bundesweit, die mit dem Forum Sport eine Sporthalle für die Versicherten und zugleich einen Stützpunkt für Feuerwehrsport einrichtet“, so Beate Eggert, Geschäftsführerin der Unfallkasse.

Das Forum Sport integriert drei Bereiche: die Unfallprävention, die Prävention für Feuerwehren und das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM). Zu den Zielgruppen zählen dementsprechend Lehrkräfte sowie Erzieherinnen und Erzieher, Einsatzkräfte der Feuerwehren und Hilfeleistungsunternehmen sowie die große Gruppe der Versicherten.

„Wir freuen uns, gleichzeitig mit dem Forum Sport auch den ersten Feuerwehrsport-Stützpunkt Rheinland-Pfalz eröffnen zu können“, betonte der Vorstandsvor-



Von links: Manfred Breitbach, stellvertretender Geschäftsführer der Unfallkasse RLP, Landtagsabgeordneter Marc Ruland, Innenminister Roger Lewentz, Geschäftsführerin Beate Eggert und Vorstandsvorsitzender Peter Labonte

sitzende der Unfallkasse, Peter Labonte. Hier sollen Einsatzkräfte der Feuerwehren und Hilfeleistungsunternehmen ihre Fitness trainieren können. Zahlreiche ge-

zielte Aktivitäten und Veranstaltungen werden auch in Zusammenarbeit mit dem Landesfeuerwehrverband Rheinland-Pfalz hier stattfinden.

SVLFG legt Zahlen des Geschäftsjahres 2014 vor

Ebenso wie die gesetzliche Unfallversicherung meldet die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) für das Jahr 2014 weniger Arbeitsunfälle als im Vorjahr. „Erfreulich ist der Rückgang der Arbeitsunfälle um über 1.400 gegenüber dem Vorjahr“, sagte der Vorstandsvorsitzende der SVLFG Arnd Spahn.

Die Gesamtaufwendungen für die landwirtschaftliche Unfall-, Kranken- und Pflegeversicherung sowie Alterssicherung der Landwirte beliefen sich im Jahr 2014

auf insgesamt 6,69 Milliarden Euro. Davon wurden 3,64 Milliarden durch Bundesmittel gedeckt. Das sind 29 Millionen Euro weniger Aufwendungen als im Jahr 2013.

! Alle Daten und Zahlen gibt es im Internet unter: www.svlfg.de > Service > Zahlen und Fakten zur SVLFG

Audit berufundfamilie erneuert

Zum 31. Oktober 2015 hat die berufundfamilie gGmbH der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) das Zertifikat audit berufundfamilie für weitere drei Jahre bestätigt. Das Zertifikat gilt nun für die gesamte DGUV. Öffentlich verliehen wird die Zertifikatsurkunde voraussichtlich im 2. Quartal 2016. Voraussetzung für die Erteilung des Zertifikats war die Erfüllung

der in den Jahren 2012 und 2013 formulierten Zielvereinbarungen. Für die Re-Auditierung wurden neue Zielvereinbarungen erarbeitet und durch den stellvertretende Hauptgeschäftsführer Dr. Walter Eichendorf unterzeichnet. Die neuen Zielvereinbarungen müssen nun in den nächsten drei Jahren erfüllt werden. Ziel der Auditierung ist, die bisher angebotenen

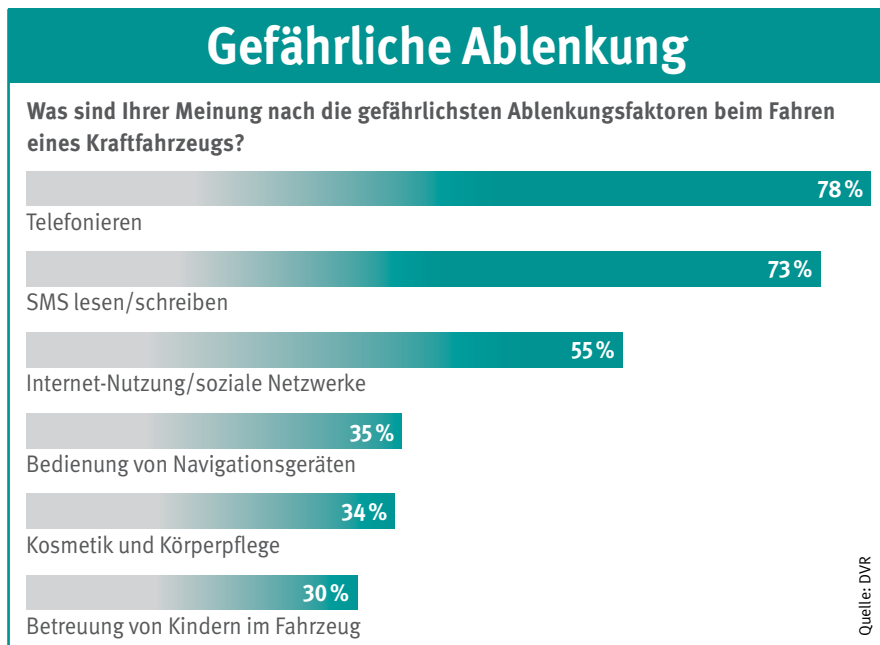
Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie weiterzuentwickeln und zu optimieren. Das Thema soll noch stärker im Verband und zu einem größeren Teil in der Unternehmenskultur verankert werden. Auf diese Weise möchte die DGUV die Zufriedenheit und Motivation ihrer Beschäftigten erhöhen und als Arbeitgeberin attraktiver werden.

Abgelenkt im Blindflug am Steuer

Drei Viertel der Autofahrerinnen und Autofahrer sind der Meinung, dass das Telefonieren (78 Prozent) und das Lesen oder Schreiben von SMS (73 Prozent) die gefährlichsten Ablenkungsfaktoren beim

Fahren eines Kraftfahrzeugs darstellen. Dies ergab eine repräsentative Befragung, die im Auftrag des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR) durchgeführt wurde. Das Marktforschungsinstitut Ipsos hat da-

zu 2.000 Personen über 14 Jahren befragt. An dritter Stelle bei der Einschätzung der Gefährlichkeit rangierten Internetnutzung und soziale Dienste (55 Prozent), gefolgt von der Bedienung von Navigationsgeräten (35 Prozent).



Der DVR weist darauf hin, dass nach Schätzung von Expertinnen und Experten jeder zehnte Verkehrsunfall durch Ablenkung verursacht wird. Wenn der Blick auf das Display des Smartphones nur zwei Sekunden dauere, lege man bei einer Landstraßenfahrt und einem Tempo von 100 km/h bereits 56 Meter im Blindflug zurück. Der DVR appelliert an alle Verkehrsteilnehmenden, Ablenkungen beim Fahren möglichst zu meiden.

Telefonieren und Lesen oder Schreiben von SMS werden als die gefährlichsten Ablenkungsfaktoren beim Fahren angesehen.

Wissenschaftliche Expertise für unterwegs

Die gesundheitlichen Bewertungen des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) sind ab sofort mobil zugänglich. In einer neuen Mobile-App finden Interessierte auf einen Blick alle gesundheitlichen Bewertungen des BfR. Diese Bewertungen oder „Stellungnahmen“ werden anlassbezogen oder in Krisensituationen veröffentlicht. Sie informieren über gesundheitliche Risiken, die von Stoffen oder Mikroorganismen in Lebensmitteln und von verbrauchernahen Produkten wie beispielsweise kosmetischen Mitteln, Textilien, Lebensmittelverpackun-

gen oder Spielzeug ausgehen können. „Die App ist vor allem ein Werkzeug für Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Wissenschaft, Verbänden, Wirtschaft und Nichtregierungsorganisationen, die aus beruflichen Gründen mit BfR-Stellungnahmen arbeiten“, erklärt Professor Dr. Dr. Andreas Hensel, Präsident des BfR. „Jeder wissenschaftlichen Stellungnahme ist zusätzlich eine allgemeinverständliche Zusammenfassung vorangestellt. Damit können sich auch Verbraucherinnen und Verbraucher über bestimmte Risiken in der App informieren.“

Das BfR hat die gesetzliche Aufgabe, Risiken von Stoffen, Mikroorganismen, Produkten und Verfahren für die menschliche Gesundheit abzuschätzen, zu bewerten und gegebenenfalls Maßnahmen zur Risikominderung oder -vermeidung zu empfehlen. Die BfR-Stellungnahmen sind in der App chronologisch nach Jahren sortiert und jederzeit mobil abrufbar.

! Weitere Informationen unter: www.bfr.bund.de/de/apps.html

Zahl des Monats: 420.447

Mit 420.447 Arbeitsunfällen im ersten Halbjahr 2015 ist die Zahl der meldepflichtigen Arbeitsunfälle im Vergleich zum Vorjahreszeitraum weiter zurückgegangen. Das geht aus vorläufigen Zahlen der Berufsgenossenschaften und Unfallkas-

sen hervor. Danach sank die Zahl der meldepflichtigen Arbeitsunfälle von 430.939 um 2,4 Prozent.

Die Zahl der Unfälle auf dem Weg zur Arbeit blieb mit 87.070 nahezu unverändert.

Bei den schweren Arbeits- und Wegeunfällen, insbesondere den Rentenfällen, zeigt sich jeweils der gleiche Trend. 200 Arbeitsunfälle endeten tödlich, 10 weniger als im Vorjahr. Die Zahl der tödlichen Wegeunfälle stieg dagegen um 19 auf 140.

EU-Parlament: Stärkung der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz

Die Europäische Kommission hat im Jahr 2014 den „Strategischen Rahmen der EU für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2014–2020“ veröffentlicht, den die Abgeordneten des Europäischen Parlaments am 25. November 2015 in einer Entschließung kommentiert haben (siehe dazu auch den Beitrag auf Seite 30 in dieser Ausgabe).

Darin stellen die Parlamentarierinnen und Parlamentarier zahlreiche Forderungen an die EU-Kommission sowie die Regierungen und weisen auf die gestiegene Bedeutung des Arbeitsschutzes vor dem Hintergrund des demografischen Wandels hin. Längere Arbeits-

zeiten seien nur mit guter Gesundheit möglich, ein besonderes Gewicht müsse deswegen auch auf Präventions- sowie Integrationsmaßnahmen gelegt werden. Dabei verweisen die Abgeordneten unter anderem auf die DGUV/ISSA Studie zu „Return on Prevention“, die bereits im Jahr 2013 im Europäischen Parlament vorgestellt wurde.

Auch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) hat sich Ende 2015 zu Wort gemeldet und in einer Stellungnahme unterstrichen, dass viele Themen des neuen strategischen Rahmens bereits seit Jahren auf der Agenda der Unfallversicherung in Deutschland stehen.

Schließlich hat auch die niederländische Ratspräsidentschaft, die den Vorsitz seit Beginn des Jahres innehat, einem arbeitsschutzrechtlichen Thema Priorität eingeräumt. Konkret geht es um die Überarbeitung der Richtlinie 2004/37/EC über den Schutz der Beschäftigten gegen Gefährdung durch Karzinogene oder Mutagene bei der Arbeit. Diese soll während der Ratspräsidentschaft vorangetrieben werden.

Die EU-Kommission wird aller Voraussicht nach im Laufe des Jahres ihr Vorhaben überprüfen und gegebenenfalls anpassen.

CETA: Freihandelsabkommen EU – Kanada

Schon 2014 hat die EU-Kommission den Vertragstext für ein Wirtschafts- und Handelsabkommen mit Kanada veröffentlicht. Das Mandat, mit dem die Mitgliedstaaten der Kommission ursprünglich die Aufnahme von Gesprächen genehmigt hatten, blieb jedoch bis Ende 2015 unter Verschluss. Erst nach-

dem die Dokumente auf inoffiziellem Weg an die Öffentlichkeit geraten waren, haben die Mitgliedstaaten einer Veröffentlichung zugestimmt.

Dem ursprünglichen Mandatstext aus dem Jahr 2009 ist zu entnehmen, dass bei Aufnahme der Verhandlungen der Investitionsschutz und die Einrichtung von Schiedsgerichten nicht zur Diskussion standen. Erst 2011 wurden entsprechende Klauseln in die Verhandlungsleitlinien aufgenommen. Damit haben die Mitgliedstaaten der EU-Kommission erst zwei Jahre später die Befugnis erteilt, in CETA auch Rege-

lungen zum Schutz von Investitionen und zur Einrichtung der umstrittenen Schiedsgerichte auszuhandeln. Sie waren somit keineswegs schon von Beginn ein unverzichtbarer Bestandteil des Abkommens.

Für 2016 hat sich die EU-Kommission nun zum Ziel gesetzt, den Ratifikationsprozess in Gang zu setzen. Erst wenn alle notwendigen Instanzen dem endgültigen Text zugestimmt haben, kann der Vertrag in Kraft treten. Unklar scheint weiterhin, ob es sich bei CETA um ein gemischtes Abkommen handelt, sodass es nicht nur einer Zustimmung des Europäischen Parlamentes sowie des Rates bedarf, sondern darüber hinaus auch des Einverständnisses der nationalen Parlamente. Weil bereits verschiedene Länder von einem gemischten Abkommen ausgehen, hat die EU-Kommission die Veröffentlichung einer rechtlichen Überprüfung dieser Frage für Anfang 2016 angekündigt.



Foto: Weissblick/fotolia.com

Fusion der BG Kliniken

Ein Unternehmen – ein Ziel

Die Akut- und Rehakliniken der gesetzlichen Unfallversicherung (BG Kliniken) werden ab diesem Jahr als ein Unternehmen geführt. Mit dem Zusammenschluss wollen die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen die medizinische Versorgung ihrer Versicherten weiter verbessern und die Spitzenposition der BG Kliniken in der Behandlung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten dauerhaft ausbauen.

Die berufsgenossenschaftlichen Akut- und Rehakliniken arbeiten als ein Unternehmen zusammen – am 1. Januar 2016 ist Wirklichkeit geworden, was viele noch vor wenigen Monaten kaum für möglich

„Mit der neu ausgeformten rechtlichen Struktur wird sich der Handlungs- und Verantwortungsbereich der Unfallversicherungsträger entscheidend ändern.“

gehalten hätten. Nach mehr als fünf Jahren intensiver Planung und harter Arbeit findet damit ein Entwicklungsprozess seinen erfolgreichen Abschluss, dessen Grundidee bis in die Zeit der ersten medizinischen Versorgungseinrichtungen der gesetzlichen Unfallversicherung zurückreicht und der anschaulich belegt, dass Selbstverwaltung und moderne Unternehmensführung zusammengehören. Die mit dem Beschluss zur Gründung eines einheitlichen Unternehmens verbundene Vision von Kooperation und systematischem Wissenstransfer ist eigentlich nicht neu. Der gegenseitige Erfahrungs-

austausch zwischen den Einrichtungen nahm seinen Anfang bereits 1889 mit der Gründung des heutigen BG Universitätsklinikums Bergmannsheil Bochum und seiner Schwesterklinik, des BG Klinikums Bergmannstrost Halle, kaum fünf Jahre später. Im vergangenen Jahrhundert sind in den industriellen Ballungszentren Deutschlands sieben weitere Akutkliniken nach diesem Vorbild entstanden – zuletzt 1997 das BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin. Die Zusammenarbeit vertiefte sich mit jeder Einrichtung und gipfelte bereits 1984 mit der Vereinigung der berufsgenossenschaftlichen Kliniken (VBGK) in einem erstmals formalisierten Interessenverbund.

Vom gemeinsamen Interesse zum gemeinsamen Unternehmen

Die Gründung des Klinikverbundes der gesetzlichen Unfallversicherung (KUV) Mitte 2010 war eine logische Konsequenz. Hatte man in den vorangegangenen 25 Jahren doch gesehen, dass die Kooperation erfolgreich verläuft und allen Beteiligten nur Vorteile bringt. Mit dem KUV wollten die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen die Zusammenarbeit der BG Kliniken sowohl untereinander als auch



mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung weiter institutionalisieren. Zweck dieses Vereins war es, die gemeinsamen Interessen seiner Mitglieder beim Bau und Betrieb der Kliniken wahrzunehmen, verbesserte Organisationsstrukturen zu entwickeln und so die Voraussetzungen für ein gemeinsames Handeln und Denken auf allen Ebenen zu schaffen.

Neue Rechtsform, neue Aufgaben

Dass die Mitgliederversammlungen von KUV und DGUV im Juni 2015 schließlich einstimmig beschlossen haben, die BG Kliniken ab 2016 als ein Unternehmen mit Holdingstrukturen zu betreiben, ist Resultat eines umfassenden Abstimmungs- und Analyseprozesses.

Autoren



Dr. Joachim Breuer

Hauptgeschäftsführer der DGUV
E-Mail: joachim.breuer@dguv.de

Foto: DGUV/Stephan Floss



Reinhard Nieper

Geschäftsführer der Dachgesellschaft der BG Kliniken
E-Mail: reinhard.nieper@bg-kliniken.de

Foto: Die Hoffotografen



Foto: Jan Paulus Fotografie

Das Klinikpersonal des Unfallkrankenhauses Berlin versorgt einen Unfallpatienten.

Die Unfallversicherungsträger und ihre Kliniken legten dazu zunächst die fachlich-inhaltlichen Anforderungen an die Kliniken fest. Erst nachdem hierüber Einigkeit erzielt, die Ergebnisse in einem umfassenden Klinikgesamtconcept zusammengeführt worden waren und die Selbstverwaltungsgremien dieses Papier verabschiedet hatten, wandte man sich der Prüfung möglicher Rechtsformen zu. Letztlich zeichnete sich deutlich ab, dass die gestellten Anforderungen am besten zu erfüllen sind, indem eine Dachgesellschaft und Tochtergesellschaften in der Rechtsform gemeinnütziger Gesellschaften mit beschränkter Haftung (gGmbH) etabliert werden. Entsprechend wurde als Erstes der KUV von einem Verein in eine gGmbH umgewandelt.

Als Dachgesellschaft mit dem Namen „BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH“ mit Sitz in Berlin verantwortet diese künftig die Gesamtstrategie der Kliniken und leitet zentrale Aufgaben einzelner Geschäftsbereiche. Gesellschafter dieser gGmbH sind die Unfallversicherungsträger. Die Rechtsträger der Kliniken wurden in Analogie zum KUV ebenfalls in gemeinnützige GmbHs umgewandelt und 74,9 Prozent ihrer Ge-

schäftsanteile an die Dachgesellschaft übertragen. Diese hält damit die Mehrheit an allen Kliniken.

„Die Strukturreform der BG Kliniken soll die Häuser auch für die Herausforderungen eines sich ändernden Marktes wappnen.“

Mit der neu ausgeformten rechtlichen Struktur wird sich der Handlungs- und Verantwortungsbereich der Unfallversicherungsträger entscheidend ändern: Lenkten einzelne Berufsgenossenschaften und Unfallkassen bis dato die Geschicke einer Klinik, so werden sie in der neuen Struktur als Gesellschafter der Dachgesellschaft zugleich Anteilseigner aller Kliniken im Unternehmen. Damit verbunden ist die Entwicklung und Implementierung zentraler Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten im Sinne der Eigentümer und ihrer Selbstverwaltungen. Der Einfluss- und Verantwortungsbereich erweitert sich über die regionale Ebene der Klinikträger hinaus auf die zentrale Ebene der Dachgesellschaft, wo künftig alle strategischen und für das Gesamtunterneh-

men wesentlichen Entscheidungen getroffen werden. Die Stellung der Unfallversicherungsträger als Eigentümer der Kliniken wird gegenüber dem bisherigen System deutlich gestärkt.

Bessere Steuerung

Die BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH ist wie alle Institutionen der gesetzlichen Unfallversicherung paritätisch besetzt. Bei der Umwandlung in die neue Rechtsform wurde diesem Prinzip konsequent entsprochen, indem die Versicherten- und Arbeitgebervertreter und -vertreterinnen der einzelnen Gesellschafter in der Gesellschafterversammlung der Dachgesellschaft gleichermaßen vertreten sind. Auch die Fach- und Regionalausschüsse der BG Kliniken sind nach diesem Prinzip besetzt. Eine Steuerung des Gesamtunternehmens entsprechend der Anforderungen und Bedürfnisse der Unfallversicherungsträger und ihrer Selbstverwaltungen ist so wesentlich besser möglich als in der bisherigen Struktur.

Krankenhausmarkt im Wandel

Durch die Strukturreform vollziehen die Rechtsträger der BG Kliniken jedoch nicht nur den finalen Schritt zur Formalisierung ihrer Zusammenarbeit in der medizinischen Rehabilitation der Versicherten. Sie reagieren damit auch auf einen Gesundheitsmarkt, der bereits seit einigen Jahren gravierenden Umwälzungen unterworfen ist. Denn der deutsche Krankenhaussektor verdichtet sich zunehmend: Die Zahl der Kliniken und aufgestellten Betten nimmt seit 1991 kontinuierlich ab. Gleichzeitig steigen die Fallzahlen, wohingegen die durchschnittliche Verweildauer wiederum kontinuierlich sinkt. Dies stellt trägerübergreifend alle medizinischen Einrichtungen vor die Herausforderung, trotz der weithin als unausweichlich bezeichneten Verpflichtung, die Effizienz zu steigern und eine weiterhin hohe Versorgungsqualität sicherzustellen.

Innovationskraft für die Zukunft

Darüber hinaus ist eine Marktverschiebung zu beobachten: Private Träger erobern seit Jahren zu Lasten freigemeinnütziger, konfessioneller und öffentlicher Krankenträger immer größere Anteile. Der Rückgang freigemeinnütziger und konfessioneller Träger ist im Vergleich zu den öffentlichen Trägern zwar moderat, ▶

generell ist aber erkennbar, dass sich staatliche und nicht-private Träger zunehmend aus der stationären Versorgung zurückziehen.

Hinzu kommt ein zunehmender Fachkräftemangel, der das Klinikmanagement schon heute vor große Herausforderun-

fürsorge betreiben, heißt das nicht, dass die Umwälzungen und Anforderungen des Gesundheitsmarktes für sie keine Rolle spielen. Denn diese Einflussfaktoren sind trägerübergreifend virulent und werden dementsprechend von den Unfallversicherungsträgern, ihrem Spitzenverband und den BG Kliniken sehr ernst

dem Auf- und Ausbau effizienter Infrastrukturen und optimierter Prozesse dazu in erster Linie eines systematischen Wissenstransfers bedarf. Unbestritten ist, dass die bislang als Einzelunternehmen agierenden Kliniken im Laufe der Jahre Strukturen und Abläufe etabliert haben, die sich häufig von denen ihrer Schwesterkliniken unterscheiden. Eine Hauptaufgabe des neuen Unternehmens besteht darin zu prüfen, welche dieser Prozesse angeglichen werden können – insbesondere dann, wenn eine bestimmte Leistung an einem Standort besonders gut oder wesentlich besser erbracht wird als an einem anderen. Der Ausbau einheitlicher Strukturen wird es ermöglichen, diese Prozesse auf andere Einrichtungen im Unternehmen zu übertragen, sodass mittelfristig das Gesamtsystem vom Erfolg Einzelner profitiert. Der Zusammenschluss ist also auch medizinisch-organisatorisch motiviert: Die spezifischen Kompetenzen der einzelnen Standorte sollen untereinander transparent gemacht und das Wissen zwischen den Kliniken besser transferiert werden.

Die Erfolgsgeschichte fortschreiben

Die gesetzliche Unfallversicherung und mit ihr die BG Kliniken blicken auf eine lange und überaus erfolgreiche Geschichte zurück. Was an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert aus einem Mangel an akut- und rehamedizinischer Versorgung verunfallter Arbeitnehmer in Industrieregionen entstanden ist, spielt heute regional und überregional, insbesondere in der Organisation der bundesweiten Notfallversorgung, eine zentrale Rolle. Mit der Gründung des neuen Unternehmens sollen die BG Kliniken für zukünftige Herausforderungen gewappnet werden. Im Sinne der Anforderungen der Unfallversicherungsträger und zur weiteren Verwirklichung des Versorgungsauftrags im Rahmen des SGB VII sind dabei gemeinsame Infrastrukturen und zentrale Steuerungsinstrumente aufzubauen, ist Wissen zwischen den Kliniken besser zu transferieren und die Weiterentwicklung berufsgenossenschaftlicher Versorgungskonzepte zu unterstützen. Denn hinter allem steht das Ziel, die hohen berufsgenossenschaftlichen Behandlungsstandards auch zukünftig gewährleisten zu können und damit die Erfolgsgeschichte der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland fortzuschreiben. ●



Die Rehabilitation der Patienten ist eine Hauptaufgabe der BG Kliniken.

gen stellt und für Versorgungskonzepte mit einem besonderen Qualitätsanspruch und Leistungsangebot – wie dem der BG Kliniken – naturgemäß ein besonderes Risiko darstellt.

Auf gesellschaftlicher Ebene führen demografischer Wandel und technologischer Fortschritt zusätzlich zu einem veränderten Unfallgeschehen und damit zu veränderten Krankheitsbildern, auf die auch die Einrichtungen der gesetzlichen Unfallversicherung vorbereitet sein müssen.

Wenngleich die BG Kliniken als Teil der gesetzlichen Unfallversicherung Daseins-

genommen. Die Strukturreform der BG Kliniken soll die Häuser somit auch für die Herausforderungen eines sich ändernden Marktes wappnen. Hintergrund ist das Interesse der Unfallversicherungsträger, die hohe Behandlungsqualität im Sinne aller Versicherten nachhaltig auszubauen sowie die Innovationskraft in der berufsgenossenschaftlichen Akut- und Rehamedizin auch für die Zukunft sicherzustellen.

Wissenstransfer und abgestimmte Prozesse

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind sich einig, dass es neben

Das BG Klinikum Hamburg

Ein gefragter Partner beim Aufbau von Rehastrukturen im Ausland

Das BG Klinikum Hamburg hilft mit seinen internationalen Kooperationen, die berufliche Rehabilitation in anderen Ländern zu implementieren.

Der demografische Wandel stellt nicht nur in Deutschland die Frage auf, wie Systeme der sozialen Sicherheit nachhaltig finanziert werden können, sondern auch in den Ländern, mit denen die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) bilaterale

„Die Ausbildung von Reha-Managern ausländischer Sozialversicherungsträger sowie Klinikkooperationen sind zentrale wie erfolgreiche Elemente in den bilateralen Aktivitäten der DGUV.“

Kooperationen unterhält. Weltweit hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass neben den Beschäftigten und den Unternehmen das gesamte System der sozialen Sicherheit davon profitiert, wenn arbeitsbedingt verunfallte Personen wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren und die Unfallrente nicht als alternativlos angesehen wird. Im Zuge der weiterhin schwierigen weltwirtschaftlichen Rahmenbedingungen richten viele Länder ihren Blick nach Deutschland. Denn sie müssen dringend die Frage beantworten, wie das kostspielige Delta zwischen medizinischer Rehabili-

tation und wenig nachhaltigen Umschulungs- oder Frühverrentungsprogrammen durch einführen einer beruflichen Rehabilitation geschlossen werden kann.

Das Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland und ihre Unfallkliniken werden dabei als vorbildhaft angesehen. Die Ausbildung von Reha-Managern ausländischer Sozialversicherungsträger sowie Klinikkooperationen sind zentrale wie erfolgreiche Elemente in den bilateralen Aktivitäten der DGUV. Dies soll im folgenden Beitrag anhand der Klinikkooperationen des BG Klinikums Hamburg (BGKH) veranschaulicht werden.

Austausch zwischen BGKH und der Rehaklinik Bayi in Chengdu, China

Im Bereich der Belange von Menschen mit Behinderung unterhält die DGUV gute Beziehungen zur China Foundation for Disabled People (CFDP), letztere wiederum ist Träger der Rehaklinik Bayi in Chengdu, China. Mit dem Bau der Klinik wurde direkt nach dem großen Erdbeben in der Provinz Sichuan im Jahre 2008 begonnen. Die Inbetriebnahme erfolgte bereits 2010. Es fehlte allerdings an medizinisch und therapeutisch qualifiziertem Personal. Auf Wunsch der damaligen CFDP Präsi-

dentin, Mme Tang, wurden Dr. Jacques Glaesener und Rolf Keppeler aus dem BG Klinikum Hamburg gebeten, die erst fünf Jahre alte Rehaklinik Bayi zu besichtigen und zu beraten.

In dieser Klinik werden Patientinnen und Patienten der gesamten Region nach Polytrauma, Schädelhirntrauma, Querschnittlähmung, Amputation oder Schlaganfall rehabilitativ behandelt. Hierfür stehen 500 Betten zur Verfügung. Bei dem Besuch ging es in erster Linie 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 ärztlichen und therapeutischen Beschäftigten der chinesischen Klinik im BG Klinikum Hamburg im Juni 2015 umgesetzt.

Wissenstransfer zwischen BGKH und COMWEL

Um die enge Zusammenarbeit der DGUV mit der koreanischen Unfallversicherung COMWEL zu intensivieren, nahm Rolf Keppeler, Therapiedirektor am BG Klinikum Hamburg, im Oktober 2015 am „ASEAN-ILO/Korea Training Workshop on Employment Injury Insurance for Cambo- ▶

Autoren

Foto: BG Klinikum Hamburg



Dr. Hubert Erhard

Geschäftsführer des BG Klinikums Hamburg
E-Mail: h.erhard@buk-hamburg.de

Foto: DGUV



Dr. Gregor Kemper

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



Die BG Klinik Hamburg arbeitet mit der chinesischen Rehaklinik in Bayi zusammen.

dia und Myanmar“ teil. Der Kongress wird jährlich von der COMWEL veranstaltet, um wirtschaftsschwache asiatische Länder an den positiven Erfahrungen und dem Aufbau der Sozialsysteme in Südkorea teilhaben zu lassen. Der Vortrag von Keppeler über das Rehabilitationssystem im deutschen BG-lichen Heilverfahren wurde von den Delegierten mit großem Interesse verfolgt. Die mögliche Implementierung des vorbildlichen deutschen Systems wird von vielen asiatischen Staaten angestrebt, wie die Gespräche am Rande der Veranstaltung zeigten. Für die COMWEL war der intensive Austausch an den folgenden Tagen von immenser Relevanz, da die lückenlose Versorgung der unfallverletzten Arbeitenden durch den Aufbau hochspezialisierter Rehabilitationsprogramme optimiert werden soll.

Aufbau von BGSW und Rückenkolleg in Polen

In Polen ist der Prozess zur Implementierung der Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW)

inzwischen weitestgehend abgeschlossen, um polnischen Arbeitern und Arbeiterinnen, die in einem deutschen Arbeitsverhältnis einen Arbeitsunfall erlitten haben, eine heimatnahe Rehabilitation zu ermöglichen. Die Kliniken in Kolberg und in Schreiberhau sind bereits zugelassen. Eine dritte Klinik, das Centrum Rehabilitacji Rolnikow JEDLCU, wird derzeit qualifiziert.

Weiterhin ist beabsichtigt, dort ein präventives Rückenkolleg in enger Kooperation zwischen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) mit dem BG Klinikum Hamburg einzurichten. Das dreiwöchige Programm der sekundären Individualprävention soll polnischen Pflegenden, die in Deutschland arbeiten, den Erhalt der Leistungsfähigkeit bei bestehenden berufsbedingten Rückenproblemen ermöglichen. Derzeit finden die Schulungen des hochmotivierten Teams durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des BG Klinikums Hamburg statt.

Das BGKH ist ein weltweiter Partner des Sports

Nachhaltig und kontinuierlich werden die Partnerschaften in der nationalen und internationalen Sportwelt weiterentwickelt und ausgebaut. Die elementare Säule des heutigen Sportkompetenz-Netzwerkes ist die seit langem existierende Kooperation mit dem Deutschen Rollstuhl-Sportverband (DRS), der maßgeblich verantwortlich ist für den innovativen und strategischen Ausbau der Kooperationen mit Institutionen, Verbänden und anderen Trägern aus dem Bereich des Sports. Das Augenmerk wird dabei auf alle Bereiche des Sports gelegt und erstreckt sich von präventiv und rehabilitativ arbeitenden Institutionen bis hin zum professionellen Spitzensport. Das BGKH trägt so Sorge für den Aufbau des Klinikums als Kompetenzzentrum des Sports in der fachspezifischen und öffentlichen Wahrnehmung. Erfahrungs- und Handlungsmodelle werden im dialogorientierten Prozess den Mitgliedern zur Verfügung gestellt und den Institutionen der einzelnen Berufsgenossenschaf-

ten, den Unfallkassen und der DGUV zur projektorientierten Begleitung angeboten.

Das Internationale Paralympische Komitee sowie der Internationale Rollstuhlbasketball Verband mit den angeschlossenen Verbänden haben ein besonderes Augenmerk auf das ganzheitliche Behandlungskonzept für querschnittgelähmte Patientinnen und Patienten gelegt und versuchen, dies den nationalen Strukturen bestmöglich zu vermitteln. So ist in den durch den DRS initiierten und begleiteten Auslandskooperationen deutlich gemacht worden, dass Bewegung und Sport im Rehabilitationsprozess einen wesentlichen Beitrag zur Persönlichkeitsentwicklung und zur Gesundheit leisten. In all ihren Aspekten können sie zu Inklusion und gleichberechtigter Teilhabe von Menschen mit Behinderung beitragen. Gerade in Ländern mit fehlenden oder lückenhaften Nachsorgekonzepten ist Rehabilitation mit Sport ausschlaggebend für einen erfolgreicherer Start in ein neues Leben.

Sport hat darüber hinaus in der gesellschaftlichen Wahrnehmung einen besonderen und hohen Stellenwert. Der Ausbau von Qualitäten über die Kooperationen im Sport unterstützt und erweitert die Kompetenzen des BG Klinikums Hamburg. Die innovative Teamarbeit mit den Strukturen des Sports dient dem Auf- und Ausbau der Netzbildung, in der das BGKH eine zentrale Steuerungsfunktion einnimmt.

Medizinerinnen und Mediziner sowie Therapeuten und Therapeutinnen sind bei den Kooperationspartnern weltweit im Einsatz und genießen großes Vertrauen und Anerkennung bei den Athletinnen und Athleten. In diesem Zusammenspiel der Spitzenmedizin aus einer Hand ist es möglich, die schnelle Rückkehr in den Spitzensport optimal zu fördern.

Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation im Leistungssport

Neben der akutmedizinischen Versorgung spielt insbesondere die Rehabilitation von Profisportlern und Profisportlerinnen eine wesentliche Rolle. Bei diesen hat häufig die schnellstmögliche Genesung und Rückkehr in den Sport Priorität. Um dies zu gewährleisten, werden sie bis an ihre Belastungsgrenze inten-



Elio Capradossi, U21-Nationalspieler Italiens und des AS Roms, bei der Reha in der BG Klinik Hamburg.

siv trainiert und rehabilitiert. Bei diesen hochintensiven Maßnahmen ist entscheidend, dass physisch ungünstige Kompensationsmechanismen nicht zu Überlastungsschäden oder einer erhöhten Gefahr von Wieder- und Folgeverletzungen führen. Daher geht mit der Behandlung auch immer eine regelmäßige, dem Stadium der Rehabilitation entsprechende Leistungsevaluation einher. Besondere Aufmerksamkeit erlangte in den vergangenen Monaten die Return-to-play Leistungsdiagnostik nach vorderer Kreuzbandruptur. Durch diese konnte bewiesen werden, dass die hohe Gefahr von Rupturen des Kreuzbandes oder einer Ruptur im Kniegelenk der Gegenseite und schmerzhafte Begleitverletzungen wie Muskel- oder Bandläsionen effektiv durch spezifische Testbatterien verhindert werden können.

Das BGKH stellt die sportärztliche und leistungsdiagnostische Betreuung des AS Rom sicher. Den immens hohen Anforder-

ungen des Champions League Vereins wird durch diese Art der Leistungsevaluation Sorge getragen. Dementsprechend werden Spieler erst zu dem Zeitpunkt wieder ins Spiel gebracht, an dem das Risiko, eine Verletzung zu erleiden, durch Mediziner und Leistungsdiagnostiker sicher kontrolliert ist. Hohe Belastungsintensitäten spielen aber auch in anderen Ligen oder Sportarten eine entscheidende Rolle. Die zweite Fußballliga in England bestreitet beispielsweise mehr Spiele pro Saison als jede andere Liga der Welt. Aus diesem Grund engagiert sich das BGKH in diesem Bereich. Die dort gesammelten Erkenntnisse dienen unmittelbar dazu, die Verletzungspräventionsprogramme von Sportmannschaften im norddeutschen Raum zu verbessern. Durch die abgeschlossene Mannschaftsleistungsdiagnostik im BGKH erhalten sämtliche Spieler und Spielerinnen ein individualisiertes, im englischen Profifußball etabliertes Verletzungspräventionsprogramm. ●

Erste Erfahrungen und Ausblick

Zwei Jahre SAV

Seit dem 1. Januar 2014 gelten die neuen Vorgaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) für das Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV). Zwei Jahre nach Inkrafttreten der Neuregelungen kann über die ersten Erfahrungen aus den Teilnahmeverfahren der DGUV-Landesverbände sowie die Umsetzung des Verfahrens in der Praxis berichtet werden.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung hatten zum 1. Januar 2013 ihre stationären Heilverfahren neu geordnet.¹ Die Beteiligung von Krankenhäusern an der Versorgung von Arbeits-, Wege- und Schulunfallverletzten erfolgt seitdem in einem dreistufigen System. Über die Versorgung von Durchgangsschwestern und Durchgangsschwestern am Krankenhaus und das Verletzungsartenverfahren (VAV) hinaus wurde ein neues Verfahren zur Versorgung besonders schwerer und komplexer Verletzungsfälle, das Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV), eingeführt.

„Mit Stichtag 31. Dezember 2015 sind bundesweit 90 Krankenhäuser am SAV beteiligt.“

Neue Anforderungen

Für die Zulassung zum SAV gelten hohe Anforderungen an die personelle, sächliche und räumliche Ausstattung der Kliniken, die sich in großen Teilen auch an den Vorgaben des Weißbuchs Schwerverletztenversorgung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) orientieren. Die Anforderungen zur Beteiligung von Krankenhäusern am SAV sowie das Verletzungsartenverzeichnis, das die dem SAV

zugeordneten Verletzungen definiert, stehen auf der Internetseite der DGUV zur Verfügung.²

Nach einer einjährigen Übergangszeit, die für den Aufbau der SAV-Strukturen genutzt wurde, konnten die neuen Verletzungsregeln ins SAV zum 1. Januar 2014 in Kraft gesetzt werden. Die Teilnahmeverfahren der DGUV-Landesverbände waren bis zu diesem Zeitpunkt weitgehend abgeschlossen. In einigen Regionen werden aktuell Verhandlungen mit einzelnen Kliniken über eine Beteiligung am SAV geführt, sodass punktuell noch weitere Standorte hinzukommen können. Ungeachtet dessen kann mit Blick auf die Anzahl und räumliche Verteilung der Kliniken festgehalten werden, dass das SAV bereits zum Jahresbeginn 2014 bedarfs- und flächendeckend eingeführt wurde. Mit Stichtag 31. Dezember 2015 sind bundesweit 90 Krankenhäuser am SAV beteiligt. Die Standorte der SAV-Kliniken sind über die Datenbank auf der oben genannten Internetseite der DGUV abrufbar.

Qualitätssicherung in den Heilverfahren

Die neun berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhäuser (BG Kliniken) sind alle mit Beginn des Jahres 2014 am SAV betei-

ligt worden. Dabei wurden von den Landesverbänden der DGUV dieselben Qualitätsmaßstäbe zugrunde gelegt wie bei der Prüfung und Zulassung anderer Krankenhäuser in fremder Trägerschaft.

Eine ganze Reihe von Teilnahmeverträgen zum SAV zwischen den DGUV-Landesverbänden und den entsprechenden Krankenhausträgern wurden unter Auflagen geschlossen. Diese betreffen wesentliche Bereiche der Organisation und Abläufe in den Kliniken. So haben die Landesverbände ein besonderes Augenmerk auf die Umsetzung der neu aufgenommenen Hygienestandards gelegt. Weitere Vereinbarungen wurden zu notwendigen baulichen Veränderungen, zur Vorhaltung der erforderlichen fachärztlichen Kompetenzen oder zum Abschluss der geforderten Kooperationsverträge mit externen Leistungsanbietern getroffen. Eine Beteiligung unter Auflage konnte immer dann ausgesprochen werden, wenn ein klarer, vertretbarer und verbindlicher Zeit- und Umsetzungsplan zur Nachbesserung von den Krankenhäusern vorgelegt wurde.

„Besonderes Augenmerk liegt auf der Umsetzung der neu aufgenommenen Hygienestandards.“

Autor



Foto: DGUV

Markus Oberscheven

Stellvertretender Leiter der Abteilung „Versicherung und Leistungen“ der DGUV

E-Mail: markus.obersheven@dguv.de

Insgesamt haben eine ganze Reihe von SAV-Kliniken erhebliche Anstrengungen unternommen, um die von der DGUV geforderten Qualitätsstandards zu erreichen. Die Anforderungen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung konnten so wiederum dazu beitragen, den Stand der unfallmedizinischen Versorgung Schwer-Unfallverletzter weiter zu optimieren und in die Fläche zu tragen.

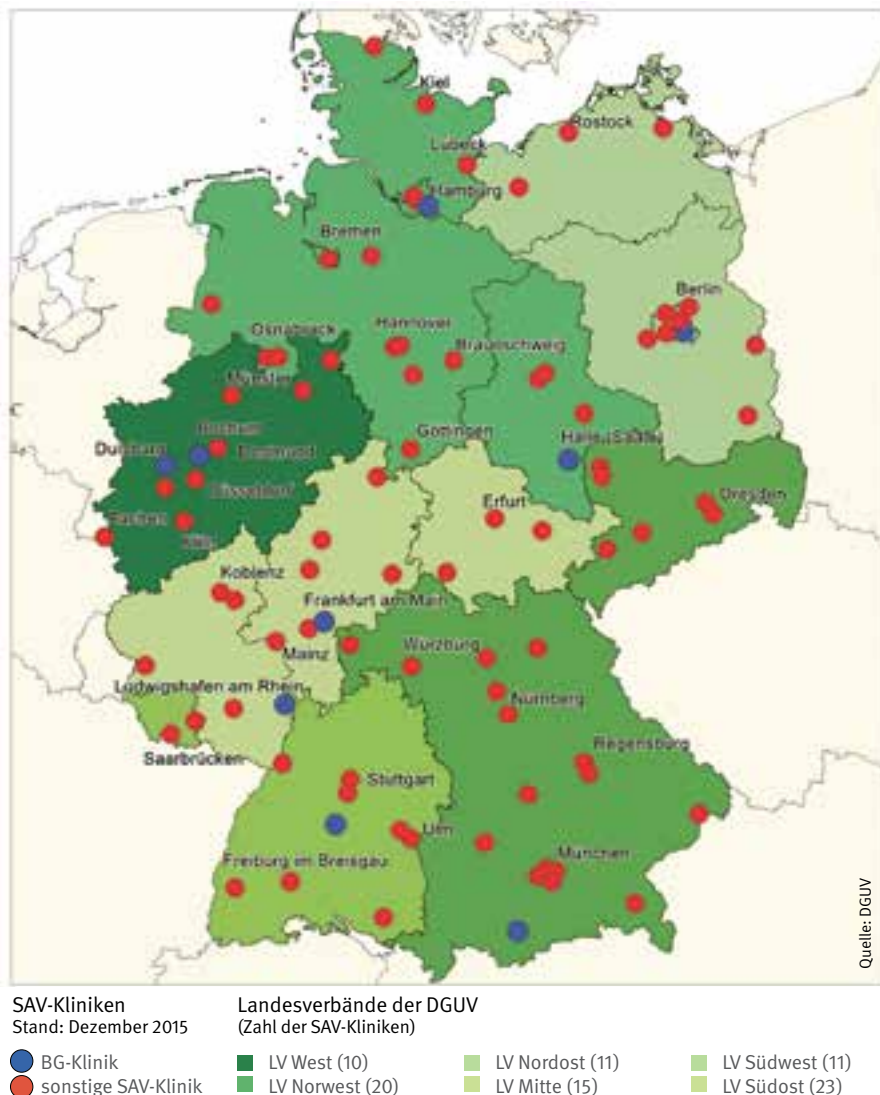


Abbildung 1: Kliniken mit SAV-Zulassung (Stand: Dezember 2015)

Zur Mitte des Jahres 2014 hat die DGUV darüber hinaus den vorher schon für das VAV bestehenden Ausnahmetatbestand für den Bereich der Handchirurgie auch für das SAV nachvollzogen. Handchirurgische Spezialeinrichtungen können seitdem eine Zulassung zur Versorgung von SAV-Handverletzungen (Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses) erlangen, wenn sie die von der gesetzlichen Unfallversicherung vorgegebenen Qualitätsstandards erfüllen. Zu diesen besonderen Standards zählen die organisatorische Eigenständigkeit der handchirurgischen Fachabteilung sowie ein 24-stündiger

handchirurgischer Bereitschafts- und Replantationsdienst an 365 Tagen im Jahr.

Perspektiven

Für das kommende Jahr wird es für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung verstärkt darum gehen, die Auswirkungen des SAV weiter zu beobachten und insbesondere auf die Einhaltung der neuen Vorstellungspflichten zu achten. Darüber hinaus sollen die Festlegungen des Verletzungsartenverzeichnisses nach nunmehr drei Jahren auf ihre Klarheit und Umsetzbarkeit in der Praxis hin überprüft werden. Möglicherweise wird es zu

einzelnen Ziffern Anpassungen und Präzisierungen geben, sofern sich herausstellt, dass die Zuordnung einzelner Verletzungsmuster zu den im Verzeichnis gelisteten Typen immer wieder zu Schwierigkeiten und Unstimmigkeiten zwischen Verwaltungen und Krankenhäusern führt.

„SAV-Qualitätszirkel ermöglichen Qualitätsvergleiche und verbessern die Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern.“

Erklärtes Ziel der DGUV bei der Neuausrichtung der stationären Heilverfahren war es, die Versorgung der Versicherten nach schweren Arbeits- und Schulunfällen weiter zu optimieren und die Voraussetzungen für neue Formen der Qualitätssicherung zu schaffen. Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2015 ein Konzept für die Einrichtung von Qualitätszirkeln auf der Ebene des SAV entwickelt, an denen alle beteiligten Krankenhäuser vertragsgemäß teilnehmen werden. Im Rahmen der SAV-Qualitätszirkel sollen Qualitätsvergleiche ermöglicht und die Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung weiter verbessert werden. Auf der Grundlage eines Benchmarkings und Reportings soll mit den Kliniken über Verbesserungsmöglichkeiten in vorher festgelegten Qualitätsdimensionen diskutiert werden. Derzeit werden, unter anderem auch im Dialog mit der medizinischen Fachgesellschaft, geeignete Kennzahlen erarbeitet. Im Laufe des Jahres 2016 sollen die Qualitätszirkel in den sechs Landesverbänden dann erstmals durchgeführt werden. ●

Fußnoten

[1] Vgl. Oberscheven, M.: Neuausrichtung der stationären Heilverfahren. In: DGUV Forum, Ausgabe 1-2/2013, S. 60 ff.

[2] www.dguv.de (Webcode: d159826)

Sachstandsbericht ein Jahr nach der Umstellung

Das Vergütungssystem der BG Kliniken

Transparenz der Kosten und Leistungen sowie eine wirtschaftliche und nachhaltige Mittelverwendung – so lauteten die Ziele des neuen Vergütungssystems. Hat sich das Verfahren in den Kliniken etabliert? Und wie sehen die nächsten Schritte der Umsetzung aus?

Rückblick

Zum 1. Januar 2015 wurde die Vergütung für stationäre Leistungen der Versicherten der gesetzlichen Unfallversicherung in den berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken auf eine teilweise Fallpauschalenvergütung umgestellt.

Ein Ziel des neuen Vergütungssystems ist es, mehr Transparenz über die Kosten und Leistungen der Einrichtungen der Berufsgenossenschaften zu schaffen. Ein wesentlicher Grundsatz ist das Prinzip „gleiches Geld für gleiche Leistungen“. Bis zur Umstellung des Vergütungssystems erfolgte die Abrechnung der stationären Leistungen ausschließlich über tagesgleiche Pflegesätze, in denen neben den Betriebskosten auch die investiven Mittel für Ersatzinvestitionen enthalten waren. Zum 1. Januar 2015 wurde neben der Umstellung auf ein teilweise fallpauschalisiertes Entgeltsystem auch ein Teil der investiven Mittel herausgetrennt.

Eckpfeiler des neuen Vergütungssystems

Ein Schwerpunkt ist zukünftig die getrennte Finanzierung der Investitionsmittel und der Betriebskosten (siehe Abbildung 1). Da der Grundsatz der Heilung „mit allen geeigneten Mitteln“ vom neuen Vergütungssystem unberührt bleiben soll, er-

folgt die Vergütung unfallspezifischer Leistungsbereiche auch weiterhin über tagesgleiche Pflegesätze. Dies sind folgende Leistungsbereiche:

- Querschnittverletzungen
- Schwere Brandverletzungen
- Schädelhirnverletzungen
- Komplexe Handchirurgie
- Septische Chirurgie
- Leistungen der Rehabilitation

Alle anderen Leistungsbereiche werden über Fallpauschalen abgerechnet. Spezifische Mehraufwände, die sich aus den speziellen Vorgaben der Unfallversicherungsträger an ihre BG Kliniken ergeben,

„Der Grundsatz der Heilung ‚mit allen geeigneten Mitteln‘ bleibt vom neuen Vergütungssystem unberührt.“

sind nicht Bestandteil der „üblichen“ Fallpauschalenvergütung. Sie werden daher zusätzlich zu den Fallpauschalen als sogenannter „UV-Zuschlag“ vergütet. Der „UV-Zuschlag“ wurde zunächst so festgelegt, dass sich eine gleichbleibende Vergütung für das Umstiegsjahr bei den Kliniken ergeben hat.

Einführung in zwei Phasen

Aufgrund der hohen Komplexität der Ermittlung der Investitionsanteile der einzelnen Kliniken wird die Trennung der Investitions- und Betriebskosten in zwei Phasen vorgenommen: In der ersten Phase erfolgte zum 1. Januar 2015 eine Umbuchung der bis Ende 2006 aus dem Gemeinschaftsfonds (Investitionsförderung für Neu- und Erweiterungsinvestitionen) finanzierten Anlagegüter aus den Beteiligungswerten in einen Sonderposten in Höhe der Abschreibung auf die Restbuchwerte. Die Pflegesätze wurden um die entsprechenden Investitionsanteile reduziert. Die in einem neuen Investitionsfonds bereitgestellten Mittel werden den Kliniken im Antragsverfahren zur Verfügung gestellt. Den Kliniken werden also keine Mittel entzogen, sondern die Mittel werden gezielt dort investiert, wo sie auch benötigt werden.

„Eine Vorgabe ist, für die Kalkulation der Pflegesätze und des ‚UV-Zuschlags‘ ein kostenbasiertes Entgeltsystem zu entwickeln.“

In einer zweiten Phase, die bis zum 1. Januar 2018 angesetzt wird, werden dann noch die eigenmittelfinanzierten Investi-

Autorinnen



Petra Thiel

Leiterin des Referats „Kliniken“ der DGUV
E-Mail: petra.thiel@dguv.de



Katrin Paschen

Referentin im Referat „Kliniken“ der DGUV
E-Mail: katrin.paschen@dguv.de

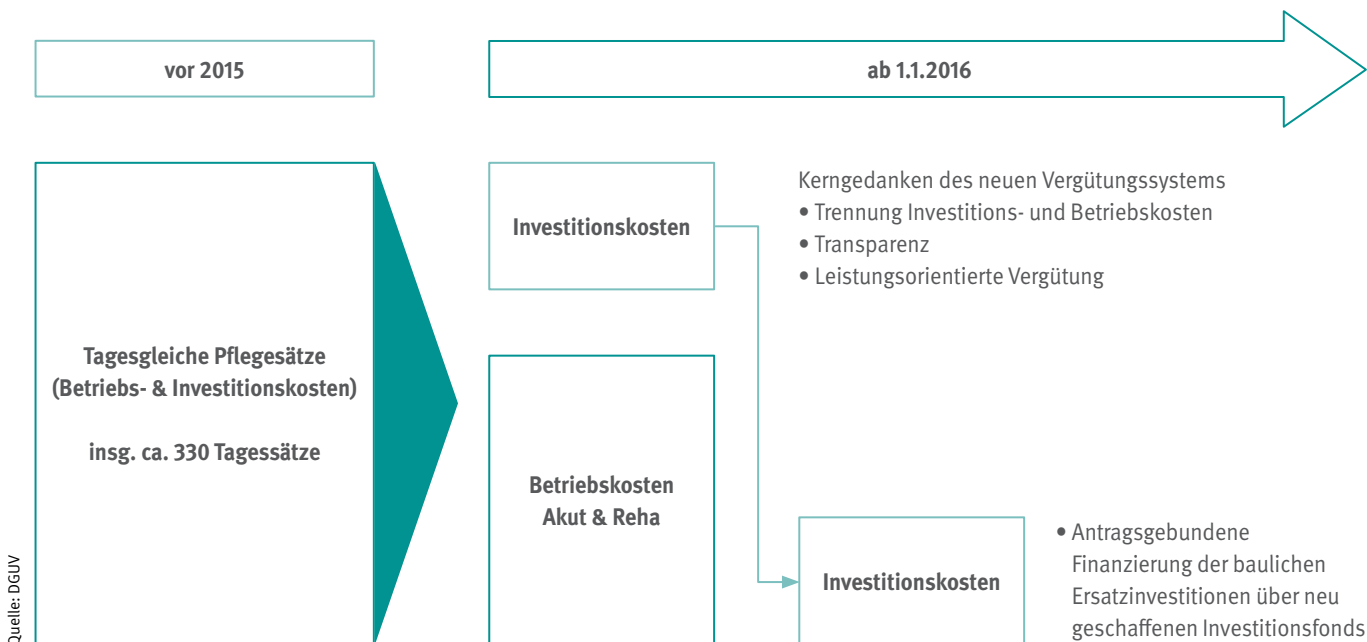


Abbildung 1: Elemente des neuen Vergütungssystems

tionen erfasst und aus den Pflegesätzen herausgenommen. Die Höhe dieser Umbuchung wird bis 2017 ermittelt.

Die Umstellung auf das neue Abrechnungssystem ist sowohl seitens der BG Kliniken als auch der Unfallversicherungsträger problemlos erfolgt. Durch die enge Zusammenarbeit der BG Kliniken und der Unfallversicherungsträger bei der Entwicklung des neuen Vergütungssystems konnten sich beide Seiten gut auf die neuen Abrechnungsregelungen zum Jahreswechsel vorbereiten.

Wie geht es weiter?

Aber auch nach der Einführung sind die Arbeiten am Vergütungssystem nicht abgeschlossen. Eine Vorgabe des Vergütungssystems ist es, für die Kalkulation der Pflegesätze und des „UV-Zuschlags“ ein kostenbasiertes Entgeltssystem zu entwickeln. Die Kalkulation auf Basis der Ist-Kosten soll jährlich erfolgen. Eine erste „Test“-Kalkulation wurde in 2015 durchgeführt. In 2016 sollen weitere Kalkulationen folgen. Darüber hinaus ist vorgesehen, ein strukturiertes Anpassungsverfahren zu entwickeln, in dem die schrittweise Annäherung der unterschied-

lichen Höhen der Vergütungselemente festgelegt wird.

Des Weiteren wird ein strukturiertes Berichtswesen aufgebaut, das die Entwicklungen im neuen Vergütungssystem darstellt und mit dessen Informationen auch die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems gemessen werden können.

„Das Vergütungssystem ist als ein lernendes System konzipiert: Es wird ständig auf mögliche Verbesserungen oder Vereinfachung überprüft und angepasst.“

Das Vergütungssystem ist als ein lernendes System konzipiert, das heißt, es wird ständig auf mögliche Verbesserungen oder Vereinfachung überprüft und angepasst. So werden im nächsten Jahr zum Beispiel die Erfahrungen der Unfallversicherungsträger und der Einrichtungen mit den Abrechnungsregeln eruiert und eventuell Anpassungen vorgenommen.

Neben den Arbeiten zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems sind im Jahr

2015 erstmals auch die antragsbezogenen Investitionsmittel für bauliche Ersatzinvestitionen und Großgeräte aus dem neuen Investitionsfonds finanziert worden. Der Fonds wurde Anfang 2015 neu aufgelegt und entspricht der Höhe der Mittel, die den Kliniken aus den bestehenden Vergütungselementen herausgetrennt wurden. Diese Mittel fließen nicht mehr über die Abrechnungen für stationäre Leistungen den Kliniken zu, sondern über ein vereinfachtes antragsbezogenes Verfahren, das sich am bereits seit vielen Jahren etablierten Verfahren zum Gemeinschaftsfonds orientiert. Aus den Erfahrungen der gestellten Förderanträge heraus lässt sich schon jetzt feststellen, dass – nach einer Eingewöhnungsphase – das Verfahren schnell etabliert und von den Kliniken angenommen worden ist. Die Qualität der Anträge hat sich bereits im ersten Jahr immens gesteigert. Dieses lässt sich anhand der Ergebnisse der gutachterlichen Prüfung ableiten, die von einem externen bau fachlichen Gutachter durchgeführt wird. Die Nachhaltigkeit der investierten Mittel und der wirtschaftliche Ressourceneinsatz von Investitionen werden so nachgewiesen und plausibilisiert. ●

Arbeiten 4.0

Chancen und Risiken für den Arbeitsschutz

Im April 2015 hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) eine bundesweite Kampagne zum Thema „Arbeiten 4.0“ gestartet. Ein gleichnamiges Grünbuch steht im Zentrum des öffentlichen Dialogs. Es beschreibt die Herausforderungen der Arbeitswelt von morgen und formuliert Leitfragen, auf die Politik und Gesellschaft gemeinsame Antworten finden müssen. Die gesetzliche Unfallversicherung hat eine Kommentierung dieses Grünbuchs vorgelegt und ihre Kooperation angeboten.

Technologischer Fortschritt verändert unser Leben und unsere Arbeit spätestens seit dem Beginn der industriellen Revolution. Schon Otto von Bismarck erkannte, dass dieser sich immer rascher vollziehende Wandel nach sozialer Absicherung verlangte. Im Rahmen seiner Sozialgesetzgebung führte er 1884 deshalb auch die gesetzliche Unfallversicherung ein. Heute sind Sozialstaat und Schutz vor Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten gelebte Selbstverständlichkeit. Umso wichtiger also, dass die gesetzliche Unfallversicherung nicht im Status quo verharrt, sondern das eigene Selbstverständnis immer wieder mit dem Bedarf der Gegenwart und Zukunft abgleicht.

„Arbeiten 4.0 verlangt nach flexiblen, innovativen Präventionsansätzen.“

Angesichts der rasanten Umbrüche, die die Arbeitswelt erfährt – neue Materialien, Produkte, Energiequellen, Prozesse, Verfahren und Arbeitsformen –, hat die gesetzliche Unfallversicherung selbst bereits vor etlichen Jahren begonnen, sich mit Globaltrends und ihren konkreten Auswirkungen auf Arbeitssysteme und die Menschen darin zu befassen. Denn: Zu Beginn des 21. Jahrhunderts, an der Schwelle zu „Arbeiten 4.0“, stehen Berufsgenossenschaften

und Unfallkassen vor ganz neuen Herausforderungen. Diese verlangen nicht nur nach flexiblen, innovativen Präventionsansätzen, sondern stellen die „Spielregeln“ des Systems, wie sie das Sozialgesetzbuch definiert, in Teilen in Frage – zum Beispiel die Kriterien, die heute ein Versicherungsverhältnis definieren.

Neue Formen der Arbeit – Neue Formen der Prävention

Bezug nehmend auf die aktuellen Entwicklungen und öffentlichen Diskussionen, ist die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) mit ihrem Fachbereich „Organisation des Arbeitsschutzes“ zurzeit dabei, ein Initiativpapier zum Thema „Neue Formen der Arbeit – Neue Formen der Prävention“ zu erarbeiten. Es gibt einen Überblick über die wichtigsten Entwicklungen in der Arbeitswelt und zeigt auf, welche Konsequenzen für die Prävention der gesetzlichen Unfallversicherung daraus resultieren. Die Schrift ist eine erste Positionierung der Unfallversicherungsträger zum beschriebenen Themenfeld nach innen wie nach außen. Sie bildet zugleich den Rahmen für weiterführende Projekte, in denen konkrete Handlungsempfehlungen für Unternehmen entwickelt werden sollen.

Mit seinem Grünbuch greift nun das BMAS seinerseits die wichtigen Fragen und Aspekte rund um das Thema „Arbeiten 4.0“ auf und beschreibt die Optionen, die der sich

abzeichnende Wandel der Arbeitswelt bietet. Diesen Überblick und die daraus resultierenden Leitfragen hat die DGUV für die gesetzliche Unfallversicherung um eigene Hinweise und Einschätzungen ergänzt. Auch aus ihrer Sicht bergen die Veränderungen vielfältige Chancen: für den Arbeitsschutz wie für die soziale Sicherheit. Allerdings – und das macht die DGUV-Komentierung sehr deutlich – müssen auch nicht beabsichtigte und teils schwer vorhersehbare Negativfolgen im Sinne der Prävention frühzeitig Beachtung finden.

Technischer Fortschritt und digitaler Wandel

Dreh- und Angelpunkt für die Erfordernisse und Möglichkeiten von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit ist – wie schon zu Bismarcks Zeiten – der technische Fortschritt. Er drückt sich heute vor allem in der zunehmenden Digitalisierung aller Lebensbereiche aus. Damit verknüpft ist ein großes Potenzial, Arbeit zukünftig sicherer, gesünder, flexibler und integrativer zu gestalten: zum Beispiel durch intelligente Sicherheitstechnik, die bislang gefährliche Arbeitsbereiche zuverlässig absichert, durch selbstlernende, autonome Systeme, die gesundheitsschädigende Arbeiten für den Menschen übernehmen, durch medizinische Neuerungen, die helfen, Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, durch technologische Lösungen, die altersbe-

Autorinnen und Autoren

Ina Neitzner

Leiterin des Referats
„Wissenschaftliche Kooperationen“
Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: ina.neitzner@dguv.de

Gregor Doepke

Leiter des Stabsbereichs
„Kommunikation“ der DGUV
E-Mail: gregor.doepke@dguv.de

Prof. Dr. Rolf Ellegast

Stellvertretender Leiter des Instituts
für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: rolf.ellegast@dguv.de

dingte motorische oder sensorische Defizite kompensieren und Beschäftigte so länger gesund im Arbeitsprozess halten, durch barrierefreie Arbeitsmittel und -verfahren, die die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben begünstigen, durch digitale Qualifikationshilfen für Beschäftigte mit unterschiedlichen kulturellen, sozialen und sprachlichen Voraussetzungen oder durch flexible Arbeitsorte und Arbeitszeiten – Stichwort Telearbeit oder mobile Arbeit –, die für Familien eine individuelle Lebensphasengestaltung möglich machen.

Digitaler Wandel bedeutet aber auch neue Belastungen und Gefährdungen: beispielsweise durch potenziell unfallbehaftete neue Technologien wie kollaborierende Roboter, durch mangelhafte Datensicherheit in vernetzten Produktionssystemen, durch den Einsatz oder das Auftreten bislang unbekannter Gefahrstoffe, durch einseitige körperliche Belastungen und Kombinationsbeanspruchungen, durch Informationsüberflutung, Arbeitsverdichtung und Überforderung, aber auch durch völlig neue Arbeitsformen wie Crowd- und Clickworking, die grundsätzliche Fragen nach sozialer Absicherung und Unfallversicherungsschutz aufwerfen.

Folgen für den Arbeitsschutz

Angesichts der vielfältigen möglichen Folgen für den Arbeitsschutz, die den Wandel der Arbeitswelt begleiten, sieht die gesetzliche Unfallversicherung ihre Hauptaufgabe in der steuernden Mitgestaltung eben dieses Wandels. Technologischer Fortschritt darf nicht als Automatismus und Selbstzweck verstanden werden. Er muss dem Menschen förderlich sein, muss zur Humanisierung der Arbeitswelt im ursprünglichen Sinne beitragen: Die zuvor beschriebenen Vorteile und Chancen müssen bestmöglich zur Geltung gebracht werden, um gesundheitliche Risiken und körperliche wie psychosoziale Belastungen zu minimieren und um zum Erreichen der Vision Zero beizutragen, einer Arbeitswelt

ohne schwere oder tödliche Unfälle und Erkrankungen.

Um entscheiden zu können, was dem Menschen technologisch zuzumuten ist, bedarf es außerdem einer vorausschauenden und gründlichen Analyse auch der möglichen Negativfolgen. Dabei spielt die Präventionsforschung eine zentrale Rolle. Sie muss konzeptionell, finanziell und personell so aufgestellt sein, dass sie neue Risiken möglichst frühzeitig identifizieren und bewerten kann. Mit ihren Forschungsinstituten und dem Risikoobservatorium der DGUV hat die gesetzliche Unfallversicherung diese Herausforderung bereits angenommen.

Auch geeignete Qualifizierung ist ein wichtiges Instrument, um den Wandel hin zu einer sicheren und gesunden Arbeitswelt der Zukunft zu begleiten. Als größte, nicht staatliche Bildungsträgerin ist die gesetzliche Unfallversicherung hier besonders gefragt. Informelles Lernen, mobiles Lernen, arbeitsintegriertes Lernen oder alterngerechtes Lernen sind Schlagworte, die die Qualifikationsinhalte und -methoden der Zukunft beschreiben.

Kultur der Prävention

Schließlich bedarf es der Entwicklung einer gesamtgesellschaftlichen Kultur der Prävention: einer Kultur, die zum bewussten und sicheren Umgang mit Risiken befähigt und Sicherheit und Gesundheit – ob arbeits- oder freizeitbezogen – zu einem selbstverständlichen Bestandteil des Denkens und Handelns werden lässt. Auch hier, scheint es, haben Berufsgenossenschaften und Unfallkassen mit ihrer ab 2017 geplanten Kampagne zum Thema bereits vorgedacht.

Flankierend will und muss die gesetzliche Unfallversicherung die Zusammenarbeit



Bild: BMAS

Das Grünbuch „Arbeiten 4.0“ beschreibt den Wandel der Arbeitswelt.

und Abstimmung mit anderen sozialpolitischen Akteuren suchen, um die beschriebenen Maßnahmen – Forschung, Qualifikation, strategischer Wertewandel – wirksam umzusetzen. Dabei stellt das BMAS mit seiner Kampagne „Arbeiten 4.0“ einen privilegierten Ansprechpartner dar. Wie die Kooperation konkret aussehen kann und wie aus „Arbeiten 4.0“ „Sicher und gesund arbeiten 4.0“ werden kann, soll ein Spitzengespräch zwischen DGUV und BMAS schon bald präzisieren. •

Weitere Informationen

Kommentar der gesetzlichen Unfallversicherung zum Grünbuch „Arbeiten 4.0“:
www.dguv.de, Webcode d1124828

Internetpräsenz
„Arbeiten 4.0“ des BMAS:
www.arbeitenviernull.de

Maren Hanfeld

Referentin des Stabsbereichs
„Politik“ der DGUV
E-Mail: maren.hanfeld@dguv.de

Marcus Hussing

Stellvertretender Leiter der Abteilung
„Sicherheit und Gesundheit“ der DGUV
E-Mail: marcus.hussing@dguv.de

Prof. Dr. Thomas Brüning

Direktor des Instituts für Prävention und
Arbeitsmedizin der DGUV (IPA)
E-Mail: bruening@ipa.dguv.de

Aus der Forschung

Es staubt – Staub- und Quarzexpositionen in Arbeitsbereichen

Stäube sind überall in der Umwelt und in vielen Arbeitsbereichen zu finden. Das Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) forscht seit Langem zum Thema Staub unter verschiedensten Gesichtspunkten.

Stäube entstehen durch Naturprozesse wie Verbrennung und Erosion, oder sie sind von Menschen gemacht durch gezielte Herstellung oder als Folge von Arbeitsprozessen, zum Beispiel beim Umfüllen von Feststoffen oder beim Schweißen.

„Die Expositionsdaten des Messsystems Gefährdungsermittlung der UVT (MGU) fließen in einen neuen ‚Staub-Report‘ ein und können bei Gefährdungsbeurteilungen herangezogen werden.“

Eine Gruppe von Stäuben sind die mineralischen Stäube, die bei Tätigkeiten mit natürlich vorkommenden Mineralien und Gesteinen entstehen. Mineralische Stäube enthalten oft auch Quarz. Quarz wird in einer Fülle von Arbeitsverfahren in unterschiedlichen Industriebereichen als Arbeitsmittel eingesetzt beziehungsweise freigesetzt und führt zur Exposition gegenüber Quarzfeinstaub.

Die Belastung mit Staub und Quarzstaub an Arbeitsplätzen spielt trotz des technischen Wandels und trotz erheblicher Anstrengungen zur Minderung der Staubbelastung auch heute noch eine bedeutende Rolle. In diesem Zusammenhang sind Vorschriften von großer Bedeutung. Der

Allgemeine Staubgrenzwert für die alveolengängige Staubfraktion (A-Staub), die in die tieferen Lungenbereiche eindringt, liegt heute bei $1,25 \text{ mg/m}^3$ und ist in den letzten Jahren um den Faktor 4 herabgesetzt worden. Für die einatembare Staubfraktion (E-Staub) liegt der Grenzwert weiter bei 10 mg/m^3 . Für Quarz gilt ein Beurteilungswert von $0,05 \text{ mg/m}^3$.

Staubforschung im IFA

Das IFA, hervorgegangen aus dem Staubforschungsinstitut, beschäftigt sich mit dem Thema Staub schon seit Jahrzehnten. Einige aktuelle Forschungsthemen aus dem IFA werden im Folgenden vorgestellt.

Systematische Messungen im Rahmen von Messprogrammen

Die Grenzwerte für A-Staub wie auch für Quarz sind in den letzten Jahren weiter herabgesetzt worden. Daher ist es notwendig, sich durch Arbeitsplatzmessungen einen Überblick über aktuelle Expositions-niveaus zu verschaffen. Dies wird gezielt von den Unfallversicherungsträgern (UVT) zusammen mit dem IFA im Messsystem Gefährdungsermittlung der UVT (MGU) realisiert. So lassen sich Branchen und Arbeitsbereiche identifizieren, in denen die aktuellen Grenzwerte überschritten werden, und Maßnahmen zur Staubminderung ableiten. Die Expositionsdaten fließen zurzeit ein in einen neuen „Staub-Report“. Sie können zum Beispiel von Betrieben im Rah-

men von Gefährdungsbeurteilungen herangezogen werden.

Dichtebestimmung von Stäuben

Der allgemeine Staubgrenzwert für die alveolengängige Staubfraktion in Höhe von $1,25 \text{ mg/m}^3$ ist für eine mittlere Staubdichte von $2,5 \text{ g/cm}^3$ festgelegt worden. Für die Anwendung des Grenzwertes ist es deshalb von Bedeutung, solche Bereiche zu identifizieren, in denen Stäube mit deutlich abweichender Dichte vorkommen, also besonders geringer Dichte (etwa Papierverarbeitung) oder besonders hoher (beispielsweise Stahlverarbeitung). In einem Messprogramm untersucht das IFA systematisch Staubproben, um die wesentlichen Bestandteile des Staubes zu ermitteln. Anhand der geschätzten Mengenanteile dieser Komponenten im Staub und ihrer Dichte lässt sich dann die Dichte des Staubes abschätzen. Auf diese Weise soll ein Pool an Daten zur Dichte von Stäuben aus unterschiedlichen Industriebereichen und Arbeitsplätzen geschaffen werden, der für die Prävention vor Ort genutzt werden kann.

„Können Expositionsdaten, die aus unterschiedlichen Ländern stammen, für epidemiologische Auswertungen zusammenfassend betrachtet werden?“

Löslichkeit von Stäuben

Ein Kriterium zur Bewertung von Stäuben durch den Allgemeinen Staubgrenzwert ist ihre Biobeständigkeit. Staubpartikel, die in die tieferen Bereiche der Lunge (Alveolarbereich) gelangen, können dort, unabhängig von spezifischen toxischen Effekten, eine schädigende Wirkung entfalten, die allein auf die An-

Autoren

Stefan Gabriel

Leiter des Referats „Beobachtung von Arbeitsbedingungen“
Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: stefan.gabriel@dguv.de

Dr. Markus Mattenklott

Leiter des Referats „Stäube – Fasern“
Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: markus.mattenklott@dguv.de



Foto: mauritius images / imageBROKER / H.-D. Falkenstein

Zu den Tätigkeiten mit hohen Staubemissionen zählen Arbeiten auf Baustellen.

wesenheit der Partikel zurückgeht (Partikeleffekt). Lösen sich die Partikel aber innerhalb einer bestimmten Zeit auf, ist dieser Effekt nicht festzustellen. Daher gilt der Allgemeine Staubgrenzwert nur für schwer beziehungsweise nicht lösliche Stäube.

„Ein Datenpool zur Dichte von Stäuben aus unterschiedlichen Industriebereichen und Arbeitsplätzen kann für die Prävention vor Ort genutzt werden.“

Problematisch ist, dass klare Kriterien für Löslichkeit fehlen. Staubpartikel sind in der Lunge über lange Zeiten komplexen Einwirkungen unterworfen. Ein Analyseverfahren, das die Löslichkeit von Stäuben im Labor untersucht, kann also bestenfalls als Konvention betrachtet werden. Ein solches einfaches Laborverfahren, das den löslichen Anteil eines Staubes zur sicheren Seite hin eher „unterschätzt“, hat das IFA entwickelt und bereits eingeführt. Aktuelle Forschungsarbeiten in Zusammenarbeit mit dem Institut und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Universitätsklinik Gießen (IPAS) gehen im Moment der Frage nach, ob die Praxis-

tauglichkeit des Verfahrens zu verbessern ist und ob alternative Vorgehensweisen zur Bestimmung des löslichen Anteils möglich sind.

Nichtmesstechnische Ermittlung von Staub

Staubmessungen sind nicht in allen Bereichen möglich. Als Alternativen bieten sich Softwaretools wie der GESTIS-Stoffmanager/Stoffenmanager® an, mit denen sich Staubkonzentrationen abschätzen lassen, zum Beispiel vor Aufnahme einer Tätigkeit. Dieses ursprünglich in den Niederlanden entwickelte Tool hat das IFA für den Einsatz an Arbeitsplätzen in Deutschland angepasst und weiterentwickelt. Darüber hinaus laufen Forschungsprojekte zur Validierung, um die Vorhersagekraft der Software für verschiedene Expositionsszenarien zu untersuchen. Die Prognosen für Staubbelastungen und die daraus mithilfe des Tools abgeleiteten Schutzmaßnahmen erwiesen sich dabei als gut.

Internationaler Vergleich von Expositionsdaten zu Quarz

Alle Messdaten des MGU werden seit über vier Jahrzehnten in der Expositionsdatenbank MEGA dokumentiert. Mit rund drei Millionen Datensätzen ist MEGA mittlerweile auch international bekannt. An-

fragen, diese Daten für große epidemiologische Studien, zum Beispiel für die Ableitung von Grenzwerten, zu nutzen und mit Daten anderer Expositionsdatenbanken zusammen auszuwerten, liegen vor. Aber: Können Expositionsdaten, die aus unterschiedlichen Ländern stammen, mit unterschiedlichen Methoden und Messstrategien ermittelt wurden, für epidemiologische Auswertungen ohne Weiteres zusammenfassend betrachtet werden? Dieser Frage geht das IFA aktuell zusammen mit Partnern aus Europa und Deutschland in

„Mit dem Messsystem Gefährdungsermittlung der UVT (MGU) lassen sich Branchen und Arbeitsbereiche identifizieren, in denen die aktuellen Grenzwerte überschritten werden.“

einem gemeinsamen Projekt nach. Ein Vergleich von Expositionsdaten erfolgt in einem ersten Schritt exemplarisch am Beispiel arbeitsbedingter Quarz-Expositionen in den Ländern Schweiz, Österreich, Finnland und Deutschland. Zudem werden in einem weiteren Projekt Messverfahren aus Europa mit denen aus den USA verglichen. ●

Ziele, Methodik, Strukturen

Evaluation der DGUV Vorschrift 2

Bereits vor dem Inkrafttreten der reformierten DGUV Vorschrift 2 wurde deren Evaluation als notwendig erachtet. Das Konzept zur Evaluation der Vorschrift ist entwickelt. Die Ergebnisse der Evaluation sollen Ende 2016 vorliegen. Mit einem aktualisierten Mustertext der DGUV Vorschrift 2 ist 2017 zu rechnen.

Hintergrund

Mit der Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (DGUV Vorschrift 2) gibt es seit dem 1. Januar 2011 erstmals für gewerbliche Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand eine einheitliche und gleich lautende Vorgabe zur Konkretisierung des Arbeitssicherheitsgesetzes. Im Mittelpunkt der zugrundeliegenden Reform stand das neue Konzept der Regelbetreuung der Betriebe mit mehr als zehn Beschäftigten. Die Einführung der DGUV Vorschrift 2 markierte einen Paradigmenwechsel: weg vom Einsatzzeitenmodell, hin zu einer Regelung, die den Unternehmen beim Arbeitsschutz mehr Gestaltungsmöglichkeiten bietet und ihre individuelle Situation berücksichtigt. Ein weiteres Anliegen der Reform war es, die Zusammenarbeit aller betrieblichen Arbeitsschutzakteure zu stärken.

Bereits vor dem Inkrafttreten der DGUV Vorschrift 2 wurde die spätere Evaluation der Vorschrift als notwendig erachtet. Dies wurde unter anderem im Verlauf der Beratungen der Mitgliederversammlung 2/2009 der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) deutlich. Auch wurde in allen zur Entwicklung der DGUV Vorschrift 2 geführten Gesprächen zwischen dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), dem Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik, der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und der DGUV her-

vorgehoben, dass in Anbetracht des vollkommen neuen Betreuungskonzeptes zur Regelbetreuung der Betriebe mit mehr als zehn Beschäftigten eine Evaluation der Vorschrift erforderlich sei.

Der Grundsatzausschuss Prävention des Vorstandes der DGUV hat die DGUV beauftragt, mit der Evaluation der DGUV Vorschrift 2 zu beginnen und laufend über die Arbeiten zu berichten. Auf der Präventionsleitungskonferenz wurde betont, dass sich die Evaluation auf die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Regelbetreuung der Betriebe mit mehr als zehn Beschäftigten (Anlage 2 der DGUV Vorschrift 2) beschränken soll, da nur in diesem Teil der Vorschrift die Änderungen vorgenommen wurden. Die Anlagen 1, 3 und 4 der Vorschrift, also die Regelungen für Kleinbetriebsbetreuung, blieben unverändert und wurden bereits evaluiert.

Ziele der Reform

Die Ziele der Reform lassen sich in inhaltliche und strukturelle Aspekte unterteilen. Dabei beschreiben die inhaltlichen Punkte die eigentlichen Veränderungsziele und die strukturellen Stationen den Weg zu ihrer Umsetzung.

Inhaltliche Ziele

- Gleichbehandlung gleichartiger Betriebe
- Einführung eines betriebspezifischen, gefährdungsbezogenen Ansatzes der Betreuung

- stärkere Ausrichtung der Betreuungsleistung auf Inhalte, nicht auf festgelegte Zeiten
- Verbesserung der Kooperation der betrieblichen Akteure (Unternehmensleitung, betriebliche Interessenvertretung, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte und Betriebsärztinnen)
- Stärkung des eigenverantwortlichen Handelns der Betriebe und Verwaltungen
- Berücksichtigung zeitgemäßer Betreuungserfordernisse (wie zum Beispiel Betriebliches Eingliederungsmanagement, Demografie, Betriebliches Gesundheitsmanagement)

Strukturelle Ziele

- Einteilung aller Betriebe und Verwaltungen in drei Betreuungsgruppen mit jeweils festen Einsatzzeiten für die Grundbetreuung
- Zuordnung eines vollständigen Betriebs mit allen Beschäftigten in nur eine Betreuungsgruppe
- Wegfall des früher teilweise vorhandenen Degressionsansatzes für die Einsatzzeiten
- bei grundsätzlichem Erhalt des Betreuungsumfangs gesamt im Schnitt
- Definition der Gesamtbetreuung durch Grundbetreuung und betriebspezifischen Teil der Betreuung
- Klarstellung, dass arbeitsmedizinische Vorsorge Gegenstand des betriebspezifischen Teils der Betreuung ist

Autorinnen und Autor

Dr. Frank Bell

Leiter des Referats „Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes“ der DGUV
E-Mail: frank.bell@dguv.de

Sabine Edelhäuser

Referentin im Referat „Koordination Ausschüsse“ der DGUV
E-Mail: sabine.edelhaeuser@dguv.de

Marlen Rahnfeld

Referentin im Bereich Evaluation und Betriebliches Gesundheitsmanagement
Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: marlen.rahnfeld@dguv.de

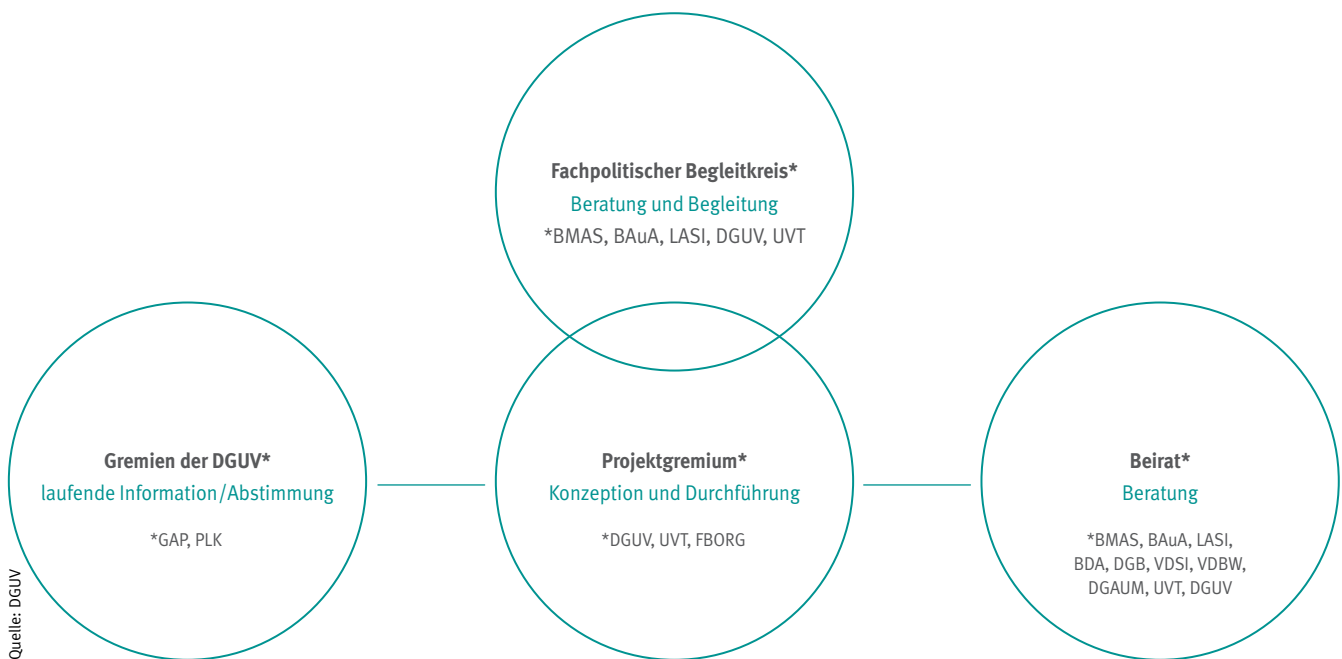


Abbildung 1: Projektorganisation

- Stärkung der Zusammenarbeit von Betriebsarzt/Betriebsärztin und Fachkraft für Arbeitssicherheit
- eigenverantwortliche und bedarfsgerechte Aufteilung der Einsatzzeiten der Grundbetreuung auf Betriebsarzt/Betriebsärztin und Fachkraft für Arbeitssicherheit
- eigenverantwortliche und bedarfsgerechte Ermittlung des Umfangs der betriebsspezifischen Betreuung durch den Betrieb

Projektorganisation

Die Organisation des Projekts Evaluation der DGUV Vorschrift 2 ist in Abbildung 1 dargestellt.

Fachpolitischer Begleitkreis

Der fachpolitische Begleitkreis setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern folgender Institutionen: BMAS, BAuA,

Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik, DGUV und Unfallversicherungsträger. Dem Begleitkreis obliegt die Beratung über die Konzeption der Evaluation der DGUV Vorschrift 2 anhand des Grobkonzepts und des vorliegenden Feinkonzepts sowie die Begleitung der Erhebungen. Das Gremium spricht Empfehlungen aus.

„Die Einführung der DGUV Vorschrift 2 markierte einen Paradigmenwechsel.“

Projektgremium

Das Projektgremium besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Unfallversicherungsträger, des Fachbereichs Organisation des Arbeitsschutzes, speziell den Sachgebieten „Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung“ und „Evaluation“, sowie der DGUV. Das Projektgremium erarbeitet das Feinkonzept für die Evaluation, entwickelt die Erhebungsmethodik und steuert die Umsetzungen der Erhebungen. Es kann gegebenenfalls externe Auftragnehmer hinzuziehen. Das Gremium ist auch verantwortlich für die Erstellung des Abschlussberichts inklusive der Ableitung von Empfehlungen zur Ver-

änderung der Vorschrift. Die BAuA wird in die Abstimmung der vom Projektgremium zu erstellenden Konzepte und Berichte eng einbezogen.

Beirat

Zur Begleitung der Evaluation der DGUV Vorschrift 2 führte ein Beirat am 15. Juni 2015 seine konstituierende Sitzung durch. Dem Beirat gehören Vertreterinnen und Vertreter folgender Institutionen an: BMAS, BAuA, Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Deutscher Gewerkschaftsbund, Verband für Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit, Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte, Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, Unfallversicherungsträger, DGUV. Der Beirat hat eine fachlich wissenschaftliche, ausschließlich beratende Funktion und spricht Empfehlungen aus. Er äußert sich zu der Evaluationsmethodik und berät Zwischen- und Endergebnisse der Evaluation. Der Beirat betrachtet die Evaluation anhand des vorliegenden Feinkonzepts.

Gremien der DGUV

In den Gremien der DGUV erfolgt eine laufende Information und Abstimmung ▶

Dr. Annetrin Wetzstein

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

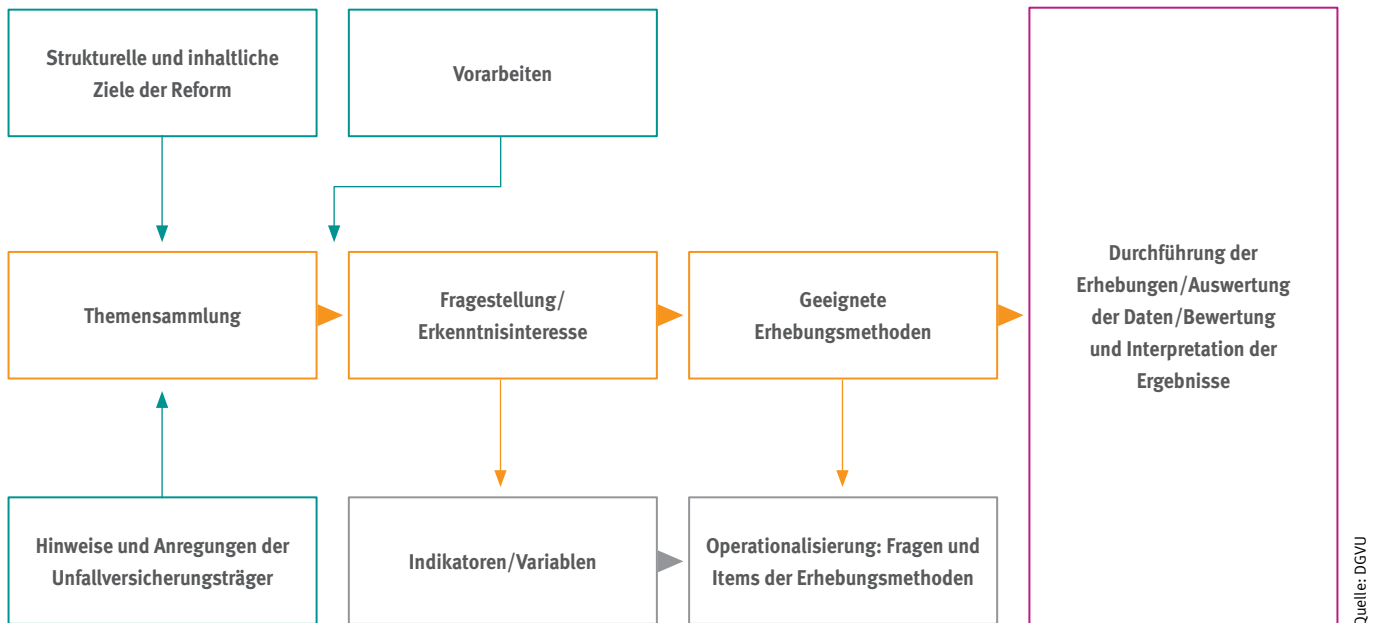


Abbildung 2: Entwicklung der Fragestellungen und Erhebungsmethoden

über die Evaluation der DGUV Vorschrift 2. Das betrifft vor allem das Auftrag gebende Gremium Grundsatzausschuss Prävention des Vorstandes der DGUV sowie die Präventionsleiterinnen- und Präventionsleiterkonferenz der DGUV.

Zweck der Evaluation

Zweck der Evaluation ist es, belastbare Erkenntnisse zur quantitativen und qualitativen Umsetzung der DGUV Vorschrift 2 in Betrieben mit mehr als zehn Beschäftigten in der Regelbetreuung (Anlage 2 der DGUV Vorschrift 2) zu gewinnen (Erkenntnisfunktion), die Erreichung der strukturellen und inhaltlichen Ziele zu überprüfen (Kontrollfunktion) sowie die Folgen für Sicherheit und Gesundheit durch die getroffenen Regelungen abzuschätzen und gegebenenfalls Grundlagen für Optimierungen der Vorschrift (Optimierungsfunktion) vorzuschlagen.

Die Evaluation konzentriert sich auf die Veränderungen, die durch die neuen Regelungen entstanden sind. Dabei werden fördernde und hemmende Faktoren der Betreuung mitbetrachtet, insbesondere solche, die für die zukünftige Verände-

rung der Vorschrift relevant sind. Eine umfassende Betrachtung der Wirkung der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung auf die Unternehmen, zum Beispiel über eine Betrachtung der Arbeitsunfall- oder Erkrankungszahlen, wird aufgrund der Komplexität des Wirkungsgefüges nicht Gegenstand dieser Evaluation.

„Die Evaluation beschränkt sich auf Anlage 2 der DGUV Vorschrift 2, da nur in diesem Teil der Vorschrift Änderungen vorgenommen wurden.“

Ausgehend davon wurden übergeordnete und detaillierte Fragestellungen für die Evaluation formuliert. Die Entwicklung der Fragestellungen und der Methodik der Evaluation erfolgte nach dem Schema, welches in Abbildung 2 dargestellt ist.

Ausgangspunkt waren die strukturellen und inhaltlichen Ziele der Reform. Darüber hinaus wurden über die Präven-

tionsleiterinnen- und Präventionsleiterkonferenz der DGUV Hinweise und Anregungen der Unfallversicherungsträger eingeholt. Die Inhalte dieser beiden Quellen wurden unter Einbeziehung verschiedener Vorarbeiten (wie zum Beispiel die Ergebnisse der Sifa-Langzeitstudie, 2013) nach Themen beziehungsweise Themenkomplexen sortiert. Aus der Themensammlung wurden die relevanten, neutralen Fragestellungen abgeleitet. Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden je Fragestellung Indikatoren entwickelt, geeignete Zielgruppen definiert sowie Erhebungsmethoden bestimmt und hinsichtlich konkreter Items ausgearbeitet.

Fragestellungen der Evaluation

Mit der Evaluation der DGUV Vorschrift 2, Anlage 2 sollen Informationen zu drei Themenkomplexen gewonnen werden. Abbildung 3 zeigt die Themenkomplexe mit den entsprechenden forschungsleitenden übergeordneten Fragestellungen in einem Wirkungsmodell. Wie bereits dargestellt, verfolgt die Reform der DGUV Vorschrift 2 inhaltliche Ziele, die durch strukturelle Ziele untersetzt sind. Die erste übergeordnete Fragestellung der Eva-

Quelle: DGUV

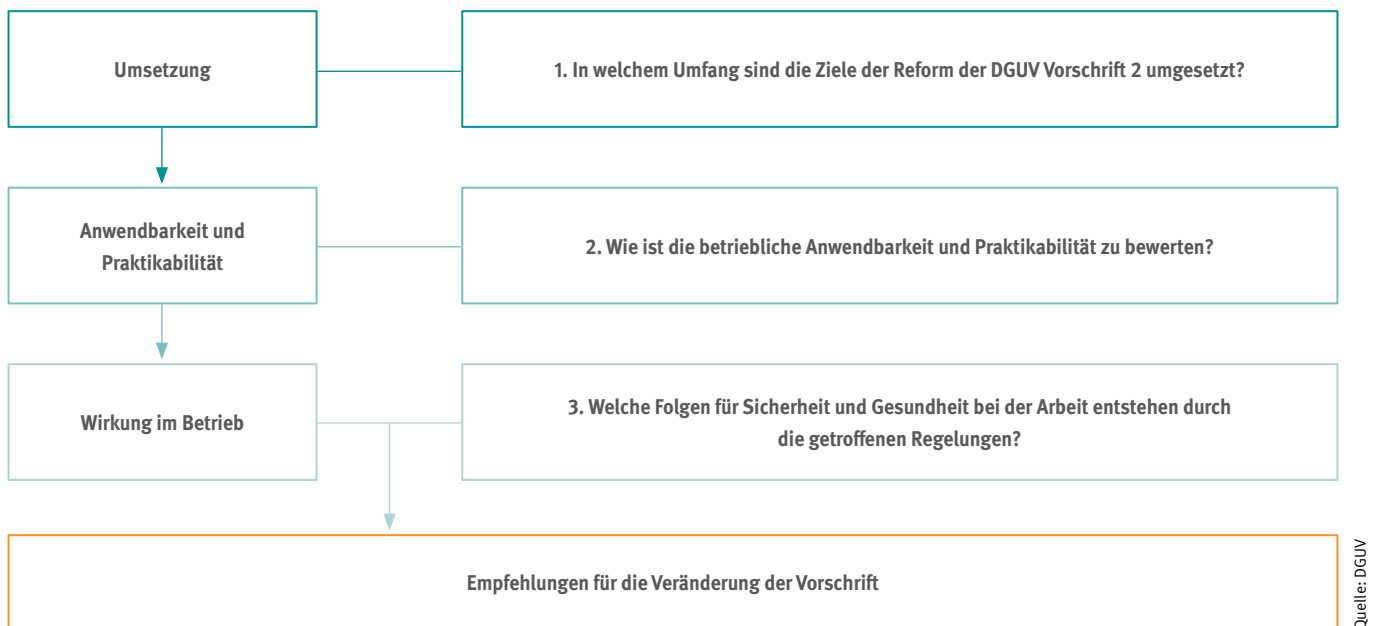


Abbildung 3: Themenkomplexe und übergeordnete Fragestellungen der Evaluation DGUV Vorschrift 2

uation ist, in welchem Umfang diese Ziele der Reform in den Betrieben umgesetzt sind (Themenkomplex „Umsetzung“).

Der erste Themenkomplex „Umsetzung“ bildet eine Grundlage für den zweiten Themenkomplex „Anwendbarkeit und Praktikabilität“, bei dem es darum geht, Einschätzungen der betrieblichen Akteure zur Anwendbarkeit und Praktikabilität der DGUV Vorschrift 2 zu ermitteln. Hier können insbesondere die am Prozess beteiligten Personen Auskünfte geben, wie bei der Umsetzung der Vorschrift vorgegangen wurde, ob es dabei Probleme gab sowie welche Faktoren förderlich und welche eher hinderlich waren. Daraus leitet sich der dritte Themenkomplex „Wirkung im Betrieb“ ab. Es soll untersucht werden, welche Folgen für Sicherheit und Gesundheit durch die geänderten Regelungen entstehen. Das Augenmerk liegt dabei auf Veränderungen der Qualität der sicherheitstechnischen und betriebsärztlichen Betreuung sowie auf den Auswirkungen auf den betrieblichen Arbeitsschutz durch die Umsetzung der DGUV Vorschrift 2. Aus den gewonnenen Erkenntnissen sollen gegebenenfalls

Empfehlungen für die Veränderung der Vorschrift abgeleitet werden.

Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragestellungen werden verschiedene Methoden angewandt. Zum einen sollen auf diesem Weg verschiedene Perspektiven eingeholt werden, zum anderen können bestimmte Fragestellungen auch nur von ausgewählten Zielgruppen beantwortet werden. Darüber hinaus wird der Komplexität des Vorhabens Rechnung getragen, indem quantitative Methoden mit qualitativen ergänzt werden.

Folgende Methoden sind geplant:

1. standardisierte Befragung von Unternehmensleitungen und betrieblichen Interessenvertretungen,
2. standardisierte Befragung von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit,
3. halbstandardisierte Interviews mit Betriebsärztinnen und Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit,

4. Abfrage bei den Präventionsabteilungen der Unfallversicherungsträger und den staatlichen Arbeitsschutzbehörden.

Weiteres Vorgehen

Der Grundsatzausschuss Prävention des Vorstandes der DGUV hat in seiner Sitzung am 20. Oktober 2015 dem Feinkonzept zur Evaluation der DGUV Vorschrift 2 zugestimmt. Der Vorstand der DGUV wurde am 1. Dezember 2015 und die Mitgliederversammlung der DGUV am 2. und 3. Dezember 2015 über das Feinkonzept informiert. Angestrebt wird, mit den Erhebungen im ersten Halbjahr 2016 zu beginnen. Erste Ergebnisse der Evaluation sollen der Präventionsleiterinnen- und Präventionsleiterkonferenz der DGUV, dem Grundsatzausschuss Prävention des Vorstandes der DGUV und dem Vorstand der DGUV Ende 2016 zur Beratung vorgelegt und anschließend der Mitgliederversammlung der DGUV vorgestellt werden. Im Laufe des Jahres 2017 folgen die Beratungen, wie die Ergebnisse der Evaluation in eine modifizierte DGUV Vorschrift 2 umgesetzt werden können. ●

Neue Strukturen und Formen der Zusammenarbeit

Das Präventionsgesetz

Seit dem 25. Juli 2015 ist das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) in Kraft. Das DGUV Forum berichtete im Vorfeld. Das Gesetz sieht im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie die Vereinbarung bundeseinheitlicher, trägerübergreifender Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung vor. Eine Nationale Präventionskonferenz hat sich im Herbst 2015 konstituiert.

Seit Juli 2015 in Kraft

Durch dieses Artikelgesetz wurden mehrere Gesetze geändert. Das SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung) wurde lediglich um einen Passus ergänzt, der besagt, dass die Unfallversicherungsträger an der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie teilnehmen (§ 14 Abs. 3 SGB VII). Die meisten Änderungen hingegen betreffen das Sozialgesetzbuch V (Gesetzliche Krankenversicherung).

Alle reden von „Prävention“

In der öffentlichen Wahrnehmung wird der Begriff „Prävention“ verwendet. Jedoch verbinden die Sozialversicherungszweige unterschiedliche gesetzliche Aufträge mit diesem Begriff. Der Präventionsauftrag der Unfallversicherung ist im SGB VII verankert. Er umfasst die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren durch die Gesamtheit technischer, organisatorischer, verhaltensbezogener, sozialer, psychologischer und betriebsärztlicher Maßnahmen. Er schließt bedarfsgerechte Elemente der betrieblichen Gesundheitsförderung ein, wenn sie zum Abbau von Gesundheitsgefahren beziehungsweise zur Vermeidung einer Entstehung von Gesundheitsgefahren im Betrieb beitragen können.¹ Der Vorstand der DGUV hat das bereits 2011 in seinem gemeinsamen Verständnis zur Ausgestaltung des Präventionsfeldes „Gesundheit im Betrieb“ deutlich gemacht. Darin

enthalten ist auch das gemeinsame Verständnis wichtiger anderer Begriffe wie „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und „Betriebliches Gesundheitsmanagement“. Mit welchen Präventionsleistungen und in welchem Umfang die Unfallversicherungsträger das Präventionsfeld „Gesundheit im Betrieb“ ausfüllen, liegt in deren eigenverantwortlichem Gestaltungsspielraum.

„Ziel der Strategie ist eine wirksame und zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention.“

Im SGB V wurde mit dem Gesetz eine Definition von „primärer Prävention“ eingeführt (§ 20 SGB V, „Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken“). Diese Definition gilt für die gesetzliche Krankenversicherung und ist nicht gleichzusetzen mit dem umfassenden Präventionsbegriff der Unfallversicherung. Vielmehr geht es um die Zusammenarbeit in gemeinsamen Feldern und eine wirksame gegenseitige Ergänzung.

Wirken in Lebenswelten

Mit dem Gesetz wird der Begriff der „Lebenswelten“ etabliert (§ 20a Abs. 1 SGB V „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“). Gemeint sind damit „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der

medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“. Die „Lebenswelt“ des Arbeitens wird im SGB V in den §§ 20b und c (Betriebliche Gesundheitsförderung beziehungsweise Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren) gesondert aufgeführt. Die aktuelle Diskussion konzentriert sich auf Kommunen, Kindertagesstätten, sonstige Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Freizeitgestaltung, allgemeinbildende und berufsbildende Schulen, Hochschulen, Betriebe sowie Einrichtungen der stationären pflegerischen Versorgung. Da das Präventionsgesetz bezüglich der Festlegung nationaler Präventionsziele vorgibt, die Arbeitsschutzziele zu berücksichtigen, ist es Position der Unfallversicherung, dass die im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie festgelegten Ziele und die sich daraus ergebenden Aktivitäten gleichzeitig auch den Beitrag der sich aus der Präventionsstrategie abzuleitenden Verpflichtungen für die Unfallversicherung im betrieblichen Setting abdecken.

Nationale Präventionsstrategie und Bundesrahmenempfehlungen

Die Krankenkassen sollen mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame Präventionsstrategie entwickeln und deren Umsetzung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz (Abbildung 1) fortschreiben.

Autorin und Autoren

Dr. Jochen Appt

Leiter der Abteilung „Sicherheit und Gesundheit“ der DGUV
E-Mail: jochen.appt@dguv.de

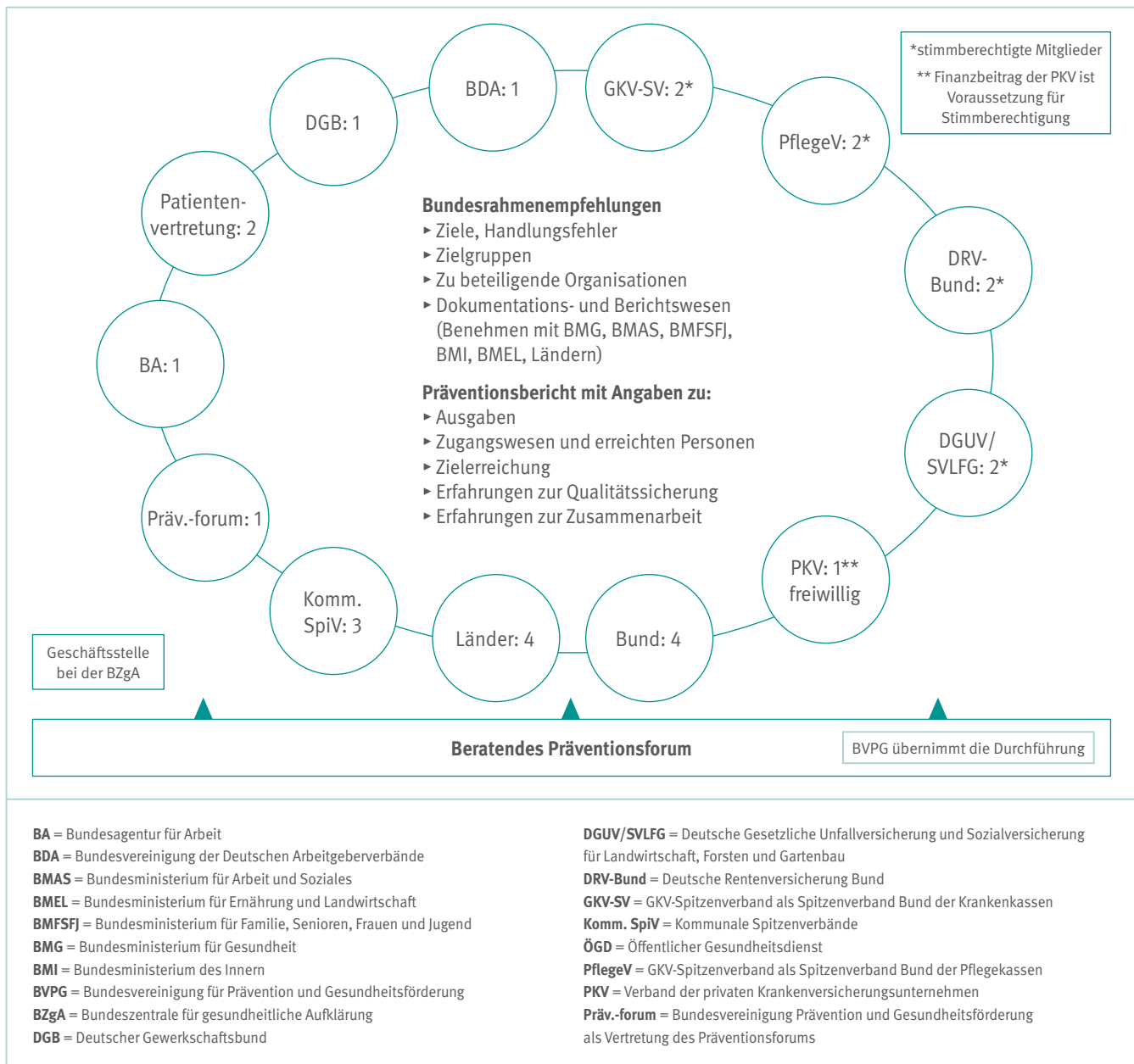
Fritz Bindzius

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

Angela Knoll

Leiterin des Referates „Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren“ der DGUV
E-Mail: angela.knoll@dguv.de

Nationale Präventionskonferenz (Bund)



Quelle: DGUV

Abbildung 1: Die Nationale Präventionskonferenz und das Präventionsforum bilden die zentralen Strukturen der nationalen Präventionsstrategie.

Ziel ist eine wirksame und zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention. Die nationale Präventionsstrategie umfasst die Vereinbarung bundeseinheitlicher, trägerübergreifender Rahmenempfehlungen. Diese sollen der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten zuständigen Träger und Stellen dienen. In den Rahmenempfehlungen sollen gemeinsame Ziele, vorrangige Handlungsfelder und Ziel-

gruppen sowie zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten festgelegt werden. Die Bundesrahmenempfehlungen sollen in der Sitzung der Nationalen Präventionskonferenz am 19. Februar 2016 erstmals verabschiedet werden. Die Empfehlungen sollen dann von der Nationalen Präventionskonferenz kontinuierlich an aktuelle Entwicklungen angepasst und fortgeschrieben werden. In erster Linie dienen die Empfehlungen als Grundlage für die Landesrahmenvereinbarungen.

Landesrahmenvereinbarungen

Diese Landesrahmenvereinbarungen setzen die nationale Präventionsstrategie auf Landesebene um (Abbildung 2). Sie werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung sowie mit in den Ländern zuständigen Stellen abgeschlossen. Es sollen unter anderem Festlegungen getroffen werden zu gemeinsamen und einheitlich zu verfolgenden Zielen und

Landesrahmenvereinbarungen (Landesebene)

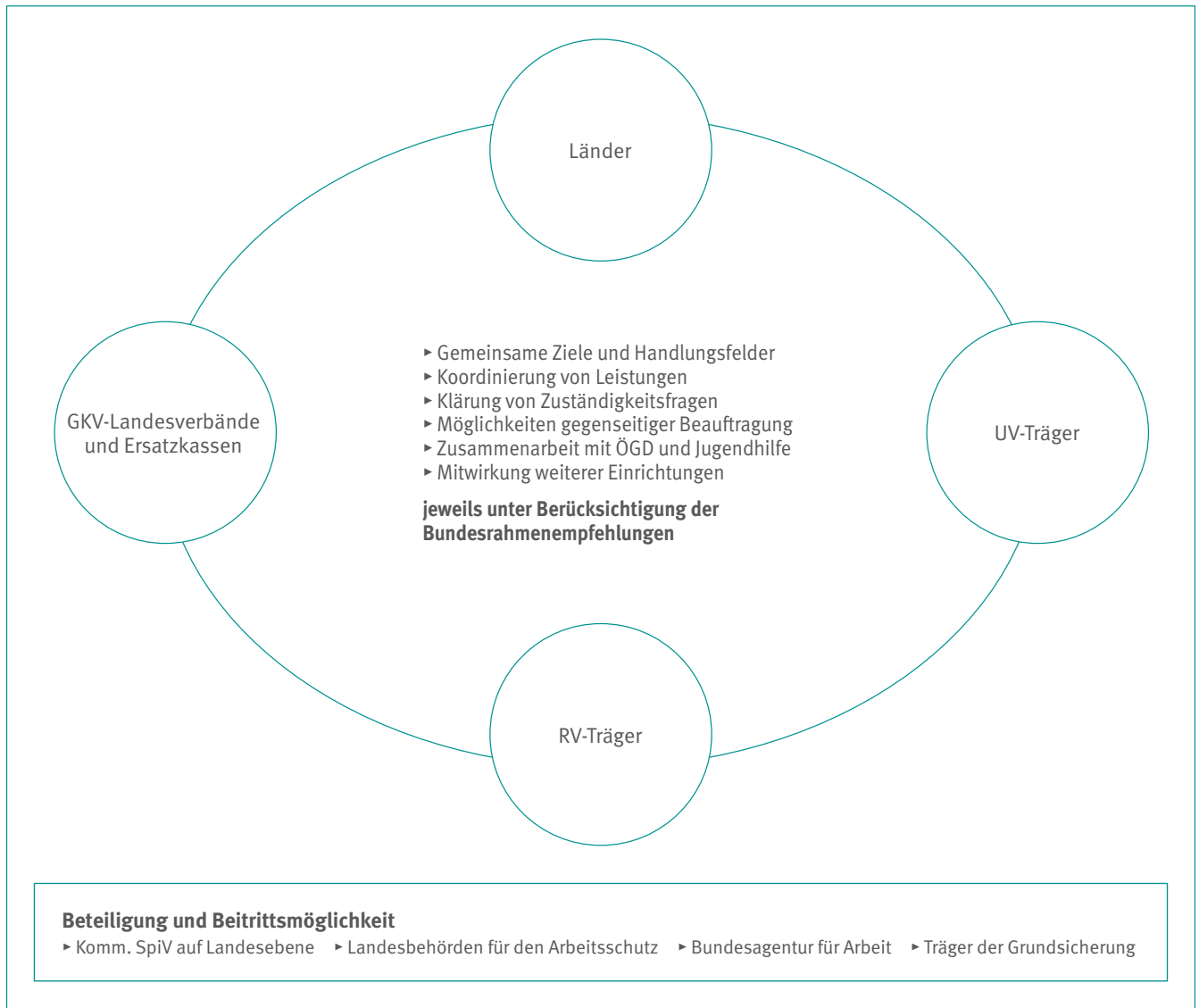


Abbildung 2: Beteiligte und Inhalte der Landesrahmenvereinbarungen

Handlungsfeldern, über die Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten sowie über die einvernehmliche Klärung von Zuständigkeitsfragen. Auf Seiten der DGUV werden die Gemeinsamen Landesbezogenen Stellen die Verhandlungen auf Länderebene für die Unfallversicherungsträger wahrnehmen. Für die Lebenswelten Schulen, Kindertageseinrichtungen, Hochschulen und Ehrenamt werden die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand bei den Verhandlungen mit eingebunden.

Auswirkungen auf die betriebsärztliche Betreuung

Das Präventionsgesetz hat die Aufgaben für Betriebsärzte erweitert (§ 132 f SGB V):

Künftig können Krankenkassen mit Betriebsärztinnen und Betriebsärzten Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen, über Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, über Präventionsempfehlungen, Empfehlungen medizinischer Vorsorgeleistungen und über die Heilmittelversorgung schließen, soweit diese in Ergänzung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge erbracht werden. Diese Aufgaben konkurrieren faktisch vor dem Hintergrund des Mangels an Betriebsärztinnen und Betriebsärzten mit der nach dem Arbeitssicherheitsgesetz und der DGUV Vorschrift 2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ geregelten betriebsärztlichen Betreuung von Unternehmen.

Ausblick

Das Gesetz ist in Kraft, im Jahr 2016 geht es in die Umsetzung auf Länderebene. Das DGUV Forum wird daher in einer der nächsten Ausgaben die nationale Präventionsstrategie mit einem Schwerpunktthema beleuchten. ●

Fußnote

[1] DGUV (2011): Gemeinsames Verständnis zur Ausgestaltung des Präventionsfeldes „Gesundheit im Betrieb“ durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Verabschiedet vom Vorstand der DGUV am 29.11.2011, www.dguv.de (Webcode d125303)

Die Branchenregeln der DGUV

Ein neues Präventionsinstrument für die Praxis

Lese- und Kommunikationsgewohnheiten ändern sich. Was bedeutet das für die gesetzliche Unfallversicherung? Wie kann sie heute ihre Zielgruppen erreichen? Wie sollten Vorgaben und Empfehlungen zu Sicherheit und Gesundheit im Betrieb aussehen, damit sie in den Unternehmen tatsächlich gelesen werden und nicht nur in der elektronischen Ablage oder im Aktenordner landen? Diese und viele andere Fragen haben sich die Fachbereiche der DGUV gestellt. Herausgekommen ist die Idee für ein völlig neues Medienprodukt: die DGUV Branchenregel.

Die von den Fachbereichen „Rohstoffe und chemische Industrie“ und „Verkehr und Landschaft“ erarbeiteten Branchenregeln „Gewinnung und Aufbereitung von mineralischen Rohstoffen“ sowie „Abfallbehandlung“ wurden als abgeschlossene Pilotprojekte jetzt veröffentlicht. Die Leiter dieser Fachbereiche, Helmut Ehnes (Fachbereich RCI) und Dr. Jörg Hedtmann (Fachbereich Verkehr und Landschaft), beantworten im Folgenden die wesentlichen Fragen zu diesem neuen Präventionsmedium.

Zunächst einmal:

Was ist eine Branchenregel?

Ehnes: Die Branchenregel ist eine besondere Form der Regel. Ebenso wie bei allen anderen Regeln der Unfallversicherung wirken Fachleute aus der betrieblichen Praxis und der Sozialpartner an der Erarbeitung mit. Neu ist, dass die Branchenregel den Unternehmerinnen und Unter-

„Mit den Branchenregeln gibt es erstmals eine auf die Branche zugeschnittene Aufarbeitung und Zusammenfassung der relevanten Bestimmungen, Informationen und Empfehlungen.“

nehmern ein Komplettangebot macht. Erstmals gibt es eine auf die Branche zugeschnittene Aufarbeitung und Zusammenfassung der relevanten Bestimmungen, Informationen und Empfehlungen. Mit der Branchenregel allein soll der Klein- und Mittelbetrieb den Löwenanteil

an Maßnahmen für einen sicheren und gesunden Betrieb schnell überblicken und passende Maßnahmen für seinen Betrieb ergreifen können.



Dr. Jörg Hedtmann ist Leiter des Fachbereichs Verkehr und Landschaft der DGUV sowie Leiter der Prävention der BG Verkehr.

Hier bleiben Branchenregeln aber nicht stehen. Unternehmer und Unternehmerinnen sollen durch die ganzheitliche Betrachtung des Themenfeldes der Gesundheit im Betrieb auch für „weiche“ Themen wie betriebliche Gesundheitsförderung, psychische Belastungsfaktoren oder Demografie sensibilisiert werden.

Es gibt bereits eine Vielzahl von staatlichen Vorschriften und Regeln, von Unfallverhütungsvorschriften und Handlungshilfen. Welchen Nutzen für Unternehmen verspricht da ein zusätzliches Medienprodukt wie die Branchenregel?

Dr. Hedtmann: Zentrales Anliegen ist es, die Vielzahl staatlicher Arbeitsschutzvor-

schriften, Unfallverhütungsvorschriften, Regeln, Normen und andere Regelungen des betrieblichen Arbeitsschutzes für die Betriebe einer bestimmten Unternehmenssparte praxisgerecht aufzubereiten. Dabei werden alle Bereiche von Sicherheit und Gesundheit im Betrieb berücksichtigt: die Arbeitstätigkeit, der Arbeitsplatz und die Arbeitsorganisation. Auch die Arbeitsmedizin und die betriebliche Gesundheitsförderung werden einbezogen, ebenso wie Erkenntnisse und Erfahrungen der Unfallversicherungsträger. Als Ergebnis dieses Prozesses können dann im weiteren Verlauf einige ältere Regeln wieder entfallen, vielleicht sogar einige Vorschriften.



Helmut Ehnes ist Leiter des Fachbereichs Rohstoffe und chemische Industrie der DGUV sowie Präventionsleiter der BG RCI.

Wie werden die Branchenregeln gestaltet sein? Sie sollen ja in der betrieblichen Praxis gut handhabbar sein.

Ehnes: Wichtig ist, dass alle Aussagen und Hinweise in kurzer und übersichtli- ▶



Beispielseiten aus der DGVU Regel 113-601 „Branche Gewinnung und Aufbereitung von mineralischen Rohstoffen“

cher Form zusammengestellt sind. Die Leser und Leserinnen können sich somit gut und schnell orientieren.

„Um sie überschaubar zu halten, werden die Branchenregeln nicht darauf verzichten können, auf vertiefende Informationsschriften oder Vorschriftentexte mit konkreten Anforderungen zu verweisen.“

Herausgehoben ist sicherlich auch die Art der Ansprache: So werden die Unternehmer und Unternehmerinnen direkt angesprochen, also „Sie ...“, „Ihre Versicherten ...“ und nicht mehr „Der Unternehmer hat ...“, die Versicherten müssen ...“. Ausgehend von Gefährdungen werden konkrete Maßnahmen vorgestellt, die einen sicheren Be-

trieb ermöglichen und Gesundheitsrisiken minimieren. Dabei ist immer erkennbar, was verbindlich vorgeschrieben ist und was als „Best Practice“ vorgestellt wird. Um den Wiedererkennungswert zu erhöhen und einen gemeinsamen Standard für die Qualität und Handhabbarkeit der Branchenregeln zu setzen, ist es wichtig, dass sie einem einheitlichen Aufbau folgen:

1. Wozu diese Regel?
2. Grundlagen für den Arbeitsschutz
3. Arbeitsplätze und Tätigkeiten: Gefährdungen und Maßnahmen
4. Anhang

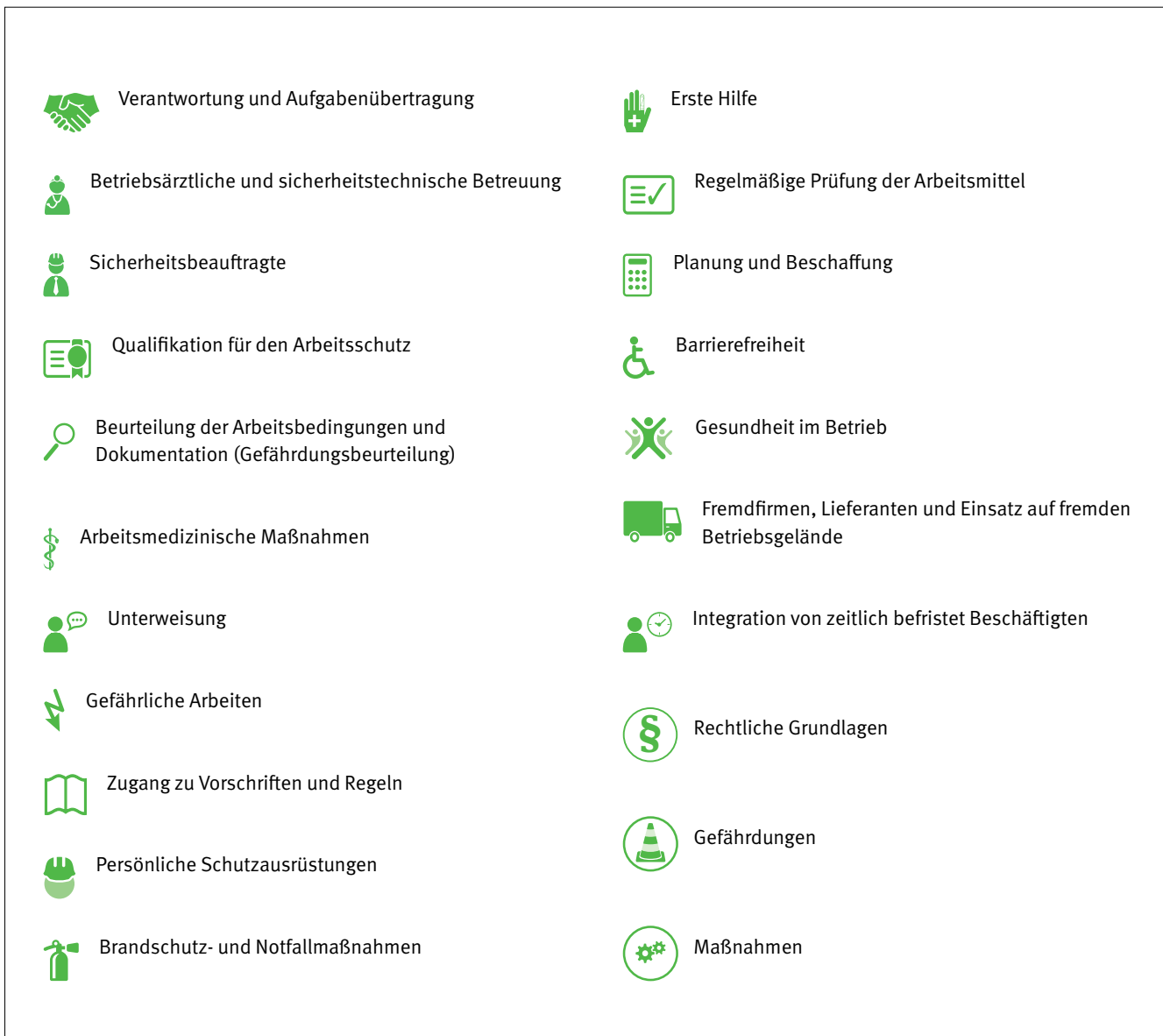
In Kapitel 2 werden in allen Branchenregeln die grundlegenden Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes branchenübergreifend und branchenspezifisch zusammengefasst.

In Kapitel 3 werden zunächst tätigkeits- und arbeitsplatzbezogen die für die Branche relevanten Gefährdungen, dann geeignete Schutzmaßnahmen sowie Gute-Praxis-Empfehlungen zusammengestellt. Das Kapitel 4 weist dann auf weiterführende oder vertiefende Informationsquellen hin. Als Hilfestellung können zum Beispiel auch Checklisten angeboten werden.

Wie sieht es mit Bildern oder Grafiken aus?

Ehnes: Das halte ich ebenfalls für einen wichtigen Punkt: Ein Bild sagt mehr als tausend Worte. Deshalb prägen anschauliche Bilder die Gestaltung der Branchenregeln; pro Seite wird mindestens ein erläuterndes Bild oder eine Grafik eingesetzt.

Zur größeren Übersichtlichkeit und Wiedererkennbarkeit tragen auch stets wieder-



Quelle: DGUV

Übersicht über die in den Branchenregeln verwendeten Piktogramme

kehrende Piktogramme bei, die für das neue Format entwickelt wurden. Sie erleichtern auch beim schnellen Lesen die Orientierung.

Machen die Branchenregeln bereits bestehende Schriften zur Prävention überflüssig?

Dr. Hedtmann: Das soll nicht Ziel der Branchenregeln sein. Um sie umfassend und dennoch überschaubar zu halten, werden auch die Branchenregeln nicht darauf verzichten können, auf vertiefende Informationsschriften oder Vorschriftentexte mit konkreten Anforderungen zu verweisen. Nur so lassen sich die Informationen über die wesentlichen

Arbeitsschutzthemen auf ein Minimum verdichten.

Sind schon weitere Branchenregeln in Arbeit?

Dr. Hedtmann: Die DGUV Regel 113-601 „Branche Gewinnung und Aufbereitung von mineralischen Rohstoffen“ sowie die DGUV Regel 114-602 „Branche Abfallwirtschaft Teil II: Abfallbehandlung“ sind als Pilotprojekte das Maß für die Gestaltung weiterer Branchenregeln. Das war zu Beginn ein abstimmungsintensiver Prozess, aber jetzt ist der Anfang gemacht. Zurzeit arbeiten die Fachbereiche mit ihren Sachgebieten nach den genannten

Vorgaben an mehr als 30 Projekten, denen der Grundsatzausschuss Prävention der DGUV bereits zugestimmt hat. Ich bin sicher, dass wir schon bald viele weitere Branchenregeln als praxisrelevante Hilfestellungen für die Unternehmen veröffentlichen werden, weil ich sehe, mit wie viel Energie und Motivation die vielen Kolleginnen und Kollegen bereits an der Arbeit sind. ●

Vielen Dank für das Interview.

Das Interview führte Martin Sobottke, Referat Betreuung Fachbereiche der DGUV.

SuGA-Bericht

Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014

Im jährlichen Bericht der Bundesregierung zu „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ (SuGA-Bericht) hat die Unfallversicherung die Möglichkeit, spezifische Präventionsaktivitäten aus dem vergangenen Geschäftsjahr darzustellen. Anhand ausgewählter Beispiele hat sie im SuGA-Bericht 2014 ihre weit gefasste Sichtweise der Prävention beschrieben.



Information und Kommunikation

Im August 2014 war die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) nationale Gastgeberin des XX. Weltkongresses für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in Frankfurt. Einen Schwerpunkt des Weltkongresses bildete das Thema „Kultur der Prävention“. Mit der Sonderveranstaltung „Der Leuchtturm sticht in See“ wandte sich die DGUV gezielt an Aufsichtspersonen der Unfallversicherung. Die Veranstaltung zeigte, dass eine innerbetriebliche „Kultur der Prävention“ möglich ist, ohne zu abstrakt oder zu kompliziert für Betriebe zu sein, und dass es übergreifende Rahmenbedingungen gibt, die eine Kultur der Prävention fördern. Angesichts der bevorstehenden technologischen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und sozialpolitischen Herausforderungen hat die Unfallversicherung beschlossen, Kultur der Prävention zum Thema ihrer nächsten Präventionskampagne zu machen.

Mit der Aktion „Deutschland bewegt Herbert“ hat die Unfallversicherung im Rahmen

der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ gezielt junge Menschen angesprochen, um sie zu mehr Bewegung zu motivieren. Der im Mai 2014 auf Facebook geschaltete Auftritt ermöglicht den Nutzenden, Herberts Entwicklung vom Sportmuffel zum echten Sportfan zu verfolgen und mitzugestalten. Herberts Facebook-Auftritt kommt bei der jungen Zielgruppe an: Mehr als 34.000 Fans, gut 22.000 Interaktionen und über 850.000 Views der Herbert-Videos sprechen für sich.

Das Internetportal „Sichere Schule“ liefert per Mausklick alles Wissenswerte zu baulichen Belangen für die sichere Gestaltung von Schulen. Es bietet Planungs- und Architekturbüros sowie Schul- und Bauverwaltungen konkrete Hilfen bei der Umsetzung spezifischer Baustandards im schulischen Bereich. Für Lehrkräfte hält es Arbeitshilfen mit methodischen Inhalten bereit. Entwickelt wurde das Portal von der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen. 2014 haben sich die Mehrheit der Unfallkassen und die DGUV angeschlossen, um das

Angebot auf eine breitere Basis zu stellen und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Forschung, Entwicklung, Modellprojekte

Die häufigsten Straßenverkehrsunfälle innerhalb der Schüler-Unfallversicherung sind mit fast 50 Prozent Fahrradunfälle. Um Kindern die Grundkompetenzen wie Koordination, Wahrnehmungs-, Bewegungs- und Verständigungsförderung zu vermitteln, bevor sie auf das Fahrrad steigen, führen Kindertageseinrichtungen verstärkt das Rollerfahren ein. Unterstützt werden sie dabei unter anderem durch das von der Unfallkasse Nord gemeinsam mit mehreren Partnern entwickelte Projekt „Sicher rollern – besser radeln“. Es beinhaltet neben einer Rollerfortbildung für Erzieherinnen und Erzieher die Begleitung von Aktivitäten wie Rollertage oder Rollerworkshops.

Die Unfallkasse Hessen unterstützt Kitas und Schulen mit dem Programm „UKH RollerKIDS: Rollerfahren – aber sicher!“. Neben Workshops für Kinder und das Lehr- und Betreuungspersonal werden Roller, Kickboards und Rampen eine Woche lang zur freien Verfügung gestellt, um Kindern Bewegungsfreude zu vermitteln und – mit Blick auf das künftige Fahrradfahren – ihre Koordination zu trainieren.

Das Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) hat in Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern das neue Messsystem GENESIS-UV entwickelt. Mithilfe von Langzeitmessungen ultravioletter

Autor



Armin Dürr

Referent im Referat „Präventionsdienste“ der DGUV
E-Mail: armin.duerr@dguv.de

Foto: Tatjana Tagliabue, DGUV



Foto: DGUV/kongressbild.de

Ein Meilenstein auf dem Weg zu einer Kultur der Prävention: der XX. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit

Strahlung, die als krebserzeugend eingestuft ist, soll das Wissen um die Strahlendosis, denen Beschäftigte bei Arbeiten im Freien ausgesetzt sind, erweitert werden. Ziel ist es, Tätigkeiten im Freien konkrete Expositionswerte zuordnen zu können, um auf dieser Grundlage tätigkeits-spezifische Präventionsmaßnahmen zum Schutz von Beschäftigten vor Sonnenstrahlung abzuleiten.

Präventionsleistung Ermittlung

2014 wurde die Berufskrankheit BK-Nummer 5103 „Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“ in die Berufskrankheiten-Verordnung aufgenommen. Im Rahmen der Berufskrankheiten-Ermittlung hat die Unfallversicherung bereits frühzeitig Kriterien und Werkzeuge erarbeitet, um Anzeigen einer BK zuverlässig zu beurteilen. Das Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) hat dazu eine technische Information zur Ermittlung der beruflichen Strahlenexposition im Rahmen der BK 5103 entwickelt.

Qualifizierung

Die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen hat gemeinsam mit der Bayerischen Unfallkasse und weiteren Partnern einen „Risikoparcours für Straßenwärter“ entwickelt. Der Parcours soll das Risikobewusstsein der Beschäftigten schärfen und dazu beitragen, das Unfallrisiko an einem der gefährlichsten Arbeitsplätze Deutschlands zu verringern. Seit 2014 wird der Parcours auch von der Unfallkasse Hessen und „Hessen Mobil“ zu Schulungszwecken eingesetzt.

Demografie-Workshops in Unternehmen können einen Beitrag dazu leisten, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie die Motivation der Beschäftigten über ein ganzes Berufsleben zu erhalten und zu fördern und den betrieblichen Folgen des demografischen Wandels erfolgreich zu begegnen. Die Unfallversicherungsträger bieten Unternehmen dazu Beratungen an. Unternehmen, die eigene Beschäftigte einsetzen wollen, können diese im Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) zum „Demografie-Berater“ ausbilden lassen.

Anreizsysteme

Die Einführung eines Arbeitsschutzmanagementsystems (ASM) ist ein wirkungsvolles Instrument, um Sicherheit und Gesundheit in betriebliche Abläufe zu integrieren. Deshalb bieten Unfallversicherungsträger ihren Mitgliedsunternehmen Beratung bei der Einführung von ASM an. Unternehmen, die ein solches System nachweislich und erfolgreich eingeführt haben, können sich dies von ihrem Unfallversicherungsträger durch die Verleihung des Gütesiegels „Sicher mit System“ bescheinigen lassen.

Vorschriften und Regeln

Im Jahr 2014 wurde die neue Unfallverhütungsvorschrift „Grundsätze der Prävention“ (DGUV Vorschrift 1) bei der Mehrzahl der Unfallversicherungsträger in Kraft gesetzt. Damit haben sich erstmals alle Träger auf einheitliche Regelungen zur Bestimmung der Zahl von Sicherheitsbeauftragten gemäß § 22 Sozialgesetzbuch Teil VII verständigt. Zur Unterstützung der Betriebe

haben die Unfallversicherungsträger und die DGUV Hilfen zur Ermittlung der Anzahl der Sicherheitsbeauftragten entwickelt.

Mehr als 200 ausgewiesene Präventionsfachleute der gesetzlichen Unfallversicherung wirken in sechs Arbeitsschutzausschüssen des Staates mit und tragen so dazu bei, dass branchenübergreifende und branchenspezifische Kenntnisse und Erfahrungen in das staatliche Regelwerk einfließen. Durch die enge Zusammenarbeit des Staates und der gesetzlichen Unfallversicherung ist gewährleistet, dass Doppelregelungen im Arbeitsschutz vermieden werden und ein verzahntes und kohärentes Vorschriften- und Regelwerk entsteht.

Die im SuGA-Bericht 2014 vorgestellten Präventionsmaßnahmen und Projekte zeigen einen Ausschnitt aus dem breiten Spektrum der Unfallversicherung. Sie verdeutlichen, wie die gesetzliche Unfallversicherung auf sich ändernde Rahmenbedingungen und den Wandel in Arbeitswelt und Schule reagiert und dabei gleichzeitig ihrem Auftrag treu bleibt: Prävention mit allen geeigneten Mitteln zu betreiben. ●

! Die vorgestellten Beispiele gehören zu den Präventionsleistungen Information und Kommunikation, Forschung, Entwicklung und Modellprojekte, Ermittlung, Vorschriften und Regeln sowie Qualifizierung: www.dguv.de (Webcode d99259)

Positionspapier

Prävention der Zukunft: mit allen geeigneten Mitteln – nachhaltig und praxisnah

Im Juni 2014 hat die EU-Kommission ihren neuen strategischen Rahmen für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2014 bis 2020 auf den Weg gebracht. Die Kommission sieht in ganzheitlichen Präventionsansätzen das Mittel der Wahl, damit Beschäftigte auch künftig in einer sicheren und gesundheitsförderlichen Umgebung arbeiten können. Damit bestätigt die EU den umfassenden Ansatz der Prävention der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland. Ein von der DGUV verabschiedetes Positionspapier nimmt Stellung zum neuen strategischen Rahmen und soll hier kurz beschrieben werden.

Eine nachhaltige Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen in Europa braucht einheitliche Rahmenbedingungen für die Mitgliedstaaten. Im Juni 2014 hat die EU-Kommission ihr neues strategisches Rahmenprogramm vorgestellt. Diese Strategie baut auf der Sicherheits- und Gesundheitsstrategie für die Jahre 2007 bis 2012 auf.

Verbesserungsbedarf sieht die Kommission nach wie vor bei kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU). Verglichen mit Großbetrieben ist der Umsetzungsgrad von Arbeitsschutzvorschriften bei KMU deutlich geringer. Ebenso bleibt die Verhütung berufs- und arbeitsbedingter Erkrankungen ein drängendes Thema. Nach Schätzungen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) starben 2008 in Europa etwa 160.000 Menschen infolge arbeitsbedingter Erkrankungen, wobei Krebs die häufigste Todesursache war. Handlungsbedarf sieht die EU auch mit Blick auf die Folgen des demografischen Wandels. Angesichts der

steigenden Lebensarbeitszeiten erlangt die Förderung der Gesundheit bis zur Rente einen immer höheren Stellenwert. Folgerichtig leitet die Kommission in ihrem strategischen Rahmen 2014 bis 2020 drei wichtige Herausforderungen ab:

1. Bessere Umsetzung der Rechtsvorschriften in den Mitgliedstaaten, insbesondere durch die Verbesserung der Kapazitäten von Kleinst- und Kleinunternehmen in Bezug auf die Einführung wirksamer und effizienter Risikopräventionsmaßnahmen
2. Verbesserung der Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch die Bekämpfung bestehender, neuer und aufkommender Risiken
3. Bewältigung des demografischen Wandels

Ausgehend von der Position der Selbstverwaltung der DGUV „Prävention lohnt sich“

aus dem Jahre 2008 hat die DGUV gemeinsam mit ihren Trägern ein Positionspapier zum neuen strategischen Rahmen 2014 bis 2020 entwickelt. Das Positionspapier „Prävention der Zukunft: mit allen geeigneten Mitteln – nachhaltig und praxisnah“ knüpft dabei konkret am Ziel Vision Zero als Kern der Position der Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung an.

„Vision Zero ist Maßstab für die Prävention der Unfallversicherung in Deutschland.“

Nach der Philosophie von Vision Zero sind Arbeitswelt und Bildungseinrichtungen so zu gestalten, dass insbesondere schwere und tödliche Arbeits-, Schul- und Wegeunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln verhindert werden. Vision Zero ist somit Maßstab für die Prävention der Unfallversicherung in Deutschland.

Autorin und Autor



Heike Wenzel
Referentin im Referat „Präventionsdienste“ der DGUV
E-Mail: heike.wenzel@dguv.de



Dr. Heinz Schmid
Leiter des Referates „Präventionsdienste“ der DGUV
E-Mail: heinz.schmid@dguv.de

Foto: Fotostudio Lichtschacht

Foto: DGUV

„Nach Schätzungen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) starben 2008 in Europa etwa 160.000 Menschen infolge arbeitsbedingter Erkrankungen.“

Die gesetzliche Unfallversicherung sieht sich durch den strategischen Rahmen 2014 bis 2020 in ihrer Präventionsarbeit bestätigt. Viele Themen des neuen strategischen Rahmens stehen bereits seit Jahren auf der Agenda der Unfallversicherung in Deutschland. Aber welche konkreten Antworten hat die Unfallversicherung auf die drei von der EU-Kommission genannten Herausforderungen?

1. Bessere Umsetzung der Rechtsvorschriften in KMU

Die Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (DGUV Vorschrift 2) wurde so konzipiert, dass auch KMU von der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung profitieren. Neben einer Regelbetreuung steht KMU bis 50 Beschäftigten eine alternative Betreuungsform zur Wahl.

„Die Präventionsmaßnahmen setzen bereits in Kindertagesstätten an, um den Folgen des demografischen Wandels zu begegnen.“

Schon sehr frühzeitig hat die Unfallversicherung damit begonnen, Handlungshilfen für KMU zu entwickeln, die auf die spezifischen Bedürfnisse der Betriebe und verschiedenen Zielgruppen zugeschnitten sind (zum Beispiel die DGUV-Schriftenreihe „Gesund und fit im Kleinbetrieb“).

Weiterhin erlaubt es der Branchenbezug der Unfallversicherungsträger, Betrieben auf ihre Bedürfnisse hin maßgeschneiderte Branchenregeln zur Verfügung zu stellen. Neu an der Branchenregel ist, dass sie den Betrieben ein Komplettangebot in Sachen Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz unterbreitet. Die beiden ersten Branchenregeln „Abfallwirtschaft“ sowie „Gewinnung und Aufbereitung von mineralischen Rohstoffen“ wurden gemeinsam mit Fachleuten

aus der betrieblichen Praxis entwickelt und werden in Kürze veröffentlicht.

2. Verbesserung der Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen

Obwohl in Deutschland seit 1993 ein umfassendes Asbestverwendungsverbot gilt, treten aufgrund der sehr langen Latenzzeiten noch immer Erkrankungsfälle auf. Mehr als die Hälfte der Todesfälle bei Berufskrankheiten geht auf Asbest zurück. Daher kommt der Früherkennung asbestbedingter Erkrankungen eine besondere Bedeutung zu.

Um neu auftretende Risiken rechtzeitig erkennen und bewerten zu können, bevor sie relevant werden, hat die Unfallversicherung ein sogenanntes Risikoobservatorium eingerichtet. Ziel dieses Instrumentes ist es, für neue Risiken frühzeitig geeignete Präventionsmaßnahmen zu entwickeln, um Betrieben und öffentlichen Einrichtungen zeitnah Hilfen an die Hand geben zu können.

Weiterhin arbeitet die gesetzliche Unfallversicherung mit anderen Sozialversicherungszweigen wie der gesetzlichen Krankenversicherung – und im Zuge des neuen Präventionsgesetzes künftig auch mit der Renten- und Pflegeversicherung – zusammen, um die Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen zu verstärken. Bund, Länder und Unfallversicherung arbeiten im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) unter Einbindung der Sozialpartner eng zusammen. Diese Kooperation wichtiger Akteure im Arbeitsschutz ist ein wesentlicher Kern des strategischen Rahmens der EU.

3. Bewältigung der Folgen des demografischen Wandels

In Anbetracht der alternden Bevölkerung sowie der Verlängerung des Arbeitslebens sind gesunde und sichere Arbeitsbedingungen unerlässlich, um die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten. Um den Folgen des demografischen Wandels

zu begegnen und die Beschäftigungsfähigkeit zu erhöhen, setzen die Präventionsmaßnahmen der gesetzlichen Unfallversicherung bereits in Kindertagesstätten an und reichen über die gesamte Ausbildungs- und Berufsphase. Diese im sehr frühen Kindesalter ansetzende Prävention in Deutschland geht über die im strategischen Rahmen beschriebenen Lebenswelten hinaus.

„Um ein langes und gesundes Arbeitsleben realisieren zu können, bedarf es einer Kultur der Prävention, die alle Lebensbereiche einschließt.“

Die Unfallversicherung sieht sich durch die Kommission nicht zuletzt in ihren Bemühungen bekräftigt, durch Maßnahmen der Rehabilitation und der Wiedereingliederung dabei zu helfen, die Beschäftigungsfähigkeit von älteren Personen oder Menschen mit Behinderung wiederherzustellen oder zu stärken.

Um ein langes und gesundes Arbeitsleben realisieren zu können, bedarf es nach Auffassung der Unfallversicherung einer Kultur der Prävention, die alle Lebensbereiche einschließt. Auch darin sieht sich die Unfallversicherung durch den strategischen Rahmen der Kommission bestätigt.

Das Positionspapier „Prävention der Zukunft“ der DGUV gibt einen komprimierten Eindruck von der breit gefächerten Präventionsarbeit der Unfallversicherung in Deutschland. ●

! Das Positionspapier der DGUV „Prävention der Zukunft“ findet man unter: www.dguv.de (Webcode: d1130613)

Zero Accident Vision

Von der Vision zum unfallfreien Betrieb

Wie sich Erfahrungen von Unternehmen zur erfolgreichen Unfallprävention nutzen lassen

Die Anzahl von Unternehmen, die sich für eine Zero Accident Vision (ZAV, Vision Null Unfälle) interessieren, nimmt in vielen europäischen Ländern zu und breitet sich über Branchen aus. Mit der Vision verpflichtet sich ein Unternehmen langfristig dazu, alle schweren Unfälle zu verhüten (siehe DGUV Forum 6/2015 und 7-8/2011). Viele davon eint das Ziel ZAV; der Weg dorthin erfordert aber unternehmensspezifische Anpassungen. In Deutschland haben bereits einige Unternehmen Erfahrungen mit einer erfolgreich umgesetzten ZAV sammeln können. Sie berichten von konkreten Erfolgen in der Unfallprävention und von positiven Auswirkungen innerhalb und außerhalb des Unternehmens.

Erstmals konnte nun ein Forschungsprojekt (siehe Infokasten „Das Forschungsprojekt“) Erfolgsfaktoren, Herausforderungen und Beispiele guter Praxis für eine langfristige Umsetzung dieser Vision systematisch ermitteln. Die meisten der am Projekt beteiligten Unternehmen waren bei relativ niedrigen Unfallzahlen angelangt und konnten darüber hinaus Unfallkennziffern weiter verbessern – nicht zuletzt durch ihre bereits langjährige Umsetzung einer ZAV. Es gibt offenbar auch Nebeneffekte, etwa eine positive Öffentlichkeitswirkung, einen intensiven Austausch mit Geschäftspartnern über Unfallprävention und eine selbstverständlichere Integration sicheren Verhaltens in die Ar-

beitsprozesse der Beschäftigten. Die Gründe, sich zur Umsetzung einer ZAV selbst zu verpflichten, waren für die Unternehmen vielfältig (siehe Infokasten 2).

Im Forschungsprojekt wurde deutlich, dass die Unternehmen ihre ZAV fest in ihre Unternehmensziele eingebettet hatten. Unternehmen, die eine ZAV einführen, bemühen sich ernsthaft um erweiterte Strategien und Praktiken zur Verbesserung der Sicherheit und stellen sich auf einen langfristigen und kontinuierlichen Prozess ein. Einerseits geht ZAV dabei über eine traditionelle und solide Unfallprävention hinaus, die das Ziel verfolgt, Arbeitsunfälle zu verhüten. Die ZAV stützt sich auf Sicherheitsperspektiven, die positiv formuliert sind und im Prozess der Umsetzung der ZAV verstärkt werden (siehe Tabelle 1). Andererseits baut ZAV aber auch auf Erfolge eines traditionellen Sicherheitsmanagements auf, in dem Konzepte und Maßnahmen für Sicherheit und Gesundheit nach dem TOP-Prinzip bereits erfolgreich umgesetzt wurden und weiterhin Orientierung bieten. ZAV ist somit eine Grundlage anregender und innovativer Strategien zur Verbesserung der Sicherheit sowie zur Umsetzung traditionellerer Sicherheitsmaßnahmen. Mit der Umsetzung von ZAV begibt sich das Unternehmen auf einen Weg mit neuen Perspektiven hin zu dem erstrebenswerten Ziel, alle Arbeitsunfälle zu verhüten.

Empfehlungen für Phasen der Einführung und Umsetzung einer ZAV

Von den Erkenntnissen können sich auch andere Unternehmen inspirieren lassen, um ZAV Wirklichkeit werden zu lassen. Das eine richtige Vorgehen wird es dafür nicht geben können, da jedes Unternehmen seine spezifischen Anforderungen und Erfahrungen einbringt. Den Prozess kann man grob in vier Phasen einteilen (siehe Abbildung 1).

Phase 1: ZAV Einführung vorbereiten

Eine ZAV ist keine zwingende oder logische Folge aus laufenden und intensiven Bemühungen um eine effektive Unfallprävention. Für eine ZAV kann sich ein Unternehmen nur aktiv entscheiden und dann langfristig dafür engagieren. Konnte Unfallprävention bisher mithilfe von Maßnahmen eines eher traditionellen Sicherheitsmanagements erfolgreich umgesetzt werden und Arbeitsunfälle bereits deutlich reduzieren, kann es durch die konsequente Verfolgung einer ZAV gelingen, diesen Weg fortzusetzen.

ZAV ist eine Strategie, zu der sich das Unternehmen selbst verpflichtet und die langfristig angelegt ist. Die Strategie erfordert zunächst Überzeugungsarbeit und Geduld, bevor sie in Arbeitsprozessen und in Unfallkennziffern sichtbar wird. ZAV hilft, die Unfallprävention im Unternehmen strategisch zu erweitern.

Autoren



Foto: IFA/Sankt Augustin

Dr. Peter Nickel

Referent im Referat „Neue Technologien – Mensch und Technik“
Institut für Arbeitsschutz der DGUV
(IFA)
E-Mail: peter.nickel@dguv.de



Foto: DGUV/Margrit Zübe

Dr. Joachim Herrmann

Leiter des Referates
„Forschungsförderung“ der DGUV
E-Mail: joachim.herrmann@dguv.de

Gewohnheiten werden sich ändern müssen, und eigene Erfahrungen bauen sich erst langsam auf. Das traditionelle Sicherheitsmanagement – beispielsweise auf den Feldern Maschinensicherheit, Persönliche Schutzausrüstung oder ergonomische Arbeitsplatzgestaltung – wird dadurch nicht weniger wichtig, es wird allerdings durch eine ZAV erweitert. Es ist ein langfristig angelegter Prozess, der mit kleinen und stetigen Schritten beginnt und große Wirkung entfalten kann.

Ähnlich wie vor anderen Veränderungsprozessen gilt es zunächst, Informationen zu sammeln und zu bewerten. Wertvolle Informationsquellen sind nationale und internationale Netzwerke wie etwa das Zero Accident Forum. Selbstverständlich steuern auch die Unfallversicherungsträger hilfreiche Anregungen, Erfahrungen und Informationsmaterial bei. Ausschlaggebend ist dabei immer die aktuelle Situation im Unternehmen mit seinen ganz spezifischen Anforderungen (Tabelle 1).

Der Unternehmensleitung kommt hier die wichtige Aufgabe zu, selbst aktiv zur erfolgreichen Umsetzung beizutragen. Sie muss die notwendigen Ressourcen für einen nachhaltigen Prozess schaffen, der auch von den Beschäftigten mit Überzeugung getragen wird. Erfolgsgeschichten (siehe Infokasten „Erfolgsgeschichten“) können ein Mittel sein, die Umsetzung von ZAV im eigenen Unternehmen attraktiv zu machen.

Phase 2: ZAV Selbstverpflichtung

Besonders während der frühen Einführungsphase geht es darum, die ZAV im Unternehmen sichtbar zu machen. ZAV wird dazu in die Unternehmensziele und bereits vorhandene Strategien zur Unfallprävention integriert. Für alle Beschäftigten wird in dieser Phase offensichtlich, dass die Unternehmensleitung aktiv und nachhaltig bestrebt ist, alle Unfälle zu verhüten. Eine Selbstverpflichtung zur ZAV erwies sich nach Aussage der befragten Unternehmen als wesentlicher Erfolgsfaktor der Umsetzung einer ZAV. Unterstützt durch vielfältige Aktivitäten dehnt sich die Selbstverpflichtung ausgehend von den oberen Führungsebenen auf alle Hierarchieebenen eines Unternehmens aus. Ein eigenes Logo für das Maßnahmenkonzept und die ZAV des Unternehmens unterstützt den Prozess.

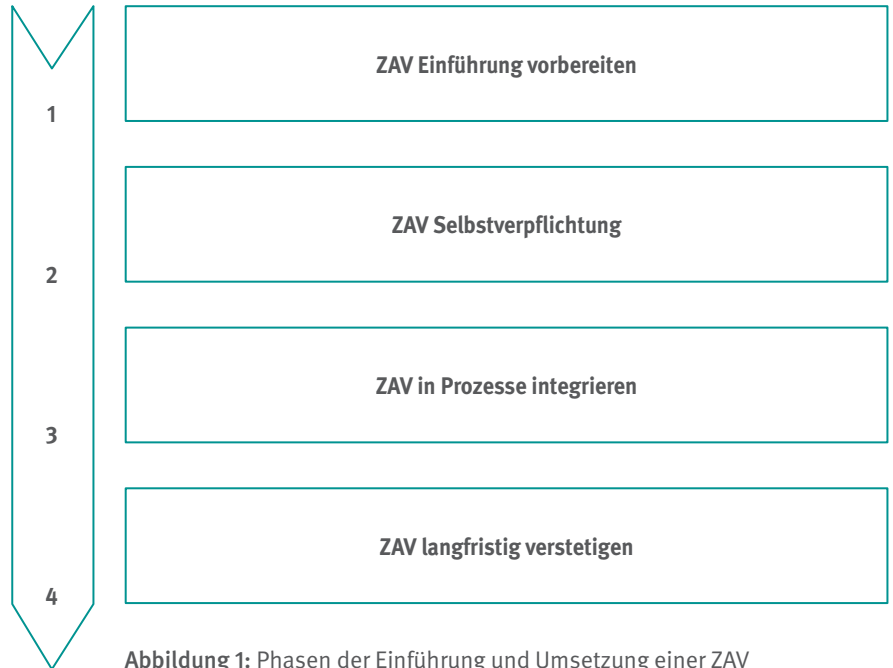


Abbildung 1: Phasen der Einführung und Umsetzung einer ZAV

Quelle: Nicke/Hartmann

! Das Forschungsprojekt

Die hier vorgestellten Empfehlungen basieren auf den Ergebnissen des internationalen Forschungsprojekts „Die Erfolgsfaktoren für die Umsetzung der Zero Accident Vision“.

Sein Ziel war es, diejenigen Faktoren zu identifizieren, die besonders dazu beitragen, die Vision des unfallfreien Unternehmens auf den betrieblichen Handlungsfeldern Kommunikation, Kultur und Lernen erfolgreich in die Praxis umzusetzen.

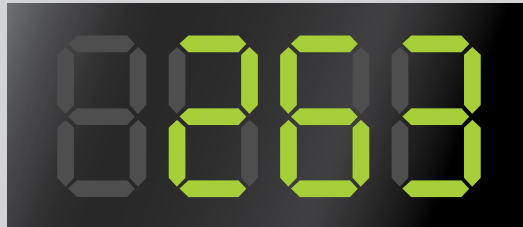
Durchgeführt wurde die Studie von FIOH (Finnland), NRCWE (Dänemark) und dem Koordinator TNO (Niederlande). An der Datenerhebung und -auswertung waren auch CIOP (Polen), HSL (Vereinigtes Königreich), IFA (Deutschland) sowie Prevent (Belgien) beteiligt. Die Forschenden befragten in den genannten sieben Ländern insgesamt 8.819 Beschäftigte aller Hierarchieebenen von 27 Unternehmen unterschiedlicher Größe, die sich der „Vision Null Unfälle“ verschrieben haben. Ein Großteil der Unternehmen stellte sich vertiefenden Interviews und nahm auf nationaler Ebene an Workshops teil, um die Befragungsergebnisse näher zu diskutieren.

Neben den beabsichtigten Erfolgsfaktoren ergaben sich auch Herausforderungen, Erfolgsgeschichten und Beispiele guter Praxis, die interessierten Unternehmen konkrete Anregungen für die Umsetzung der Vision an die Hand geben. Darauf aufbauend entwickelten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler eine ganze Reihe von praxisorientierten Handlungsempfehlungen für Betriebe und Unfallversicherungsträger.

Das Projekt dauerte von Dezember 2013 bis Oktober 2015 und wurde von der DGUV unterstützt.

Detaillierte Informationen über Vorgehensweise und Ergebnisse sind im Abschlussbericht verfügbar unter: www.dguv.de (Webcode dp82177)

Unfallfrei seit



Tagen

Quelle: Cicero Kommunikation

Immer mehr Unternehmen verpflichten sich, die Zero Accident Vision in ihren Betrieben umzusetzen.

Als förderlich erwies sich, im Kreis der oberen Führungsebenen leitende Prinzipien der Arbeitssicherheit bezogen auf die ZAV zu formulieren, die für das Management und alle Beschäftigten gleichermaßen relevant wie verbindlich sind. Arbeitssicherheit wurde als Win-Win-Situation verstanden, als ein ausdrücklicher Teil der Unternehmensidentität entwickelt und in alle Entscheidungen des Unternehmens im Innen- und Außenverhältnis einbezogen.

Phase 3: ZAV in Prozesse integrieren

Auf dem weiteren Weg der Umsetzung einer ZAV im Unternehmen ist ihre Integration in alle Geschäfts- und Arbeitsprozesse erforderlich. Das Management demonstriert den hohen Wert von Sicherheit im alltäglichen Handeln. Unfälle und eventuell auch schon Beinahe-Unfälle werden in den Austausch zur ZAV über alle Ebenen einbezogen, und auch an der Erweiterung der Strategie der Unfallprävention (siehe Tabelle 1) wird weiter gearbeitet. Dadurch wird einerseits die Selbstverpflichtung zu ZAV auf alle Arbeitsbereiche des Unternehmens ausgedehnt. Andererseits wird ZAV konkret und kann im Unternehmen alltäglich gelebt werden. Kommunikation, Kultur und Lernen im Unternehmen entscheiden maßgeblich darüber, ob ZAV im Tagesgeschäft Fuß fassen kann.

ZAV und Sicherheitskommunikation

Sicherheitskommunikation erfordert vielfältige Werkzeuge, um alle Beschäftigten regelmäßig mit zweckmäßigen und aktuellen Informationen zu versorgen. Die Informationen selbst sollen nicht nur konsumiert werden, sondern auch zum zwischenmenschlichen Austausch und zum aktiven Handeln im Sinne einer ZAV anregen. Beispiele guter Praxis zur Sicherheitskommunikation wurden von vielen Unternehmen wie folgt benannt:

- Regelmäßige (monatliche) Sicherheitsunterweisungen in Kleingruppen (5 bis 10 Minuten) mit Unterweisung; Diskussion, Maßnahmen, Verantwortlichkeiten, Nachbesprechung;
- Informationsaustausch auf nationalen und internationalen Ebenen des Unternehmens;
- Inhalte einfach und mit verschiedenen Medien kommunizieren.

ZAV und Sicherheitskultur

Die Integration der ZAV in die Arbeitsprozesse profitiert von einer Sicherheitskultur, die alle aktiv beteiligt, wenn es um Verbesserungen der Sicherheit geht. Alle Beschäftigten sollen selbstbewusst für ZAV eintreten können und fair behandelt werden. Aktivitäten zu beeinflussen wird positiver gesehen, als sich (nur) an Diskussionen zur Arbeitssicherheit zu betei-

ligen. Förderlich ist eine Atmosphäre, die es allen möglich macht, auf sicherheitswidriges Verhalten hinzuweisen und Verbesserungen vorzuschlagen. Gute Praxis zeigt sich in folgenden Beispielen:

- Vorbildfunktion der Führungsebene durch Sicherheitsbegehungen und Mitteilungen verdeutlichen;

! Themen einiger Erfolgsgeschichten zur Umsetzung von ZAV aus Unternehmen

- Ein Bauunternehmen strebt die Reduzierung schwerer Unfälle an.
- Sicherheit ist Teil eines erfolgreichen Strebens nach exzellenter Geschäftsführung.
- Ein ständiger Blick auf kompetente und motivierte Beschäftigte
- Besuche von Baustellen durch das Management führen zu Win-Win-Situationen für ZAV.
- Starke Unterstützung durch Leitung und Management hilft null Unfällen nahezu kommen

Zero Accident Vision (Null-Unfall-Ziel)	Traditionelles Sicherheitsmanagement (Unfallprävention)
Null Unfälle ist ein Ziel – eine Reise	Das Null-Unfall-Ziel ist ein Ziel, das eher unrealistisch ist
Für Sicherheit sorgen	Unfälle verhüten
Sicherheit ist eine strategische Herausforderung	Sicherheit ist im Wesentlichen eine taktische und betriebliche Herausforderung
Benchmarking mit vorlaufenden Indikatoren (z. B. Beispiele guter Praxis)	Benchmarking mit nachlaufenden Indikatoren (z. B. Ausfalltage)
Sicherheit ist ein integraler Bestandteil der Geschäftstätigkeiten	Sicherheit oder OSH als unabhängige(r) Bereich(e)
Sicherheit wird von allen im Unternehmen tätigen (lernbereiten) Personen gestaltet	Sicherheit wird von Fachleuten konzipiert oder vorgeschrieben

Quelle: Nickel/Hartmann

Tabelle 1: ZAV geht über eher traditionelles Sicherheitsmanagement hinaus

- Bewusstsein und Verantwortung für Sicherheit am Arbeitsplatz (und darüber hinaus) stärken
- Anregung, sich auch selbst um die eigene Sicherheit und die der anderen zu bemühen

ZAV und Sicherheitsqualifizierung

Hilfreich ist eine Struktur, die regelmäßiges und wiederholtes Lernen aus Ereignissen und Unfällen erlaubt. Viele Unternehmen berichten von positiven Auswirkungen auf die Unfallprävention, wenn die Beschäftigten in ihren Lernszenarien Handlungen, Aktivitäten und Entscheidungen zu ZAV selbst beschreiben. ZAV wird nach ihren Erfahrungen Realität, wenn Gelerntes zum Thema Sicherheit im praktischen Arbeitshandeln umgesetzt und auch zwischen Hierarchieebenen und unter Kollegen und Kolleginnen weitergegeben werden kann.

Eine Auswahl guter Praxis geben folgende Maßnahmen:

- Qualifizierung auf konkretes, sicheres Handeln am Arbeitsplatz eines/einer Vorgesetzten beziehungsweise Beschäftigten ausrichten
- Erfahrungen zur Sicherheitsqualifizierung zwischen Abteilungen austauschen
- Abwechslung durch unterschiedliche Trainingsmethoden und -inhalte schaffen

Phase 4: ZAV langfristig verstetigen

Eine der großen Herausforderungen ist es, die Motivation für die Umsetzung der ZAV

im Unternehmen dauerhaft aufrechtzuerhalten. Das erscheint dann besonders schwierig, wenn Unfallkennziffern längere Zeit auf niedrigem Niveau schwanken oder nahezu unverändert bleiben. Es kann der Eindruck entstehen, das Sicherheitsniveau nicht weiter verbessern zu können. Nachlässigkeit könnte bisherige Erfolge wieder abschwächen. Da Sicherheit bereits zu einem integralen Bestandteil der Geschäfts- und Arbeitsprozesse geworden ist, gilt es in dieser Phase, die ZAV des Unternehmens weiter zu verstetigen. Die neu gewonnenen Gewohnheiten und Erfahrungen aus der eigenen Umsetzung einer ZAV müssen weiterhin in erfolgreichen Aktivitäten genutzt werden. Sicherheit wird als positiver Wert gefördert und als glaubwürdige Herausforderung geteilt. Auch zu dieser Phase lassen sich Beispiele guter unternehmerischer Praxis nennen:

- Sicherheitsstrategie systematisch analysieren (zum Beispiel mit dem PEROSH-ZAV-Fragebogen des Projekts, siehe Infokasten „Das Forschungsprojekt“) und Schwerpunktmaßnahmen ableiten
- Geschäftspartner und Geschäftspartnerinnen bei Einführen und Umsetzen einer ZAV unterstützen
- Ausdehnen der ZAV, die sich bisher auf Unfälle bezog, auf die Verhütung von Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren

Mit dem letztgenannten Punkt ist auch eine weitere Erkenntnis aus dem Forschungsprojekt angesprochen: Die Ver-

folgung der ZAV kann die betriebliche Situation auch in Bezug auf gesundheitliche Beschwerden positiv beeinflussen. Unternehmen, die ZAV vor allem auf Sicherheit und weniger auf Gesundheit am Arbeitsplatz bezogen, gaben an, dass eine entsprechende Erweiterung der Vision auf „Zero Harm“ eine große Herausforderung für die nähere Zukunft darstellt. •

Das „Zero Accident Forum“ in Deutschland

Das „Zero Accident Forum – Voneinander lernen für null Unfälle“ ist ein Netzwerk von derzeit etwa 100 Unternehmen, die alle ein Ziel haben: die Zahl der Arbeits- und Wegeunfälle in ihrem Betrieb auf null zu reduzieren – mit allen geeigneten Mitteln. Feste Mitglieder des Forums sind 35 Unternehmen aller Branchen und Größen. Im Vordergrund stehen der regelmäßige Austausch und die Vernetzung.

Nähere Informationen unter: www.dguv.de (Webcode d664972)

Literaturanalyse zu Zusammenhängen mit Gesundheit und Leistung

Psychische Belastung in der Arbeitswelt

Die Berichterstattung zum Thema „Psychische Belastungen und Beanspruchungen bei der Arbeit“ erweckt oft den Eindruck, dass psychische Belastungen unweigerlich zu psychischen Erkrankungen führen. Dies ist jedoch nicht der Fall. Das zeigt eine Literaturanalyse, die im Rahmen der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) durchgeführt wurde. Sie ging der Frage nach, welche möglichen Folgen psychische Fehlbelastungen nach sich ziehen können und welche Zusammenhänge in diesem Themenbereich erforscht werden.

Die Gefährdungsbeurteilung schreibt gemäß Arbeitsschutzgesetz auch die Beurteilung der psychischen Belastung vor. Psychische Belastungen stellen somit einen Gefährdungsfaktor dar, der zu negativen Auswirkungen führen kann. In der öffentlichen Berichterstattung werden psychische Belastungen häufig in einem Atemzug mit psychischen Erkrankungen genannt, sodass der Eindruck entsteht, psychische Erkrankungen seien die einzige und unweigerliche Folge psychischer Belastungen. Psychische Belastungen können aber auch mit ganz anderen Faktoren in Zusammenhang stehen. Um zu überprüfen, welche möglichen Folgen psychischer Fehlbelastungen in der Arbeitswelt in der Forschung betrachtet werden und wie der aktuelle Forschungsstand in diesem Themengebiet ist, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Hierbei wurden vor allem negative Folgen betrachtet, da sie ein wesentlicher Anlass für das Handeln in der Prävention sind.

Methode

In den elektronischen Datenbanken PsycINFO, PubMed und SSCI (via Web of Sci-

ence Core Collection) erfolgte eine Suche nach Reviews und Meta-Analysen, die seit dem 1. Januar 2000 veröffentlicht worden sind. Folgende fünf Suchbegriffe beziehungsweise Suchbegriffskombinationen wurden hierbei verwendet:

1. Occupational Stress
2. Psychosocial Stress AND Work
3. Working Conditions AND psychosocial
4. Job Characteristics
5. Job Strain

„Bei den Variablen **Immunsystem, Schlaf, körperliche Aktivität und allgemeines Wohlbefinden sind kausale Zusammenhänge zu psychischen Fehlbelastungen in der Arbeitswelt wahrscheinlich.**“

Nach Sichtung der Veröffentlichungen ergaben sich die folgenden neun Kategorien, die noch einmal in vierzig Unterkategorien unterteilt wurden:

1. Körperliche Erkrankungen und Beschwerden

2. Psychische Erkrankungen und Beschwerden
3. Motivation und Affekt
4. Gesundheitsverhalten
5. Berufliche Performanz
6. Familie und Freizeit
7. Arbeitsausfall
8. Sicherheit am Arbeitsplatz
9. Soziales Verhalten am Arbeitsplatz

Ergebnisse

Insgesamt zeigt die Literaturanalyse, dass psychische Belastungen in der Arbeitswelt mit vielfältigen Aspekten in Zusammenhang gebracht werden. Bei einigen untersuchten Folgen gibt es bereits deutliche Belege dafür, dass sie durch psychische Fehlbelastungen bei der Arbeit mit verursacht werden. Hierzu gehören muskuloskelettale Beschwerden, kardiovaskuläre Erkrankungen, Depression und Angst.

Eine Expertise von Angerer, Siegrist und Gündel (2014), die kurz nach Abschluss dieser Recherche erschienen ist, kommt ebenfalls zu diesem Schluss. Laut Autoren liegt die Risikoerhöhung bei diesen Erkrankungen durch entsprechende psychische Fehlbelastungen bei der Arbeit zwischen 40 und 80 Prozent, was eine moderate Risikoerhöhung darstellt, die Anlass zu präventivem Handeln gibt.

Des Weiteren zeigt die Literaturanalyse, dass bei folgenden Variablen kausale Zusammenhänge zu psychischen Fehlbelastungen in der Arbeitswelt wahrscheinlich sind: Immunsystem, Schlaf, körperliche Aktivität (Sport) und das allgemeine Wohlbefinden. Bei den anderen hier recherchierten Aspekten ist festzustellen, dass es meistens Korrelationen – also Zu-

Autorin



Dr. Hiltraut Paridon

Diplompsychologin, Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: hiltraut.paridon@dguv.de



Foto: mauritius images/BSIP

Rückenschmerzen können durch psychische Fehlbelastungen bei der Arbeit mit verursacht werden.

sammenhänge – mit psychischen Fehlbelastungen gibt. Es sind also zunächst Begleiterscheinungen psychischer Belastungen in der Arbeitswelt. Inwiefern es sich tatsächlich um Folgen handelt, wird die zukünftige Forschung möglicherweise zeigen.

Hinsichtlich der Belastungen wurden vor allem das Anforderungs-Kontroll-Modell von Karasek (1979), das Modell der Gratifikationskrisen von Siegrist (1996) sowie einige soziale Belastungen wie Rollenambiguität und -konflikte und soziale Unterstützung untersucht. Dies entspricht auch den Ergebnissen von Rau und Buyken (2015). Sie kommen in ihrer aktuellen Expertise, die im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) entstanden ist, zu dem Schluss, dass folgende Belastungen gesundheitsgefährdend sind:

- Hohe Arbeitsintensität (Job Demand)
- Geringer Handlungsspielraum (Job Control)

- Hoher Job Strain (das heißt die Kombination von hoher Arbeitsintensität und geringem Handlungsspielraum)
- Hoher Iso Strain (das heißt die Kombination von hohem Job Strain und geringer sozialer Unterstützung)
- Gratifikationskrisen: Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung (Effort-Reward-Imbalance)
- Überstunden
- Schichtarbeit (Abend- und Nachtschichten)
- Geringe soziale Unterstützung
- Rollenstress
- Bullying/aggressives Verhalten am Arbeitsplatz
- Arbeitsplatzunsicherheit

Wenn bisher auch nur einige kausale Zusammenhänge beschrieben werden können und nicht alle zugrundeliegenden Mechanismen geklärt sind, zeigt die Literaturanalyse noch einmal, wie vielfältig und komplex das Thema „Psychische Belastungen in der Arbeitswelt“ ist und dass es eine Reihe von Variablen gibt, die in ei-

nem indirekten Zusammenhang hiermit stehen. So kann es beispielsweise sein, dass psychische Fehlbelastungen bei der Arbeit nicht direkt zu höheren Absentismusraten führen, sondern zunächst dazu, dass man von der Arbeit nicht abschalten kann und schlechter schläft, was dann wiederum dazu führt, dass man sich schlecht fühlt und krankmeldet.

Insgesamt zeigen die Befunde, dass eine präventiv ausgerichtete Arbeitsgestaltung sinnvoll ist, um mögliche negative Folgen zu vermeiden. Hierbei geht es nicht nur um gesundheitliche Probleme, sondern auch um abnehmende Arbeitsleistungen, vermehrte sicherheitswidrige Verhaltensweisen, Motivationsverluste oder verstärkte Fluktuation, was sich wiederum negativ auf die Produktivität auswirken kann. ●

! Mehr dazu im iga.Report 31 von Renate Rau: Risikobereiche für psychische Belastungen.

Die ausführliche Literaturanalyse von Hiltraut Paridon wurde als iga.Report 32 veröffentlicht.

Weitere Informationen unter: www.iga-info.de > Veröffentlichungen > iga.Reporte

Literatur

Angerer, P.; Siegrist, K.; Gündel, H.: Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Erkrankungsrisiken. In: Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Erkrankungsrisiken durch arbeitsbedingte psychische Belastungen, 2014, S. 30–169

Karasek, R. A.: Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. In: Administrative Science Quarterly, 24, 1979, S. 285–306

Rau, R.; Buyken, D.: Der aktuelle Kenntnisstand über Erkrankungsrisiken durch psychische Arbeitsbelastungen. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 59, 2015, S. 113–129

Siegrist, J.: Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben, Hogrefe, Göttingen 1996

Rückblick

A+A Kongress 2015

Vom 27. bis zum 30. Oktober 2015 fand in Düsseldorf der 34. Internationale A+A Kongress statt. Mit über 60 Veranstaltungen, 350 Referaten zu allen zentralen Themen von Sicherheit, Gesundheit und Ergonomie und mehr als 5.000 Teilnehmenden präsentierte er sich eindrucksvoll als Hauptveranstaltung des Arbeitsschutzes. Die internationale Fachmesse der A+A erreichte mit 1.887 Ausstellern aus 57 Nationen und mehr als 65.000 Besucherinnen und Besuchern einen neuen Rekord.

Digitalisierung, Demografie, Stress

In der Eröffnungsveranstaltung der A+A ging Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles auf die großen Herausforderungen für die Prävention ein: „Wenn wir über die Arbeit der Zukunft sprechen, müssen wir den Arbeitsschutz immer mitdenken. Die Digitalisierung der Arbeitswelt bietet viele Chancen. Unternehmen können Produktivitätssteigerungen erreichen, Beschäftigte bessere Arbeitsbedingungen und flexiblere Arbeitszeiten.

„Das ökonomische Potenzial der Prävention muss in den Betrieben auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels voll ausgeschöpft werden.“

Gleichzeitig gibt es aber auch Risiken. Leistungsverdichtung, Zeitdruck, Reizüberflutung oder ständige Verfügbarkeit können zu psychischen Belastungen führen.“ Ziel müsse ein neuer „Flexibilitäts-Kompromiss“ sein. Das ökonomische Potenzial der Prävention müsse in den Betrieben auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zur Bin-

dung qualifizierter Fachkräfte voll ausgeschöpft werden. Prävention und gute Arbeit seien zudem kein „nationaler Luxus“, sondern müssten weltweit vorangetrieben werden.

In ihrer Rede zur Eröffnung der A+A gab Margret Suckale, Arbeitsdirektorin der BASF SE, einen intensiven Einblick zum Stand Digitalisierung in der chemischen Industrie. Der neue Digitalisierungsschub hat dort noch kaum begonnen, wird aber definitiv zu tiefgreifenden Veränderungen der Produktionsprozesse und der Arbeit in dieser Branche führen.

Auch in der Podiumsdiskussion mit Annelie Buntenbach (Deutscher Gewerkschaftsbund, DGB) und Alexander Gunkel (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, BDA) sowie Stefan Dräger (Vorstandsvorsitzender Drägerwerk), Michael Koll (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, BMAS) und Isabel Rothe (Präsidentin der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, BAuA) standen die Themen Digitalisierung, Fachkräftemangel, Stress und die wachsende weltweite Bedeutung des Arbeitsschutzes im Vordergrund. Bis auf die Streitfrage der Notwendigkeit neuer

Rechtvorschriften besteht eine große Übereinstimmung zur Notwendigkeit einer gemeinsamen Gestaltung dieser Herausforderungen.

Strategische Ausrichtung von Prävention und Arbeitsgestaltung

Erstmals gab es beim A+A Kongress 2015 Keynote-Vorträge:

Menschengerechte Arbeitsgestaltung, Produktivität, Prävention: Prof. Dr. Ralph Bruder (TU Darmstadt) setzte sich mit der Frage auseinander, wie es gelingen kann, länger arbeiten zu können und zu wollen und wie sinnvolle Arbeit zu gestalten ist. Die positive Wirkung von Gesundheitsförderung, Ergonomie und besserer Führung ist belegt. Die Individualisierung der Arbeitsgestaltung muss zukünftig auch im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz berücksichtigt werden.

Gesundheit bei der Arbeit – für eine gesündere Zukunft: Dame Carol M. Black (Universität Cambridge) ging der Frage nach, wie durch eine integrierte Anwendung der traditionell getrennten Bereiche Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung wirksame Präventionsstrategien unter anderem gegenüber Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates der Beschäftigten entwickelt werden können.

Beteiligung und Mitbestimmung im Arbeits- und Gesundheitsschutz: Dr. Ursula Engelen-Kefer (ehemalige stellvertretende DGB-Vorsitzende) verwies auf die Möglichkeiten und Potenziale von Beteiligung und Mitbestimmung im Rahmen des modernen Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Über die betriebliche Interessenvertretung hinaus muss heute

Autor



Foto: Stephan Floss Fotografie

Bruno Zwingmann

Geschäftsführer Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit bei der Arbeit (Basi) e. V.
E-Mail: bruno.zwingmann@basi.de

die Beteiligung einzelner Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen auch überbetrieblich vor allem in der Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung genutzt werden.

Technologische Entwicklung und Risikobewältigung: Im Mittelpunkt des Referates von Prof. Dr. Ortwin Renn (Universität Stuttgart) stand die Bedeutung einer systematischen Risikobewertung durch den Arbeitsschutz in Bezug auf verschiedene neue Technologien. Nur so ist zu vermeiden, dass wir uns „vor dem Falschen“ fürchten. Eine Risikobewertung stellt auch einen Wettbewerbsvorteil dar.

„Der Wandel der Arbeit benötigt neue Konzepte der Prävention und erschließt gleichzeitig neue technische und gestalterische Möglichkeiten.“

Demografie und Vielfalt in der Arbeitswelt: Prof. Dr. Jutta Rump (FH Ludwigs-hafen) machte deutlich, dass die Beschäftigtenstruktur immer vielfältiger und ihre Gestaltung zu einer entscheidenden Managementaufgabe wird. Sie umfasst gleichermaßen die Bereiche Kompetenzen/Qualifikation, Gesundheit/Wohlbefinden wie auch Identifikation/Motivation und zu Ende gedacht eine Individualisierung von Prävention, Arbeitsgestaltung und Personalpolitik.

Schwerpunktt Themen des A+A Kongresses

Publikumsrenner unter den Kongressveranstaltungen war auch 2015 wieder das Thema Stress und psychische Belastungen unter anderem mit den Schwerpunkten Gefährdungsbeurteilung und betriebliche Praxis sowie europäischer Vergleich von Präventionsansätzen.

Klassische Themen wie die Arbeitsstättenverordnung, Brandschutz, aber auch Gefahrstoffe, Stäube, Betriebs- und Maschinensicherheit, Ladungs- und Baustellensicherheit sowie Persönliche Schutzausrüstungen sorgten für volle Säle.

Dies gilt ebenfalls für die Veranstaltungen im Zusammenhang der Digitalisie-

rungsdebatte – zum Beispiel über Büroarbeit 4.0, neue Ergonomie-Konzepte in Unternehmen, Industrie 4.0 und Arbeitsassistenzsysteme, Montagearbeit sowie Arbeitszeit und Entgrenzung.

Gesundheitsthemen mit Veranstaltungen wie die Statuskonferenz Betriebliche Gesundheitsförderung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Präventionsgesetz, Suchtprävention, Muskel-Skelett-Belastungen, Berufskrankheiten und arbeitsmedizinische Vorsorge haben sich fest im Spektrum der A+A etabliert.

Wichtige neue Themen des A+A-Kongresses 2015 waren vor allem Präventionskultur, Risikobeobachtung, Nachhaltigkeit in der Lieferkette wie auch Prävention und Inklusion.

Besondere Veranstaltungen für betriebliche Akteurinnen und Akteure waren der Tag der Sicherheitsbeauftragten, der Tag der Betriebs- und Personalräte, der Unternehmertag und erstmals ein Führungskräfte-treffen Öffentlicher Dienst.

Die internationalen Veranstaltungen waren mit einem Zuwachs gegenüber 2013 sehr gut besucht. Themen der Konferenz der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) und der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (ISSA) waren Präventionskultur weltweit, Gesundheitsförderung und Wohlbefinden, Vision Zero sowie besonders gefährdete Beschäftigtengruppen. Der Koreanisch-Deutsche Arbeitsschutzdialog zu neuen Risiken stand im Mittelpunkt der Partnerlandaktivitäten der A+A 2015 mit der Republik Korea (Südkorea).

Ausblick

Die Situation und Perspektiven der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes stellen sich im Spiegel der Hauptveranstaltung sehr positiv dar. Die politische und wirtschaftliche Bedeutung wächst – und dies auch in internationaler Dimension. Der Wandel der Arbeit benötigt neue Konzepte der Prävention und erschließt gleichzeitig neue technische und gestalterische Möglichkeiten.

Die nächste A+A findet vom 17. bis zum 20. Oktober 2017 statt. Partnerland ist Großbritannien. ●

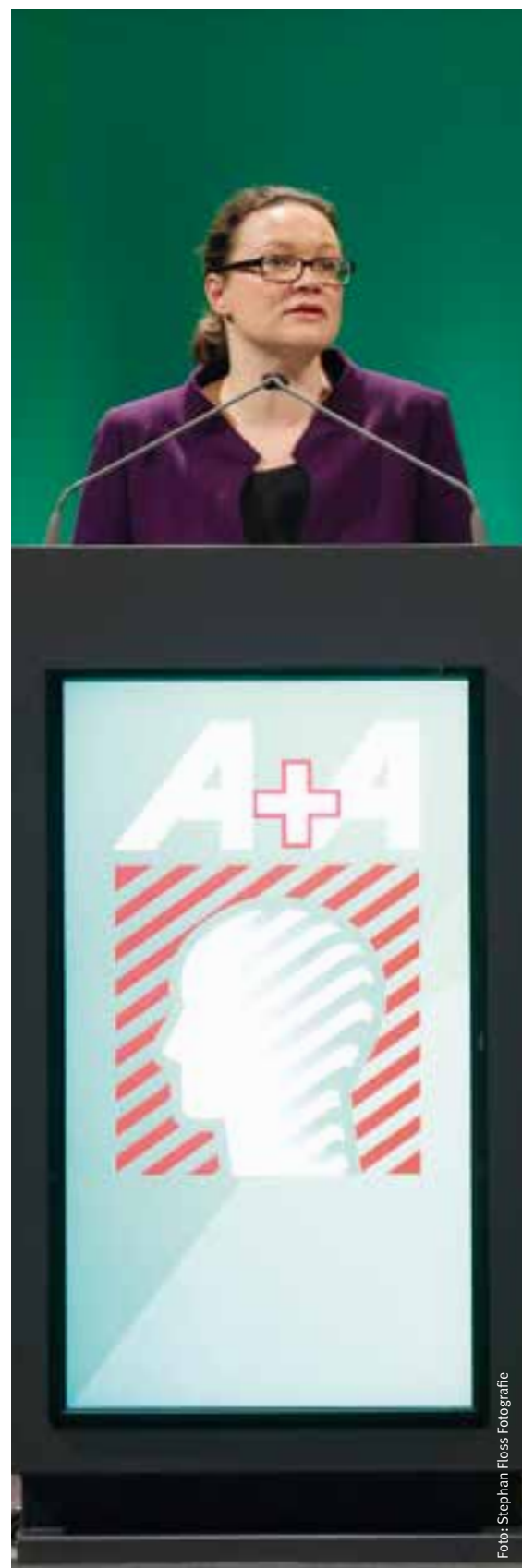


Foto: Stephan Floss Fotografie

„Prävention und gute Arbeit sind kein ‚nationaler Luxus‘, sondern müssen weltweit vorangetrieben werden“, so Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles bei der Eröffnung der A+A.

Arbeiten unter der Sonne

Schutz vor den Schattenseiten

Sonne fördert die Bildung des wichtigen Provitamins D3 und hält uns gesund. Sonnenstrahlung hat aber auch Schattenseiten. Nicht erst seit der Aufnahme von „Hellem Hautkrebs“ in die Liste der Berufskrankheiten ist die Verringerung arbeitsbedingter solarer UV-Belastung ein Thema in der Präventionsarbeit der gesetzlichen Unfallversicherung. Denn sowohl durch einmalige hohe Belastung als auch durch langfristige Exposition können akute sowie chronische Hautschäden auftreten.

Die neue Berufskrankheit

Seit dem 1. Januar 2015 können das Plattenepithelkarzinom sowie dessen Vorstufen, die aktinischen Keratosen, als Berufskrankheit Nummer 5103 anerkannt werden. Studien haben gezeigt, dass bestimmte Personengruppen durch die arbeitsbedingte Sonnenexposition häufiger an Hellem Hautkrebs erkranken als die übrige Bevölkerung. Dieser Nachweis ist eine grundsätzliche Voraussetzung für die Aufnahme als eine neue Berufskrankheit.

Im konkreten Einzelfall ist die Anerkennung als Berufskrankheit möglich, wenn nachgewiesen werden kann, dass der oder die Beschäftigte während der Arbeit in besonderem Maße (die Feststellung wird zukünftig durch die Ergebnisse der zurzeit laufenden Messungen erleichtert) natürlicher UV-Strahlung ausgesetzt und die erkrankte Körperstelle tatsächlich sonnenexponiert war. Potenziell betroffen sind Menschen, die viel im Freien arbeiten, zum Beispiel auf Baustellen, in Bäderbetrieben, im Garten- und Landschaftsbau oder auf See.

Der Risikofaktor „Sonne“ spielte bisher bei den Gefährdungsbeurteilungen eine nicht so prägnante Rolle. Mit der Einfüh-

rung der Berufskrankheit ist aber deutlich geworden, dass bei einer möglichen Gefährdung durch die Sonne immer eine konkrete Beurteilung notwendig ist. Dabei spielt die Sensibilisierung von Beschäftigten, Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern für die möglichen Gefährdungen eine zentrale Rolle, aber auch konkrete, praxisnahe Hilfsangebote für die betriebliche Prävention sind ein Muss. In beiden Punkten ist die gesetzliche Unfallversicherung in besonderem Maße gefordert.

„Der Risikofaktor ‚Sonne‘ spielte bisher bei den Gefährdungsbeurteilungen eine nicht so prägnante Rolle. Das ändert sich jetzt.“

Für den Schutz gegenüber natürlicher UV-Strahlung bestehen bisher keine gesetzlichen Regelungen oder Grenzwerte. Um das Thema und seine Relevanz für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit ins Bewusstsein aller Betroffenen zu rücken, entsteht zurzeit die neue DGUV Information „Arbeiten unter der Sonne“, die voraussichtlich im Frühjahr 2016 erscheinen wird. Sie fasst alle wichtigen Aspekte solarer Exposition bei der Arbeit im Freien zu-

sammen, informiert umfassend und sensibilisiert für die Gefährdungen. Unternehmen sollen von der Notwendigkeit geeigneter Präventionsmaßnahmen überzeugt werden und diese systematisch in die betrieblichen Strukturen und Managementprozesse integrieren. Das setzt zweierlei voraus: Zum einen bedarf es der Beurteilung der Arbeitsbedingungen durch den Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung. Zum anderen benötigt man konkrete Hinweise auf geeignete Schutzmaßnahmen.

Schutzmaßnahmen

Die Rangfolge der Schutzmaßnahmen gegen solare UV-Strahlung folgt der klassischen TOP-Hierarchie: Technische (T) Maßnahmen haben Vorrang vor organisatorischen (O) und persönlichen (P).

Grundsätzlich sind zunächst solche Maßnahmen zu treffen, die eine Sonnenbestrahlung vermeiden. Dazu zählen technische Lösungen, wie Abschattung in Form von Überdachungen, Abdeckungen, Sonnenschirmen und -segeln (zum Beispiel Kassenhäuser auf Parkplätzen oder Sonnenschirme im Freibad). Unterstellmöglichkeiten gewährleisten Schatten auch in Pausenzeiten.

Autoren



Foto: DGUV

Gerald Wanka

Leiter des Referates „Gesundheitsschutz“ der DGUV
E-Mail: gerald.wanka@dguv.de



Foto: DGUV

Dr. Marc Wittlich

Leiter des Referates „Strahlung“ Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: marc.wittlich@dguv.de

Daneben besteht die Möglichkeit, Expositionszeiten über arbeitsorganisatorische Schritte so gering wie möglich zu halten: Beispielhaft zu nennen ist die Verlagerung von Tätigkeiten in geschlossene Räume (Werkstatt), in schattige Umgebung (Sonnensegel) oder die Anpassung der Arbeit, aber auch der Pausen an die Zeiten der besonders intensiven Sonneneinstrahlung. Speziell in der Mittagszeit sollten Tätigkeiten, wo es betrieblich möglich ist und die Umstände es zulassen, eingeschränkt oder vermieden werden. Tätigkeitswechsel ermöglichen außerdem die gleichmäßige Verteilung der Belastung auf die Beschäftigten. Zusätzlich kann für die Zeiten der höchsten Belastung ein Verzicht auf Überstunden in einer Betriebsvereinbarung festgehalten werden. Zu den organisatorischen Schutzmaßnahmen zählen auch die regelmäßige Unterweisung der Beschäftigten über Gefahren der Sonnenstrahlung sowie Informationen zu vorbeugenden Maßnahmen.



Abbildung 1: Bauarbeiter mit Sonnenschutz

Sind technische und organisatorische Maßnahmen nicht ausreichend, muss persönlicher Schutz (Abbildung 1) greifen. Dazu zählen vor allem geeignete Kleidung und Kopfbedeckung: Das konsequente Tragen körperbedeckender Arbeitskleidung aus dicht gewebten Baumwollmaterialien – Arbeitshose, Baumwollhemd, geschlossene Schuhe – sollte ebenso selbstverständlich werden wie das Benutzen einer Kopfbedeckung und eines Augenschutzes. Beim Einsatz von Bauhelmen eignet sich ein leichtes Tuch unter dem Helm als Nacken- beziehungsweise Ohrenschutz. Ansonsten ist eine Kopfbedeckung mit breiter Krempe und Nackenschutz sinnvoll.

Eine Sonnenschutzbrille (UV-Schutz) nach EN 166 und EN 172 mit seitlicher Abschirmung, die auch für den Straßenverkehr geeignet ist, wird für den Augenschutz empfohlen; dabei sind tätigkeitsbezogene weitere Anforderungen an den Augenschutz zu beachten, zum Beispiel der Splitterschutz. Für alle nicht anders zu schützenden Körperteile wie Gesicht und Hände sollte Sonnenschutzmittel mit dem Lichtschutzfaktor 30 bis 50 verwendet werden. Zu berücksichtigen ist aber auch, dass etwa durch Arbeiten mit Wasser oder mechanische Einwirkung der Schutz verringert sein kann. Die dargestellten Möglichkeiten zur Reduzie-

rung der Belastung durch natürliche UV-Strahlung gelten für arbeitsbedingte Expositionen. Sie eignen sich natürlich ebenso für den Freizeitbereich.

Beruf versus Freizeit

Die versicherungsrechtlich relevante Abgrenzung zu Belastungen durch Sonnenstrahlung in der Freizeit ist ein weiterer Aspekt der neuen Berufskrankheit, der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen vor eine besondere Herausforderung stellt. Um noch genauere Aussagen zur Überprüfung und Bestätigung der relevanten Abgrenzungskriterien treffen zu können, werden von der DGUV Forschungsvorhaben unterstützt.

„Die versicherungsrechtlich relevante Abgrenzung der Belastung durch Sonneneinstrahlung in der Freizeit ist eine große Herausforderung.“

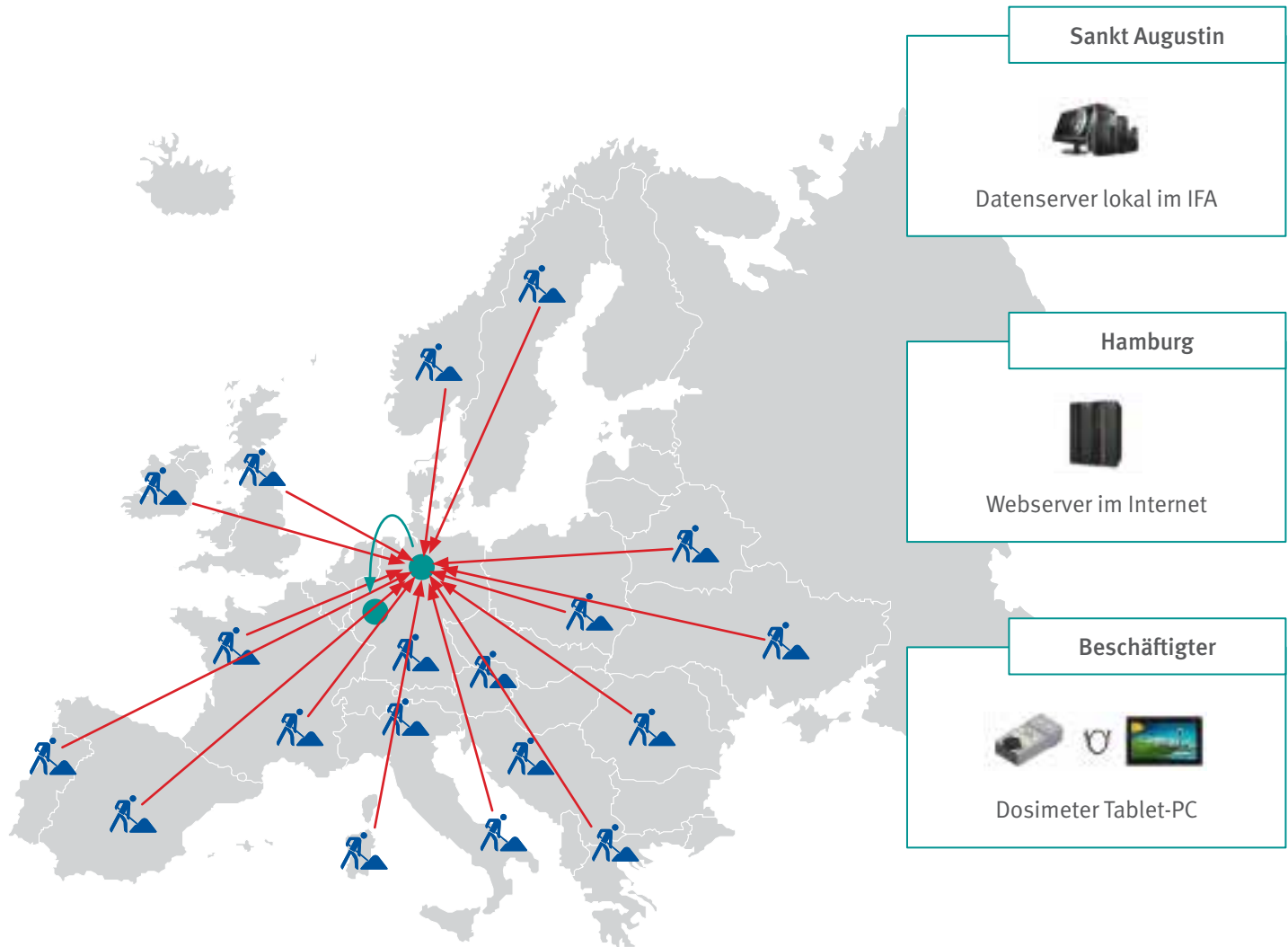
Hierzu zählt das Forschungsprojekt „FF-FB 181“ (zu finden unter www.dguv.de, Webcode dp71701), bei dem unter anderem die von der Unfallversicherung erarbeiteten Instrumente zur Bearbeitung im Berufskrankheitenverfahren zum Einsatz

kommen („Wittlich’sche Formel“) und weitere Validierung erfahren. Das Projekt wird Ende des ersten Quartals 2016 abgeschlossen und durch einen entsprechenden Abschlussbericht publiziert. Hieraus lassen sich dann weitere Erkenntnisse über Berufskrankheiten- und präventionsrelevante Fragestellungen ableiten.

Messung der Exposition von Beschäftigten

Die DGUV geht in Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern insbesondere der Frage nach, wie Beruf und Tätigkeit mit Exposition gegenüber solarer UV-Strahlung verknüpft sind. Natürlich sind die stets viel zitierten Berufe in Bauwirtschaft und Landwirtschaft diejenigen Arbeitsplätze, die man mit besonderer Exposition verbindet. Jedoch auch hier fehlt das Wissen hinsichtlich der eigentlichen Bestrahlung („Dosis“), und dies ist auch mit Blick auf andere Berufsgruppen noch nicht vorhanden.

Mit „GENESIS-UV“ (GENERation and EXtraction System for Individual expoSure) hat das Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) ein System entwickelt, mit dem die Exposition gegenüber UV-Strahlung während der beruflichen Tätigkeiten an der Person dosimetrisch erfasst werden kann.



Quelle: Dr. Marc Wittlich

Abbildung 2: Funktionsprinzip von GENESIS-UV

Das Funktionsprinzip von GENESIS-UV ist dabei verlässlich, einfach und stellt sicher, dass die Probanden nicht durch unnötige Technik während des siebenmonatigen Tragens übermäßig gestört werden (siehe auch Abbildung 2). Jeder und jede erhält eine Einheit des GENESIS-UV-Systems, das im Wesentlichen aus einem elektronischen Datenlogger-Dosimeter und einem Tablet-PC besteht. Das System ist so programmiert, dass es automatisch Daten während der relevanten Stunden am Tag aufnimmt, standardmäßig von 7:30 bis 17:30 Uhr. Am Ende einer Arbeitswoche muss die Testperson das Dosimeter an den Tablet-PC anschließen und ihr Passwort eingeben. Alles Weitere passiert dann automatisch: Auslesen der Daten aus dem Dosimeter, Laden des Dosimeters und der Datentransfer via Internetverbindung oder UMTS-Verbindung an

einen zentralen Datenbankserver. Dort werden die Daten dann gespeichert und weiter an einen Server direkt im IFA gesendet. So erhält man wochenaktuelle Messwerte aus allen Regionen Deutschlands und kann nach Sichtung der Daten direkt technische Fehler erkennen. Ist am Wohn- oder Einsatzort des Probanden oder der Probandin kein Internetzugang oder keine UMTS-Verbindung möglich, dann sind die Daten keinesfalls verloren: Sie werden ohnehin auf dem Tablet-PC als Sicherungskopie gespeichert. Damit ist auch ein autonomer Betrieb der einzelnen Einheiten möglich.

In den Jahren 2014 und 2015 wurden insgesamt 600 Probanden und Probandinnen mit Einheiten des GENESIS-UV-Messsystems ausgestattet. Jeder Proband oder jede Probandin hat das Dosimeter in der

Zeit vom 1. April bis zum 31. Oktober arbeitstäglich getragen (siehe auch Abbildung 3). Die Probandenauswahl erfolgte dabei durch die am Projekt beteiligten Unfallversicherungsträger, mit deren Hilfe

„Ein Präventionskonzept muss alle Aspekte der Exposition gegenüber solarer UV-Strahlung umfassen.“

Berufe und Tätigkeiten identifiziert wurden, die mutmaßlich mit hoher Exposition in Verbindung stehen. Zudem wurden Berufsgruppen ausgewählt, bei denen mit einer hohen Zahl an Berufskrankheiten-Anzeigen zu rechnen ist oder für die noch keinerlei Erfahrung zum Aufenthalt im Freien vorlag. Insgesamt kamen dabei bis-

lang etwa 100 Berufe und entsprechende berufliche Tätigkeiten zusammen. Als Kontrollgruppe wurden Erzieher und Erzieherinnen in Kindergärten und Kindertagesstätten gewählt.

Ziele der Messungen

Bislang konnten 2.500.000.000 Datensätze aufgenommen werden, die 700.000 Arbeitsstunden und 70.000 Arbeitstagen entsprechen. Nach einer sorgfältigen Analyse sollen den Daten zunächst die beruflichen Tätigkeiten zugeordnet werden, welche die Probanden und Probandinnen teils in Tagebüchern festgehalten haben. Dementsprechend wird ein neuer GENESIS-CODE entwickelt, der speziell auf die Bedürfnisse bei der Beschreibung von Tätigkeiten im Freien ausgerichtet ist. Damit wird es möglich, den Berufsbildern oder auch einzelnen Tätigkeiten explizite Werte der Bestrahlung zuzuordnen. Entsprechend stehen den Unfallversicherungsträgern für Prävention und Berufskrankheiten gleichermaßen konkrete Messwerte zur Verfügung, mit denen die Gefährdungsbeurteilung auf der einen Seite und die Beurteilung in Berufskrankheiten-Verfahren auf der anderen Seite durchgeführt werden können.

Neben den Messungen der UV-Bestrahlung werden durch das Dosimeter aber auch Daten erhoben, die gegebenenfalls Rückschlüsse auf die Lage des Dosimeters im Raum zulassen. Hierzu sind ein Beschleunigungssensor und ein Kompass im

Dosimeter verbaut, die zu jedem Datenpunkt der UV-Bestrahlung eigene Werte liefern. Damit ist man in der Lage, deutlich differenziertere Aussagen über die Exposition von Beschäftigten zu machen als „nur“ die UV-Bestrahlung allein festzustellen. In Verbindung mit Daten zur Globalstrahlung kann abgeleitet werden, welcher Anteil der überhaupt an einem bestimmten Tag und bestimmten Ort vorhanden, das heißt durch das Wetter auf der Erdoberfläche ankommenden Strahlung von den Testpersonen bei beruflichen Tätigkeiten aufgenommen wurde. Dazu werden meteorologische Daten in Beziehung gesetzt, die den Wettereinfluss durch Wolken berücksichtigen können. Hierzu ist ein Forschungsprojekt im IFA im Gange.

Kennt man zu jedem an der Person gemessenen UV-Expositionsgrenzwert Globalstrahlung, meteorologische Einflüsse, Lage und Ausrichtung, dann wird die Differenz zwischen dem UV-Expositionswert und der Globalstrahlung im Wesentlichen nur noch durch Verschattung oder Aufenthalt im Inneren von Gebäuden oder Fahrzeugen dominiert. Durch ein solch detailliertes Bild der Exposition ist es auch möglich, den Anteil der Arbeitszeit im Freien für jede Tätigkeit oder jeden Beruf abzuleiten und konkret anzugeben. Dies ist sowohl für die zu treffenden Präventionsmaßnahmen als auch für die Ermittlung und Beurteilung im Berufskrankheiten-Geschehen von großer Bedeutung.

Auf dem Weg zu präventiven Maßnahmen beim Sonnenschutz

Belastbare Daten sind die Basis und das Rückgrat eines Präventionskonzeptes. Sie erlauben es, gefährdende Tätigkeiten zu identifizieren. Damit ist es möglich, direkt aus Messungen die Gefährdungsbeurteilung für Arbeitsplätze mit Anteilen im Freien zu unterstützen und entsprechende Schutzmaßnahmen nach dem „TOP“-Prinzip abzuleiten. Die aus den Messungen mit GENESIS-UV gewonnenen Erkenntnisse lassen es gegebenenfalls zu, Schutzkonzepte in Abstufung je nach Gefährdung zu erarbeiten. Hier steht die Auswertung aber noch bevor.

Von entscheidender Bedeutung wird es sein, ein umfassendes Präventionskonzept zu erarbeiten, das alle Aspekte hinsichtlich Exposition gegenüber solarer UV-Strahlung umfasst. Unfallversicherungsträger, Unternehmen und Beschäftigte sollen gleichermaßen mit Hilfsmitteln ausgestattet werden, um kurz- wie langfristige Schäden zu vermeiden und einen sicheren Umgang mit solarer Exposition zu ermöglichen. ●

! Weiterführende Informationen zum Thema „Sonnenschutz“ unter: www.dguv.de, Webcode d1073124



Abbildung 3: Probanden bei GENESIS-UV. Links ein Garten-Landschaftsbauer, rechts zwei Bauarbeiter.

Hautkrebserkrankungen

Minderung der Erwerbsfähigkeit bei den BK-Nummern 5102, 1108 und 2402

Das „Bamberger Merkblatt“, zukünftig die „Bamberger Empfehlung“, enthält Empfehlungen für die Begutachtung von Berufskrankheiten der Haut.

Die „Bamberger Empfehlung“ wird zurzeit in einem interdisziplinär besetzten Arbeitskreis gemeinsam von Ärztinnen und Ärzten sowie Unfallversicherungsträgern auf Konsensbasis überarbeitet.

Ein wichtiger Anlass für die Überarbeitung war die sich bereits früh abzeichnende Aufnahme einer neuen Berufskrankheit (BK) Nummer 5103 „Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“. Für die zum 1. Januar 2015 eingeführte und zwischenzeitlich stark gemeldete Berufskrankheit waren einheitliche Kriterien für die Begutachtung und für die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) zu entwickeln. Der Entwurf einer neuen MdE-Tabelle wurde unter den ärztlichen Sachverständigen im Jahr 2014 konsentiert und nach Einführung der Berufskrankheit mit einer Publikation in der Zeitschrift *Dermatologie in Beruf und Umwelt* (DBU), Jahrgang 63, Nr. 1/2015, S. 3–7 zur Diskussion gestellt und zur sofortigen Anwendung empfohlen.

Neue Sichtweise bei Krankheitsaktivität

Beim Erarbeiten der MdE-Tabelle bestand Einvernehmen, dass sich die MdE-Einschätzung im Wesentlichen am Krankheitsbild und an der Tumoraktivität orientieren muss, da nur die sich aus beiden Kriterien ergebenden Beeinträchtigungen die für die MdE-Bewertung relevanten

Auswirkungen auf die (verschlossenen) Arbeitsmöglichkeiten in geeigneter Weise widerspiegeln. Der Tabelle liegt die Überlegung zugrunde, dass bei idealtypischem Verlauf (Entstehen der Erkrankung, erstmaliger Arztbesuch, BK-Anzeige, Begutachtung) das dann (erstmalig) vorgefundene Krankheitsbild keine Aussage zum weiteren Krankheitsverlauf beziehungsweise zur Krankheitsaktivität zulässt und daher auch keine Prognose der Krankheitsaktivität abgegeben werden kann.

Dieses Grundverständnis stellt im Vergleich zu den zurzeit im Bamberger Merkblatt enthaltenen Empfehlungen zur MdE-Bemessung bei Hautkrebserkrankungen eine neue, eine andere Sichtweise dar. Denn bisher wurde das erstmalige Auftreten einer Krebserkrankung immer mit einer hohen Krankheitsaktivität gleichgesetzt. Dieser Ansatz wurde von den ärztlichen Sachverständigen zunehmend kritisch gesehen und mit Entwicklung der neuen MdE-Tabelle zur BK-Nummer 5103 endgültig aufgegeben. Ein wichtiges Argument für diese Entscheidung war, dass der epitheliale Hautkrebs gut behandelbar ist und nach erstmaligem Auftreten in der Regel keine nennenswerten und damit MdE-relevanten Funktionseinschränkungen verbleiben. Ausgenommen hiervon bleiben natürlich besondere Umstände, zum Beispiel ein kosmetisch entstellendes OP-Ergebnis oder eine Metastasierung.

Künftig zwei MdE-Tabellen zum Hautkrebs

In der letzten Beratung des Arbeitskreises am 24. November 2015 haben sich die ärztlichen Sachverständigen einvernehmlich dafür ausgesprochen, die zur neuen BK-Nummer 5103 („UV-Hautkrebs“) entwickelten Grundsätze auf die Hautkrebserkrankungen der BK-Nummern 5102 (etwa Teer, Pech, Ruß, Rohparaffin), 1108 (Arsen) und 2402 (ionisierende Strahlung) zu übertragen. Nach ausführlicher Diskussion soll die neue Bamberger Empfehlung zukünftig zwei MdE-Tabellen zum Hautkrebs enthalten. Damit wird zum einen in der Genese der Erkrankungen unterschieden zwischen primär systemischen Einwirkungen (BK-Nummern 5102, 1108, 2402) und den UV-bedingten Erkrankungen. Zum anderen soll dies auch zum besseren Verständnis der jeweils anererkennungsfähigen Hautkrebsentitäten führen.

Die mit diesem Artikel vorgestellte Tabelle fasst die in Betracht kommenden Formen von Keratosen (Teer-, Arsen- und Röntgenkeratosen) unter dem Begriff „Carcinomata in situ“ zusammen. Deren Krankheitsaktivität ist identisch mit der Krankheitsaktivität der aktinischen Keratosen und dem Morbus Bowen bei der BK-Nummer 5103. Übernommen wurde auch die Krankheitsaktivität für Plattenepithelkarzinome (einschließlich der Bowenkarzinome).

Autoren

Prof. Dr. Thomas L. Diepgen

Institut für Klinische Sozialmedizin,
Universitätsklinikum Heidelberg
E-Mail: thomas.diepgen@
med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. Hans Drexler

Institut und Poliklinik für Arbeits-,
Sozial- und Umweltmedizin, Friedrich
Alexander Universität Erlangen-Nürnberg
E-Mail: hans.drexler@
ipasum.uni-erlangen.de

Steffen Krohn

Referent im Referat „Berufskrankheiten“
der DGUV
E-Mail: steffen.krohn@dguv.de

MdE-Tabelle zum Hautkrebs

Bei den BK-Nrn. 5102,1108 und 2402 können Plattenepithelkarzinome (PEK) und ihre Vorstufen sowie Basalzellkarzinome (BZK) anerkannt werden. Im Gegensatz zur BK-Nr. 5103 sind diese Hauttumoren durch systemische Einwirkungen bedingt, daher können auch Hauttumoren anerkannt werden, die auch außerhalb der direkt beruflich exponierten Körperstellen aufgetreten sind.

Tumor	Krankheitsaktivität/-intensität		
	keine/gering	mittelgradig	hochgradig
Carcinomata in situ (ohne BZK und/oder PEK)	0*	0*	10
Plattenepithelkarzinom(e) (PEK) und oder Basalzellkarzinom(e) (BZK) (und ggf. Carcinomata in situ)	0*	10	≥ 20

*Dabei werden alle MdE-Grade unterhalb von 10 % als nicht messbar mit „0“ angegeben.

Erläuterungen zur Krankheitsaktivität

Krankheitsaktivität bei Carcinomata in situ (ohne Basalzellkarzinom(e) und/oder Plattenepithelkarzinom(e)):

keine/gering:	Neuaufreten von weniger als 6 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten
mittelgradig:	Neuaufreten von 6 bis 20 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten
hochgradig:	Neuaufreten von über 20 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten

Krankheitsaktivität bei Plattenepithelkarzinom(en) und/oder Basalzellkarzinom(en) und auch weiteren Carcinomata in situ:

keine/gering:	<ul style="list-style-type: none"> • Zustand nach Behandlung eines oder mehrerer Plattenepithelkarzinome bzw. eines oder mehrerer Basalzellkarzinome und • Keine Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms innerhalb von 4 Jahren bzw. keine Neubildung eines weiteren Basalzellkarzinoms innerhalb von 2 Jahren und • Regelmäßige dermatologische Kontrollen ohne Behandlung
mittelgradig:	<ul style="list-style-type: none"> • Zustand nach Behandlung eines oder mehrerer Plattenepithelkarzinome bzw. eines oder mehrerer Basalzellkarzinome und • Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms innerhalb von 2 bis 4 Jahren bzw. Neubildung eines weiteren Basalzellkarzinoms innerhalb von 2 Jahren oder • Regelmäßige dermatologische Behandlung in Zeitabständen von < 6 Monaten
hochgradig:	<ul style="list-style-type: none"> • Zustand nach Behandlung eines oder mehrerer Plattenepithelkarzinome bzw. eines oder mehrerer Basalzellkarzinome und • Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms innerhalb von 2 Jahren bzw. mehrerer Basalzellkarzinome innerhalb von 2 Jahren oder • Regelmäßige dermatologische Behandlung in Zeitabständen von < 3 Monaten

Quelle: DGUV

MdE-Tabelle zum Hautkrebs

Neu zu definieren waren Basalzellkarzinome. Denn diese sind nicht von der Tabelle zur BK-Nummer 5103 erfasst, da sie – zumindest aus heutiger Sicht – nicht als Folge einer arbeitsbedingten Sonnenexposition anerkannt werden können. Die Basalzellkarzinome sind nach Ansicht der ärztlichen Sachverständigen im Vergleich zu Plattenepithelkarzinomen im Regelfall weniger schwer und führen daher zu weniger Funktionseinschränkungen. Für eine mit dem Plattenepithelkarzinom vergleichbare Krankheitsaktivität

müssen sie daher in jeweils kürzeren Abständen beziehungsweise in größerer Zahl auftreten (siehe Tabelle).

Die Änderung einer MdE wird jeweils wirksam zum beziehungsweise ab dem Zeitpunkt des Auftretens einer weiteren Neubildung.

Unter dermatologischer Behandlung ist ein medizinischer Eingriff im Sinne einer leitliniengerechten Behandlung zu verstehen, nicht aber Untersuchungen im

Rahmen der Nachsorge bei Hautkrebserkrankungen.

Die überarbeitete Tabelle soll ab sofort angewendet werden. Bei bereits anerkannten Berufskrankheiten (Bestandsfälle) kann die neue Tabelle zu abweichenden MdE-Bewertungen führen. Die rechtliche Beurteilung insbesondere eines gegebenenfalls bestehenden Vertrauensschutzes obliegt dann dem für die Entschädigung zuständigen Unfallversicherungsträger. •



Gärtner arbeiten viel im Freien. Damit sind natürlicher UV-Strahlung ausgesetzt und gefährdet, an Hautkrebs zu erkranken.

Hautkrebs durch UV-Strahlung als Berufskrankheit

Die Situation in Europa 2015

Die Aufnahme von Hellem Hautkrebs in die Liste der Berufskrankheiten stellt die gesetzliche Unfallversicherung vor Herausforderungen. Die Erfahrungen anderer europäischer Länder können hilfreich sein. Eine Befragung zeigt, dass in einigen Ländern Hautkrebs durch solare UV-Strahlung bereits als Berufskrankheit anerkannt werden kann, die betriebliche Prävention steckt vielerorts jedoch noch in den Kinderschuhen.

Wer Europa auf einer Weltkarte sucht, findet es zwischen dem 36. und dem 71. Grad nördlicher Breite. Die Sonneneinstrahlung zwischen dem nördlichsten Punkt des Kontinents bei Nordkinn in Norwegen und seinem südlichsten Punkt bei Tarifa in Spanien unterscheidet sich erheblich. Hat dieser Unterschied auch Auswirkungen auf den Umgang mit durch

solare UV-Strahlung bedingtem Hautkrebs bei Outdoor-Beschäftigten?

Dieser Frage ist die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) in einer Befragung der Mitglieder des „Europäischen Forums der Versicherungen gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten“ nachgegangen. Ziel der Befragung war

es, Informationen über die in anderen europäischen Mitgliedstaaten vorhandenen Erkenntnisse zum arbeitsbedingt durch UV-Strahlung verursachten Hautkrebs zu sammeln.¹ Hintergrund der Befragung ist die Aufnahme von Hautkrebs² durch natürliche UV-Strahlung in die Berufskrankheitenliste³ im Januar 2015.

An der Abfrage nahmen neben Deutschland zehn weitere Mitgliedstaaten teil (Belgien, Dänemark, Frankreich, Litauen, Luxemburg, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz und Spanien). Der Fragenkatalog umfasste insgesamt neun Fragen. Sie bezogen sich auf die generelle Anerkennungsmöglichkeit als Berufskrankheit,

Autor und Autorin

Steffen Krohn

Referent im Referat
„Berufskrankheiten“ der DGUV
E-Mail: steffen.krohn@dguv.de

Patricia Gellhaus

Referentin im Referat
„Berufskrankheiten“ der DGUV
E-Mail: patricia.gellhaus@dguv.de

die Anerkennungs Voraussetzungen im Einzelnen, die Forschungsaktivitäten zum Thema Hautkrebs durch UV-Strahlung sowie die betrieblichen Präventionsmaßnahmen und die medizinische Versorgung.

Anerkennung als Berufskrankheit

Hautkrebserkrankungen durch UV-Strahlung können in allen Ländern grundsätzlich als Berufskrankheit anerkannt werden, mit Ausnahme von Österreich und Polen.

Eine Anerkennung als sogenannte „Listen-Berufskrankheit“ ist nur in Deutschland sowie in Dänemark und in der Schweiz möglich. In Belgien läuft derzeit ein entsprechendes Gesetzgebungsverfahren, Litauen wartet die Beratungen in der Europäischen Kommission zur Europäischen Liste ab. Eine Anerkennungsmöglichkeit außerhalb des Berufskrankheiten-Listensystems besteht in Frankreich und Luxemburg im Rahmen eines Komplementsystems. In Schweden existiert keine Berufskrankheitenliste, sodass eine Anerkennung von Erkrankungen und damit auch von Hautkrebserkrankungen durch natürliche, aber auch durch künstliche UV-Strahlung grundsätzlich möglich ist. Hautkrebserkrankungen durch künstliche UV-Strahlung können in allen befragten Ländern⁴ außer in Deutschland als Berufskrankheit anerkannt werden. Bei Anerkennungen handelt es sich dann meist um Einzelfallentscheidungen im Rahmen von Ergänzungsklauseln. Nur in der Schweiz ist eine Anerkennung von Hautkrebserkrankungen durch künstliche UV-Strahlung auch als Listen-Berufskrankheit möglich.

Anerkennungs Voraussetzungen

Die Voraussetzungen für eine Anerkennung als Listen-Berufskrankheit sind in den befragten Staaten unterschiedlich.

In Deutschland werden vom Tatbestand der Berufskrankheiten-Nummer 5103 nur die Plattenepithelkarzinome und die multiplen aktinischen Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung umfasst. Multipel sind aktinische Keratosen, wenn mehr als fünf aktinische Keratosen innerhalb eines Jahres aufgetreten sind oder eine Feldkanzerisierung von mindestens 4 cm² besteht. Versicherungsrechtlich ist der Morbus Bowen den aktinischen Keratosen gleichgestellt. Auch in

Belgien soll die Anerkennung von aktinischen Keratosen erst dann möglich sein, wenn sie multipel aufgetreten sind. In Dänemark und in der Schweiz können aktinische Keratosen und Plattenepithelkarzinome als Berufskrankheit anerkannt werden.

Andere Hautkrebsarten wie zum Beispiel die häufig vorkommenden Basalzellkarzinome sowie das maligne Melanom werden in Deutschland nicht von der neuen Berufskrankheit BK-Nummer 5103 erfasst. Für eine Aufnahme in die deutsche Berufskrankheitenliste liegen derzeit noch keine ausreichend gesicherten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse vor, die ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhtes Erkrankungsrisiko belegen können. In Dänemark wurden hingegen auch die Melanome in die Berufskrankheitenliste aufgenommen. In der Schweiz ist nur ein Subtyp des malignen Melanoms, das Lentigo maligna Melanom, anerkennungsfähig.

Die Hautkrebserkrankungen müssen auf die arbeitsbedingte Einwirkung (natürliche UV-Strahlung) zurückzuführen sein. Für die Annahme einer arbeitsbedingten Verursachung gibt es in den Ländern unterschiedliche Kriterien. In Deutschland wird gefordert, dass zusätzlich zur außerberuflichen Sonnenexposition eine arbeitsbedingte UV-Belastung von 40 Prozent vorgelegen hat. Dieser Zuschlag von 40 Prozent wird auf der Basis der außerberuflichen Lebenszeitbestrahlung (Alter x 130 SED) berechnet und bezieht sich nicht auf die Gesamtlebenszeitdosis. Ein solcher Zuschlag wird auch in Dänemark und der Schweiz gefordert. In Dänemark sind von dieser Regel auch Basalzellkarzinome erfasst. Die in Dänemark ebenfalls anerkennungsfähigen Melanome müssen auf eine periodische UV-Strahlung oder starke Sonnenbrände (ähnlich der Verbrennungsstufe 1) zurückzuführen sein.

Der Gesetzentwurf in Belgien wird als zusätzliches Anerkennungskriterium eine Lebenszeitdosis von 20.000 Stunden enthalten, die in einem bestimmten Zeitraum (1. Mai bis 30. September) und einem bestimmten, aufgelisteten Outdoor-Beruf erworben wurden. Luxemburg hingegen verwendet ein Ausschlusskriterium. Einwirkungen von weniger als

240 Stunden pro Jahr können sich danach nicht ursächlich auf die Entstehung von Hautkrebserkrankungen durch UV-Strahlung auswirken.

Anerkennungs Voraussetzungen für Hautkrebserkrankungen durch künstliche UV-Strahlung als Listen-Berufskrankheit sind nur für die Schweiz zu berücksichtigen. Anerkannt werden können die gleichen Hautkrebsentitäten wie bei der Anerkennung von Hautkrebs durch natürliche UV-Strahlung.

Forschungsaktivitäten

Studien zur Exposition und zu Hautkrebserkrankungen durch UV-Strahlung (natürliche und/oder künstliche) werden nur in wenigen Staaten durchgeführt. So zum Beispiel in Spanien, Frankreich, der Schweiz, Schweden und Deutschland.

In Deutschland werden die verschiedenen Forschungsprojekte zum Thema Hautkrebs durch natürliche UV-Strahlung aus dem DGUV-Forschungsfonds gefördert oder direkt von den DGUV-Forschungsinstituten, dem Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) und dem Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der DGUV (IPA), durchgeführt:

- Ermittlung der UV-Strahlenexpositionen von Seeleuten (abgeschlossen)
- Durch UV-Strahlung induzierte bösartige Hauttumore – Erarbeitung und Evaluation von versicherungsrechtlich relevanten Abgrenzungskriterien beruflicher gegenüber nicht beruflicher Verursachung, Teil I (abgeschlossen)
- Durch UV-Strahlung induzierte bösartige Hauttumore – Erarbeitung und Evaluation von versicherungsrechtlich relevanten Abgrenzungskriterien beruflicher gegenüber nicht beruflicher Verursachung. Teil 2: Fall-Kontrollstudie zum Zusammenhang arbeitsbedingter und nicht arbeitsbedingter Exposition gegenüber UV-Strahlung und Hautkrebs bei
 - A) Plattenepithelkarzinomen und
 - B) Basalzellkarzinomen (laufend)
- Messkampagne mit GENESIS-UV-Messsystem: ultraviolette Bestrahlung bei Tätigkeiten im Freien (laufend)
- Durchlässigkeit (Transmission) von Fahrzeugscheiben für UV-Strahlung (laufend)



Bauarbeiter sind natürlicher UV-Strahlung ausgesetzt und damit hautkrebsgefährdet.

Zudem werden oder wurden Projekte zum Thema natürliche UV-Strahlung und Hautkrebs von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) gefördert:

- Projekt 1986 – Untersuchung des Eigenschutzes der Haut gegen solare UV-Strahlung bei Arbeitnehmern im Freien (abgeschlossen)
- Projekt 1777 – Personenbezogene Messung der UV-Exposition von Arbeitnehmern im Freien (abgeschlossen)
- Projekt 1562 – Untersuchungen über Außentätigkeiten unter unmittelbarer Einwirkung von Sonnenstrahlen (abgeschlossen)
- Projekt 2036 – Schutzkomponenten zur Reduzierung solarer UV-Expositionen bei Arbeitnehmern im Freien (abgeschlossen)

Präventionsmaßnahmen

Präventionsmaßnahmen vor künstlicher UV-Strahlung sind in fast allen EU-Staaten durch die Umsetzung der Richtlinie 2006/25/EG (Schutz von Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer vor der Gefährdung

durch physikalische Einwirkungen) gesetzlich geregelt. In Deutschland wurde die Verordnung zum Schutz der Beschäftigten vor Gefährdungen durch künstliche optische Strahlung erlassen. Diese wird konkretisiert durch sogenannte „Technische Regeln zur Arbeitsschutzverordnung zu künstlicher optischer Strahlung (TROS)“.

Für die Exposition gegenüber natürlicher UV-Strahlung existieren in der Regel keine vergleichbaren, spezifischen Regelungen. In Luxemburg hat der Arbeitgeber über alle Arbeitnehmer oder Arbeitnehmerinnen, die mehr als 240 Stunden pro Jahr gegenüber natürlicher Sonnenstrahlung exponiert sind, ein Verzeichnis zu führen. In Schweden bieten Unternehmen ihren durch natürliche UV-Strahlung exponierten Beschäftigten einen medizinischen Check-up an. Die Schweiz informiert durch die Broschüre „Sonnenlicht – Kennen Sie die Risiken?“, Plakate zum Sonnenschutz am Arbeitsplatz und durch Informationen auf ihrer Homepage über die durch UV-Strahlung verbundenen Risiken. Über die deutschen Aktivitäten informiert der Artikel „Arbeiten unter der Sonne – Schutz vor den Schattenseiten“ in dieser Ausgabe.

Fazit

Theoretisch können in vielen der angefragten Länder UV-bedingte Hautkrebskrankungen als Berufskrankheit anerkannt und entschädigt werden oder steht die Aufnahme einer entsprechenden gesetzlichen Regelung bevor. Die konkrete Ausgestaltung der Anerkennung zum Beispiel als Listen-Berufskrankheit oder im Rahmen eines Komplementärsystems ist von der jeweiligen Rechtsordnung abhängig. Handlungsbedarf gibt es in vielen Ländern bei der betrieblichen Prävention, die sich bisher auf Gesundheitsgefahren durch UV-Strahlung aus künstlichen Quellen konzentriert, nicht aber auf das Arbeiten in der Sonne. ●

Fußnoten

- [1] www.europeanforum.org/wg-occupational-diseases-p22
- [2] BK-Nr. 5103 Plattenepithelkarzinome und multiple aktinische Keratosen
- [3] Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung
- [4] Belgien, Dänemark, Frankreich, Luxemburg, Spanien

Qualifizierte Beratung und Betreuung

Reha-Management bei Berufskrankheiten

Nach der erfolgreichen Einführung und Umsetzung eines standardisierten Reha-Managements nach Arbeitsunfällen werden nun auch entsprechende Standards im Bereich der Berufskrankheiten gesetzt. Damit kommt das Qualitätsmerkmal des Reha-Managements der gesetzlichen Unfallversicherung auch bei chronisch Kranken zum Tragen.

Einführung

Bereits seit einigen Jahren wird das Reha-Management nach Arbeitsunfällen erfolgreich von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung eingesetzt.¹ Dementsprechend ist eine Definition und Standardisierung entsprechender Aktivitäten auch für den Bereich der Berufskrankheiten ein logischer Schritt, der mit dem zwischenzeitlich veröffentlichten „Handlungsleitfaden Reha-Management Berufskrankheiten (RM BK)“ vollzogen wurde.

„Die persönliche Zuwendung gehört zum Standardrepertoire einer qualifizierten Betreuung.“

Fast alle Unfallversicherungsträger haben seit Langem bei einzelnen, besonders schweren Berufskrankheiten interne Prozesse installiert, deren Merkmal die persönliche Betreuung dieser Erkrankten ist. Insbesondere bei schweren Krebserkrankungen gehört die persönliche Zuwendung für die Versicherten und ihrer Angehörigen zum Standardrepertoire einer qualifizierten Betreuung. Um hier einerseits einen Erfahrungsaustausch zwischen den Unfallversicherungsträgern zu unterstützen und andererseits eine künf-

tige Weiterentwicklung gleichzeitig übereinstimmend wie ressourcenschonend voranzubringen zu können, ist es zu begrüßen, dass sich die Unfallversicherungsträger nun zu einem abgestimmten Vorgehen auch im Bereich der Berufskrankheiten geeinigt haben.

Damit wird ein Prozess angestoßen, der den in der gesetzlichen Unfallversicherung bereits eingeleiteten Paradigmenwechsel unterstützen und begleiten kann. Von zuvor wesentlich juristisch-orientierten Herangehensweisen mit vorrangiger Prüfung des Vorliegens einzelner rechtlich geforderter Rahmenbedingungen geht die Entwicklung noch mehr hin zu einer am Bedarf der Erkrankten und damit problemlösungsorientierten Ausrichtung der Sachbearbeitung. Der in der Vorschrift des § 1 des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IX) verankerte Gedanke der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe der Erkrankten am Leben in der Gesellschaft kommt durch das Reha-Management und die damit einhergehende besondere Fokussierung auf die einzelnen Versicherten und deren Bedarfe besonders zum Tragen. Auch wenn die praktische Umsetzung dieses Vorhabens noch weiterer Orientierungshilfen und praktischer Tools bedarf,

wird doch jetzt schon deutlich, welchen Stellenwert insbesondere sehr schwer Erkrankte sowie gegebenenfalls ihre Angehörigen und deren Befindlichkeit und Zufriedenheit für die gesetzliche Unfallversicherung haben.

Definition und Ziele

Als Reha-Management bei Berufskrankheiten wird – im Übrigen ebenso wie bei den Arbeitsunfällen – die umfassende Planung, Koordinierung und zielgerichtete, aktive Begleitung der medizinischen Rehabilitation und aller Ziele zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft auf der Grundlage einer individuellen Planung unter partnerschaftlicher Einbindung aller am Verfahren Beteiligten angesehen.² Damit wird das Ziel verfolgt, bei komplexen Erkrankun-

„Von einer juristisch-orientierten Herangehensweise geht die Entwicklung hin zu einer am Bedarf der Erkrankten und damit problemlösungsorientierten Ausrichtung.“

gen durch Koordination und Vernetzung aller notwendigen Maßnahmen und Beteiligten der Gefahr, dass eine Berufskrankheit entsteht, sich verschlimmert oder wiederauft, mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken. Gleichzeitig werden eine dauerhafte berufliche und soziale Wiedereingliederung sowie eine selbstbestimmte Lebensführung der Erkrankten angestrebt. Wichtig erscheint hier der besondere Hinweis, dass ein Reha-Management bei Berufskrankheiten auch und insbesondere unter Berücksichtigung des damit verbundenen hohen Personalaufwands von den Unfallversiche-

Autor



Fred-Dieter Zagrodnik

Referent im Referat „Berufskrankheiten“ der DGUV
E-Mail: fred-dieter.zagrodnik@dguv.de

Trägern übereinstimmend nicht bei allen Berufskrankheiten, sondern im Wesentlichen bei schweren beziehungsweise komplexen Erkrankungen als notwendig und sinnvoll angesehen wird.

Nach den Vorstellungen der Unfallversicherungsträger lassen sich bei diesen komplexen Erkrankungen die angestrebten Ziele insbesondere durch eine persönliche, bedarfsorientierte und professionelle Beratung und Betreuung der Betroffenen erreichen. Mit einer unter allen Beteiligten abgestimmten, möglichst konkreten inhaltlichen und zeitlichen Planung der einzelnen Rehabilitationsmaßnahmen sowie durch Nutzung gut funktionierender Netzwerke zusammen mit den entsprechenden Leistungsanbietern (etwa Ärzte und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen, Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen) sollen so die Rahmenbedingungen für optimale Rehabilitationsverläufe und -ergebnisse geschaffen werden.

Fallauswahl

Wie schon bei der Definition des Reha-Managements Berufskrankheiten ausgeführt kommt ein solches nur bei komplexen Fällen in Betracht. Dabei kann sich die Komplexität im Einzelfall durch die Art und Schwere der Erkrankung selbst ergeben. Ebenso kommen auch Fälle in Betracht, bei denen die perspektivische Sicherung der Arbeitsfähigkeit und/oder des Arbeitsplatzes gefährdet erscheint. Es kommt hierbei nicht darauf an, ob diese Aspekte von Anfang an vorliegen oder sich erst im weiteren Verlauf zeigen.

Wir wissen, dass im Heilungsverlauf eintretende Komplikationen ebenso wie Probleme der Versicherten beim Umgang mit der Erkrankung und ihrer Bewältigung wesentliche Einflussfaktoren für das spätere Rehabilitationsergebnis sein können. Hier gilt es, Signale wie beispielsweise eine fehlende Compliance der Betroffenen, häufige Arztwechsel oder auch Hinweise aus dem persönlichen Umfeld der Erkrankten frühzeitig zu erkennen und im Sinne von Risikofaktoren zu identifizieren.

Durchführung

Die Unfallversicherungsträger sind sich einig, dass die Basis eines sinnvollen und erfolgversprechenden Reha-Managements bei Berufskrankheiten in einer ziel-



Foto: DGUV/Dorothea Scheurten

Bedarfsorientierte Beratung und die Einbindung aller Beteiligten – Schlüssel für ein erfolgreiches Reha-Management

gerichteten Bedarfsermittlung liegt. Demzufolge gilt ein qualifiziertes Profiling der Betroffenen und ihrer Bedarfe als Einstieg in das Reha-Management bei Berufskrankheiten. Dabei verfolgt das Profiling mehrere Ziele.

Zunächst führt das Profiling zu einem persönlichen Kontakt zu den Versicherten. Damit verringert die Behörde der Unfallversicherungsträger ihre oftmals als anonym wahrgenommene Wirkung und kann durch den Kontakt der Versicherten zu einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die notwendige Vertrauensbildung unterstützen.

Darüber hinaus bekommen die Erkrankten hier die Möglichkeit, ihren Bedarf oder ihr subjektiv wahrgenommenes Problem persönlich zu artikulieren. Damit geht auch die Erwartungshaltung der Betroffenen einher, wie mit diesem Bedarf umgegangen werden sollte, damit sie dies als Hilfe und Unterstützung wahrnehmen können. Gleich-

zeitig ist auch dieser Aspekt wiederum Ausdruck der in § 1 SGB IX geforderten Selbstbestimmtheit der Versicherten.

Offene Fragen können direkt und unmittelbar beantwortet, Informationen zu Inhalt und Ablauf des notwendigen Prüfverfahrens ausführlich und auf die individuellen Umstände bezogen vermittelt werden. Dadurch verbessert sich die Transparenz des Verwaltungshandelns und schafft eine Kommunikation von Versicherten und Unfallversicherungsträgern auf Augenhöhe. Durch Erläuterung der Hintergründe einzelner Verfahrensschritte kann bei den Versicherten und deren Angehörigen mehr Verständnis und Akzeptanz erreicht werden.

Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, die Kontextfaktoren aus dem gesundheitlichen, familiären, beruflichen und sozialen Umfeld der Betroffenen zu ergründen, die auf die Durchführung verschiedener in Betracht kommender Maßnahmen so

wie deren Erfolgsaussichten Einfluss haben können. Außerdem lassen sich die Erwartungen der Erkrankten mit den bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen der Leistungsgesetze abgleichen und die sich daraus ergebenden Realisierungsmöglichkeiten klären.

Auf Basis der so zusammen mit den Erkrankten erarbeiteten Situationsbeschreibung lässt sich ein gemeinsam verabreiteter Plan erarbeiten, der für die Beteiligten eine Übereinstimmung der jeweiligen Ziele und der zu ihrer Erreichung notwendigen Maßnahmen und Zeitabläufe ermöglicht und künftig als Orientierung dienen kann. Wichtig für die Erfolgsaussichten eines solchen Reha-Plans ist die Einbindung weiterer Akteurinnen und Akteure, soweit diese das Erreichen der (Zwischen-)Ziele ebenfalls beeinflussen können.

Hier kommen insbesondere die in medizinische Maßnahmen eingebundenen Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten oder auch gegebenenfalls neu hinzuzuziehende Spezialistinnen und Spezialisten an besonders geeigneten Einrichtungen in Betracht. Neben den rein medizinisch-therapeutischen Aspekten sind oftmals zusätzlich Beteiligte mit Expertise in Bezug auf den jeweils im Einzelfall gefährdeten Arbeitsplatz – Vorgesetzte, Präventionsdienste, Betriebsärzte und Betriebsärztinnen – gefragt, jeweils unter Berücksichtigung der für die Erkrankten ebenfalls bedeutsamen datenschutzrechtlichen Beschränkungen.

Allein an dieser im Einzelfall denkbaren Vielzahl einzubindender Beteiligter lässt sich erkennen, welche Bedeutung zukünftig die Netzbildung für das Reha-Management bei Berufskrankheiten bekommen wird. Während die Unfallversicherung bei Arbeitsunfällen insoweit auf über Jahrzehnte aufgebaute Netzwerke beispielsweise mit einer großen Anzahl bestellter Durchgangsarztinnen und Durchgangsarzte sowie nahezu flächendeckender Versorgung mit BG Kliniken zurückgreifen kann, existieren derartige Strukturen im Bereich der Berufskrankheiten zumindest nicht in diesem Umfang. Dies gilt umso mehr, als dass bei Berufskrankheiten beispielsweise Ärztinnen und Ärzte vieler verschiedener Fachrichtungen angesprochen sein können.

Schon eingangs wurde darauf hingewiesen, dass die Unfallversicherungsträger seit einiger Zeit bei Krebs-Berufskrankheiten die persönliche Betreuung der Erkrankten favorisieren. Insofern können die Erfahrungen der Unfallversicherungsträger insbesondere bei diesen Krankheitsbildern dabei helfen, bestimmte Abläufe und Prozesse auch für andere Fälle des Reha-Managements bei Berufskrankheiten zu nutzen und dort entsprechend zu adaptieren.

Das Reha-Management soll zugunsten der in allen anderen Fällen üblichen Berufskrankheiten-Sachbearbeitung beendet werden, wenn die zur Fallauswahl für das Reha-Management bei Berufskrankheiten führenden Gründe nicht mehr bestehen,

„Die Versicherten werden auf einem trägerübergreifend vergleichbar hohen Niveau in ihren jeweiligen Rehabilitationsprozessen begleitet.“

wenn insbesondere die Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft keiner besonders intensiven und persönlichen Betreuung mehr bedürfen. Auch deshalb haben die Aspekte der Bedarfsorientierung einerseits und der Selbstverantwortung und -bestimmung der Erkrankten andererseits eine besondere Bedeutung für die gesetzliche Unfallversicherung.

Qualitätssicherung und Evaluation

Schon frühzeitig ist sich die gesetzliche Unfallversicherung der Bedeutung der Qualitätssicherung auch beim Reha-Management Berufskrankheiten bewusst gewesen. Deswegen wurde bereits mit der Verabschiedung der Handlungsanleitung zum Reha-Management Berufskrankheiten festgehalten, dass es qualifizierter Maßnahmen zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bedarf. Perspektivisch wird dabei auch neben den als Maßstab in Betracht kommenden Messgrößen für die Qualität der durchgeführten Maßnahmen die Zufriedenheit der Erkrankten und ihrer Angehörigen bedeutsam sein. Wenn die Bedarfsorientierung ein wesentlicher Aspekt bei der Einleitung des Reha-Managements Berufskrankheiten ist, stellt demzufolge ne-

ben dem Erreichen der Reha-Ziele die Zufriedenheit der Betroffenen eine wesentliche Kenngröße dar, um den Erfolg der durchgeführten Maßnahmen bewerten zu können.

Fazit und Ausblick

Mit dem Handlungsleitfaden Reha-Management Berufskrankheiten (RM BK) haben sich die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung klar positioniert: Die Vorteile, die das Instrument des Reha-Managements in Bezug auf die Qualität der nach Arbeitsunfällen erreichten Rehabilitationsergebnisse beisteuern kann, werden künftig auch im Bereich der Berufskrankheiten systematisch genutzt. Dabei setzt die gesetzliche Unfallversicherung auf frühzeitige Abstimmungs- und Koordinierungsaktivitäten untereinander, um die Versicherten zwar individualisiert je nach branchenspezifischem Bedarf, aber im Grundsätzlichen auf einem trägerübergreifend vergleichbar hohen Niveau in ihren jeweiligen Rehabilitationsprozessen zu begleiten und zu unterstützen. Die organisatorische Umsetzung dieses Vorhabens bei den Unfallversicherungsträgern ist die aktuelle Herausforderung. Dazu gehören einerseits trägerintern zu klärende Fragen, welche der jeweils bei den einzelnen Unfallversicherungsträgern versicherten Risiken und Fallgestaltungen künftig vom Reha-Management Berufskrankheiten erfasst werden sollen und wie dies mit den qualitativ und quantitativ zur Verfügung stehenden Ressourcen gelingen kann. Aber auch übergreifende Aufgaben wie die weitere Abstimmung zwischen den Unfallversicherungsträgern, die Entwicklung gemeinsam genutzter Tools oder gegebenenfalls auch der Aufbau trägerübergreifend genutzter Netzwerke sowie die Implementierung von Weiterentwicklungs- und Evaluationsprozessen werden künftig zu bewältigen sein. ●

Fußnoten

[1] DGUV-Forum 11/2013

[2] Handlungsleitfaden Reha-Management Berufskrankheiten (RM BK), Stand 20.8.2014, Ziffer 2 sowie Handlungsleitfaden Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung vom 13.9.2010 in der Fassung vom 17.7.2014, Ziffer 1, unter: www.dguv.de/medien/inhalt/rehabilitation/documents/handlungsleitfaden.pdf

Fallkonferenzen im Reha-Management bei Berufskrankheiten

Sinnvolle Ergänzung des Berufskrankheiten-Managements

Fallkonferenzen zwischen Versicherten, Behandlern sowie dem BK-Reha-Management tragen zu einer verbesserten Versichertenorientierung bei, wie sie vor allem beim Management langandauernder chronischer Krankheitsverläufe notwendig erscheint.

In diesem Beitrag wird auf interdisziplinäre Fallkonferenzen als ein Instrument des Reha-Managements bei Berufskrankheiten (BK) eingegangen. Mit dem Handlungsleitfaden zum Reha-Management hat die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) Ziele und einen übergreifenden Standard für die Bearbeitung von schweren Unfällen verabschiedet (Behrens et al. 2011). Da die dort genannte Zielsetzung problemlos auf das Feld der Berufskrankheiten übertragbar erscheint (Drechsel-Schlund, Skudlik 2014), wurde ein Konzept zum Reha-Management bei Berufskrankheiten (Reha-Management BK) entwickelt und den Unfallversicherungsträgern als Handlungsleitfaden zur Verfügung gestellt (DGUV Rundschreiben 0155/2015).

In dem vorliegenden Beitrag wird ein spezifisches Instrument für das Reha-

Management bei Berufskrankheiten vorgestellt und in Hinblick auf seine Wirksamkeit diskutiert. Hintergrund ist ein Projekt, in dem die in der Klinik für Berufskrankheiten etablierten Fallkonferenzen in Hinblick auf die Prozess- und Ergebnisqualität untersucht wurden.

Stichprobe und Methodik

Eingeschlossen wurden alle Versicherten der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG), die im Jahr 2012 an einer Fallkonferenz in der Klinik teilgenommen haben (n = 103). Unter den Personen, die an dem Heilverfahren teilgenommen haben, befanden sich zu 13,6 Prozent Versicherte mit malignen Tumorerkrankungen, zu 22,3 Prozent erwerbsfähige Versicherte mit einer Atemwegserkrankung und zu 64,1 Prozent erwerbsfähige Versicherte mit einer Hauterkrankung.

Neben der Auswertung in Hinblick auf Anzahl, Häufigkeit und Dauer der Fallkonferenzen erfolgte eine deskriptive Auswertung der Berichte und weiterer Akten mit Blick auf soziodemografische Merkmale der Versicherten, Fallgruppen, Diagnosen, initiierte Leistungen, die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) und den gegebenenfalls entstandenen Rentenanspruch. In einem weiteren Schritt wurden teilstandardisierte Interviews mit den beteiligten Ärzten und Ärztinnen, dem zuständigen Berufskrankheiten-Management sowie telefonisch mit einer Stichprobe (n = 17) der Teilnehmenden an den Fallkonferenzen durchgeführt.

Fallkonferenzen in der Klinik für Berufskrankheiten Bad Reichenhall

In der Berufsgenossenschaftlichen Klinik für Berufskrankheiten Bad Reichenhall sind seit 2010 Fallkonferenzen als Bestandteil stationärer Heilverfahren etab-

liert, um das Reha- und Entlassungs-Managements zu optimieren. Angeboten wird die Teilnahme an einer Fallkonferenz Rehabilitanden mit einer onkologischen Erkrankung sowie allen erwerbstätigen und erwerbsfähigen Versicherten der VBG, die sich wegen einer Atemwegs- oder Lungenerkrankung und/oder einer Hauterkrankung zu einem stationären Heilverfahren in der Klinik befinden. An der Fallkonferenz nehmen außerdem ein Reha-Manager oder eine Reha-Managerin der zuständigen Bezirksverwaltung sowie die betreuende Ärztin oder der betreuende Arzt teil.

In der Fallkonferenz erfolgt eine grundsätzliche Klärung und Beratung zu aktuellem Befund, Kontextfaktoren, ambulanter Weiterbehandlung, Heilverfahrens-Wiederholung, gutachterlichen Fragestellungen, Pflege, häuslicher Versorgung, Hilfsmittelversorgung, Übernahme von Medikamentenkosten, Gewährung von Geldleistungen oder Kostenerstattungen, Einleitung konkreter Maßnahmen und Empfehlungen im Sinne des § 3 der Berufskrankheiten-Verordnung, Abschätzung der Prognose bezüglich des objektiven Zwanges zur Tätigkeitsaufgabe und eine Abklärung persönlicher Voraussetzungen bei angezeigten Leistungen zur Teilhabe. Die in der Fallkonferenz getroffenen Vereinbarungen und Ergebnisse werden dokumentiert und der zuständigen Sachbearbeitung zugeleitet.

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der zu 83 Prozent männlichen Teilnehmer beträgt 53 Jahre und zeigt bereits, dass die Teilnehmer der Fallkonferenz sich in einem für die Fortführung der beruflichen Tätigkeit nicht unproblematischen Lebensalter befinden. Bei den onkologischen Patien-

Autorin und Autoren

Prof. Dr. Edwin Toepler

Fachbereich Sozialversicherung,
Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
E-Mail: edwin.toepler@h-brs.de

Dr. Michael Stegbauer

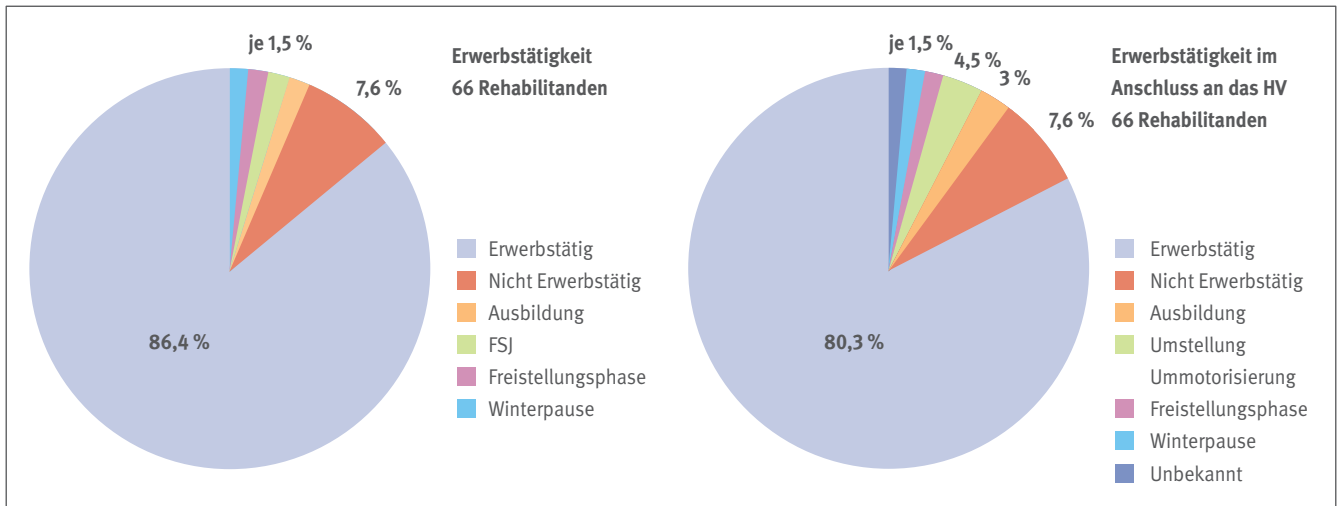
Klinik für Berufskrankheiten Bad Reichenhall
E-Mail: michael.stegbauer@bgklinik-badreichenhall.de

Anna-Karina Härth

Verwaltungs-Berufsgenossenschaft,
Bezirksverwaltung Würzburg
E-Mail: anna-karina.haerth@vbg.de

Jürgen Weinkauf

Verwaltungs-Berufsgenossenschaft,
Bezirksverwaltung Würzburg
E-Mail: juergen.weinkauf@vbg.de



Quelle: Autorin und Autoren

Abbildung 1: Erwerbstätigkeit vor und nach der medizinischen Rehabilitation bei dermatologischen Erkrankungen

ten ist ausnahmslos eine Berufskrankheit mit einer rentenberechtigenden Minderung der Erwerbsfähigkeit anerkannt. Bei der Gruppe der Atemwegspatienten liegt bei rund 39 Prozent eine rentenberechtigende Minderung der Erwerbsfähigkeit vor. Den teilnehmenden dermatologischen Patienten ist in 40 Prozent der Fälle eine rentenberechtigende Minderung der Erwerbsfähigkeit zuerkannt worden. Die weit überwiegende Zahl der Hauterkrankten (rund 83 Prozent) nahm (zum Teil vor Anerkennung der Hauterkrankung als Berufskrankheit) an einem stationären Heilverfahren im Rahmen präventiver Maßnahmen gemäß § 3 BKV teil.

Rund sechs Prozent der Atemwegserkrankten und rund fünf Prozent der Hautpatienten nahmen im Anschluss an das stationäre Heilverfahren an einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation teil. In der Fallkonferenz festgelegte Leistungen nach § 3 BKV waren rund ein halbes Jahr nach Durchführung zu rund 97 Prozent umgesetzt. Vergleicht man die Return to Work (RTW) Rate bei erwerbsfähigen Versicherten zwischen dem Status bei Reha-Beginn und dem Status im Jahr nach der Rehabilitation, zeigt sich ein Rückgang von 86,4 Prozent auf 80,3 Prozent. Bei näherer Betrachtung (Abbildung 1) zeigt sich, dass der Rückgang zum überwiegenden Teil auf die in den Fallkonferenzen oder im Anschluss festgelegten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Ausbildung, Umschulung) zurückzuführen ist.

Rund 94 Prozent der befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren mit der Fallkonferenz zufrieden und 100 Prozent würden die Teilnahme an einer Fallkonferenz anderen Rehabilitanden empfehlen. Besonders positiv herausgestellt wurden der persönliche Kontakt zu den Beschäftigten des Reha-Managements BK und die Möglichkeit, schnell und unbürokratisch Leistungsentscheidungen besprechen zu können.

Fazit

Bei den im Bereich des Reha-Managements BK häufigen chronischen Erkrankungen kommt der Kommunikation zwischen Versichertem und Unfallversicherungsträger eine hohe Bedeutung zu. Es konnte gezeigt werden, dass die Versicherten einen hohen Reha-Bedarf insbesondere in Hinblick auf die Sicherung der Erwerbstätigkeit aufweisen und den Kontakt zum betreuenden Reha-Manager oder der Reha-Managerin BK sehr schätzen. Vor dem Hintergrund der Erkrankungsschwere erscheint die hohe RTW-Rate bemerkenswert und belegt die Wirksamkeit der pulmonologischen und dermatologischen Rehabilitation in Hinblick auf die Sicherung der Erwerbsfähigkeit.

Fallkonferenzen zwischen Versichertem, Behandelndem und BK Reha-Management tragen damit außer zu der Ermittlung des individuellen Bedarfs und der schnellen, unbürokratischen Veranlassung notwendiger Leistungen auch zu einer verbesserten Versichertenorientierung bei, wie sie vor allem bei dem Management langandauernder chronischer

Krankheitsverläufe notwendig erscheint (Schaeffer 2006). Die Fallkonferenz empfiehlt sich als ergänzende Maßnahme des Berufskrankheiten-Managements und trägt wesentlich zur Schnittstellenoptimierung bei. Die Kompetenz des Reha-Managers oder der Reha-Managerin BK, im unmittelbaren Kontakt mit dem Versicherten verbindliche Entscheidungen zu treffen, kann die Motivation des Versicherten oder der Versicherten zu gegebenenfalls erforderlichen Veränderungen des Lebensstils erhöhen und eine zeitnahe Umsetzung von für den weiteren Rehabilitationsprozess erforderlichen Maßnahmen bewirken.

Literatur

- Behrens, M.; Dietrich, A.; Habekost, D.; Kocy-Rensing, G.; Toepler, E.: Gemeinsame Mindeststandards im Rehabilitationsmanagement; Trauma und Berufskrankheit (3.9.2011), S. 1–7
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV): Handlungsleitfaden Reha-Management Berufskrankheiten (Reha Management BK), DGUV Berlin 2015
- Drechsel-Schlund, C.; Skudlik, C.: Interaktive Darstellung des Reha-Management Berufskrankheiten, Tagungsbericht der 10. Potsdamer BK-Tage (2014), S. 66–76, www.dguv.de/landesverbaende/de/veranstaltungen/Potsdamer-BK-Tage/tagung_2014/index.jsp (Zugriff 23.3.2015)
- Schaeffer, D.: Bewältigung chronischer Erkrankung – Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege, Z. Gerontol. Geriatr. 39:192–201 (2006)

Bilanz

Frühintervention bei arbeitsbedingten Hauterkrankungen

Das VERFAHREN HAUT, das Qualitätsstandards für das § 3 BKV-Verfahren der Unfallversicherungsträger beschreibt, wurde 2004 eingeführt. Ein Überblick über die Entwicklung bis heute.

Einleitung

Für die Frühintervention bei arbeitsbedingten Hauterkrankungen haben die Unfallversicherungsträger das VERFAHREN HAUT bundesweit implementiert. Rechtsgrundlage ist § 3 Abs. 1 Satz 1 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV), der dazu verpflichtet, einer drohenden Berufskrankheit (BK) nach Nummer 5101 schnell und wirksam vorzubeugen. Mit dem von der DGUV geförderten Forschungsvorhaben „EVA_Haut“ wurde das VERFAHREN HAUT auf den Prüfstand gestellt und Optimierungsbedarfe wurden aufgezeigt.¹ Bereits im Jahr 2013 wurden Zeitreihen mit

den statistischen Daten und den Kennzahlen zur BK-Nummer 5101 für die Jahre 2007 bis 2011 vorgestellt, um die Prozess- und Ergebnisqualität der § 3 BKV-Verfahren bei Hauterkrankungen zu beleuchten. Im Folgenden soll über die aktuelle Entwicklung berichtet werden.

Aktuelle Daten zur BK-Nummer 5101

Die statistischen Fallzahlen zeigen für die Jahre 2011 bis 2014 nur geringe Veränderungen (siehe Abbildung 1). Die Verdachtsanzeigen der BK-Nummer 5101, im Wesentlichen handelt es sich um Meldungen durch Hautarztberichte, haben 2011 einen Höchststand von 25.056 Fällen erreicht und sind bis 2014 mit 23.977 Fällen leicht rückläufig. Die „Bestätigten Fälle“, bei denen die Hauterkrankung auf berufliche Einwirkungen zurückzuführen ist, sind nach 2011 weiter gestiegen und haben 2014 einen Höchststand von 20.710 Fällen erreicht. Die Zahl der „Anerkannten Fälle“ der BK-Nummer 5101, bei denen die Versicherten infolge der beruflich verursachten Hauterkrankung auch die hautgefährdende Tätigkeit aufgeben mussten (Teilmenge der „Bestätigten Fälle“), bewegt sich dagegen auf einem konstant niedrigen Niveau zwischen 559 Fällen (2011) und 565 Fällen (2014).

Die Zeitreihen von Verdachtsanzeigen und „Bestätigten Fällen“ bei der BK-Nummer 5101 der vergangenen Jahre machen deutlich, dass die Meldungen in hohem Maße zielgenau sind und die Unfallversicherungsträger überwiegend zum Ergebnis kommen, dass der berufliche Ursachenzusammenhang gegeben ist. Darüber hinaus lässt sich aus der im Verhältnis zur Gesamtzahl der „Bestätigten Fälle“ absolut und der relativ niedrigen Zahl der „Anerkannten Fälle“ (2014 = 2,7 Prozent)

schlussfolgern, dass die Unfallversicherungsträger bei den gemeldeten berufsbedingten Hauterkrankungen durch geeignete Maßnahmen meist den Verbleib im Beruf sicherstellen können.

Durch sinnvolles Zusammenfassen der in der Berufskrankheiten-Dokumentation (BK-DOK) zum Teil sehr differenziert erfassten Einwirkungen zur BK-Nummer 5101 ist es möglich, einen Überblick über die Auslöser der Hauterkrankungen in den „Bestätigten Fällen“ (Abbildung 2) zu geben.

„Die Verdachtsanzeigen der BK-Nummer 5101 haben 2011 einen Höchststand von 25.056 Fällen erreicht und sind bis 2014 mit 23.977 Fällen leicht rückläufig.“

Knapp ein Drittel der „Bestätigten Fälle“ ist auf Feuchtarbeit zurückzuführen. Unter Feuchtarbeit sind Tätigkeiten zu verstehen, bei denen Beschäftigte regelmäßig für eine längere Zeitdauer intensiven Kontakt mit wässrigen Medien haben, Arbeiten im feuchten Milieu ausführen, feuchtigkeitsdichte Handschuhe tragen oder häufig und intensiv ihre Hände waschen müssen.

Für gut die Hälfte (54,8 Prozent) der „Bestätigten Fälle“ sind chemische Stoffe oder Gemische für die Hauterkrankung verantwortlich. Den größten Anteil darunter haben Desinfektionsmittel (21,2 Prozent), die häufig in den pflegenden Berufen (im Gesundheits- und Sozialwesen) verwendet werden. Gefahrstoffe mit kennzeichnungspflichtiger irritativer, toxischer, sensibilisierender oder hautschädigender Wirkung sind nur in 11,9 Prozent der Fälle Ursache für die Hauterkrankung.

Autorinnen und Autoren

Claudia Drechsel-Schlund

Geschäftsführerin der Bezirksverwaltung Würzburg der BGW
E-Mail: claudia.drechsel-schlund@bgw-online.de

Katrin Süsmuth

Leiterin des Bereichs Berufskrankheiten der Unfallkasse Sachsen-Anhalt
E-Mail: katrin.suesmuth@ukst.de

Stephanie Schneider

Referentin im Referat „Statistik“ der DGUV
E-Mail: stephanie.schneider@dguv.de

Gerald Wanka

Leiter des Referats „Gesundheitsschutz“ der DGUV
E-Mail: gerald.wanka@dguv.de

Steffen Krohn

Referent im Referat „Berufskrankheiten“ der DGUV
E-Mail: steffen.krohn@dguv.de

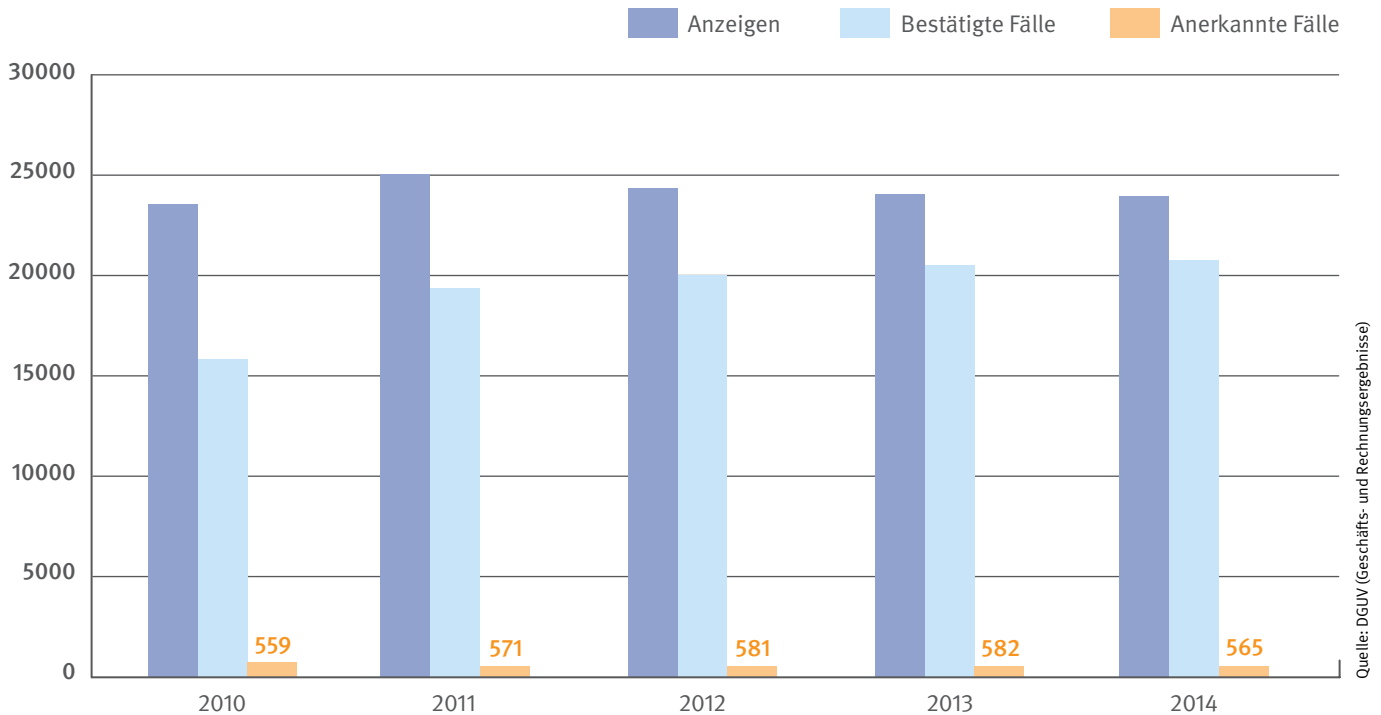


Abbildung 1: Entwicklung der Fallzahlen BK-Nummer 5101

In 6,5 Prozent der Fälle wurde die Hautkrankheit durch eine mechanische Einwirkung ausgelöst. Hierzu zählen die Austrocknung der Haut durch Stäube, die Einwirkung von physikalischen Faktoren wie Papier, Pappe, aber auch die mechanische Reizung der Haut, zum Beispiel durch Reinigungsprodukte mit Reibekörpern. In der Verursachung durch Naturprodukte (5,4 Prozent) sind vor allem Mehl und Mehlprodukte, Obst und Gemüse sowie Fleisch- und Wurstwaren für die Hauterkrankung verantwortlich.

Aktuelle Daten zur Prozessqualität

Das VERFAHREN HAUT, das Qualitätsstandards für das § 3 BKV-Verfahren der Unfallversicherungsträger beschreibt, wurde bereits 2004 eingeführt² und wird fortlaufend überarbeitet. Im Zuge der Rezeption der 2011 veröffentlichten Forschungsergebnisse aus „EVA_Haut“ wurden in den vergangenen Jahren weitere Prozessoptimierungen vorgenommen und bundesweit Qualifizierungsmaßnahmen für die BK-Sachbearbeitung durchgeführt. Die Prozessbeschreibung fordert, dass bei allen gemeldeten Hauterkrankungen mit Anhaltspunkten für eine berufliche Verursachung frühzeitig geeignete Maßnahmen eingeleitet werden. Die Frühintervention soll mit niederschweligen Leistungen be-

ginnen und wird in aller Regel die fachärztliche Hautbehandlung umfassen. Je nach Fallkonstellation kann sich der Maßnahmenkatalog, wenn der Hauterkrankung nicht niederschwellig zu begegnen ist, auch auf stationäre Maßnahmen erstrecken.

Für die Umsetzung des VERFAHRENS HAUT durch die Unfallversicherungsträger ist damit entscheidend, ob in allen indizierten Fällen auch entsprechende § 3-Maßnahmen veranlasst werden. Maßstab für die Prozessqualität liefert die Kennzahl „Individualprävention bei der BK-Nummer 5101: § 3-Quote“, für die bereits seit 2002 regelmäßig Daten der BK-DOK ausgewertet werden. Die Kennzahl hat jüngst eine Modifikation erfahren und wird jetzt gebildet, indem die Verdachtsanzeigen des Vorjahres mit einer Maßnahme nach § 3 BKV im aktuellen Jahr oder im Vorjahr allen Verdachtsanzeigen des Vorjahres gegenübergestellt werden.

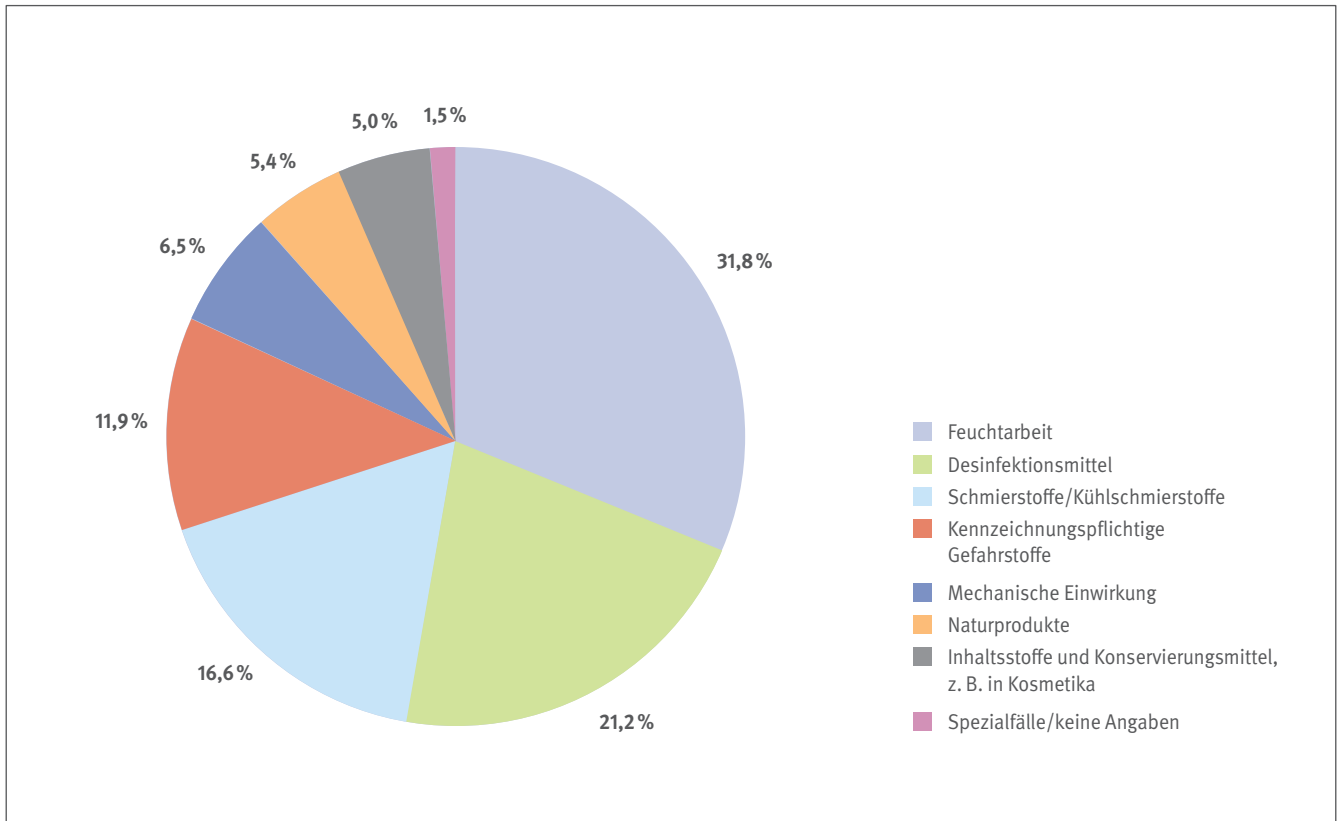
Die Zeitreihe von 2009 bis 2014 für die § 3-Quote zeigt eine kontinuierlich steigende Tendenz (siehe Abbildung 3). Diese Entwicklung macht augenscheinlich, dass die Unfallversicherungsträger zunehmend offensiver § 3-Maßnahmen einleiten und damit das VERFAHREN HAUT noch konsequenter umsetzen.

Eine Frühintervention durch das § 3-Verfahren muss nicht nur in allen indizierten Fällen, sondern vor allem auch zeitnah greifen. Nach den Forschungsergebnissen zu „EVA_Haut“ waren hier Optimierungspotenziale bei den Unfallversicherungsträgern festzustellen, weil in einer relevanten Anzahl die Zeitspanne von vier Wochen zwischen Meldung und Auftrag zur hautärztlichen Behandlung überschritten wurde. Folgerichtig haben die DGUV-Gremien für die verbesserte Steuerung des VERFAHRENS HAUT eine zweite Kennzahl „Frühintervention“ beschlossen. Sie wurde zum Berichtsjahr 2014 präzisiert und misst nun die durchschnittliche Zeitdauer, in der bei den beruflich



BK-Nummer 5101

Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.



Quelle: DGUV (BK-DOK 2014)

Abbildung 2: BK-Nummer 5101 – „Bestätigte Fälle“ 2014 nach Gruppen hautgefährdender Einwirkungen

verursachten Fällen die erste § 3-Maßnahme eingeleitet wird (siehe Abbildung 4). Die als Qualitätsstandard formulierte Zeitdauer von 14 Tagen für die Einleitung von ersten § 3-Maßnahmen wurde beibehalten. Die entsprechenden Daten aus der BK-DOK zur Kennzahl „Frühintervention“ werden seit 2012 zur Verfügung gestellt. Erkennbar wird in der Zeitreihe von 2012 bis 2014, dass die Verfahrensdauer von den Unfallversicherungsträgern inzwischen um acht Tage verkürzt werden konnte.

„Die Unfallversicherungsträger können bei den gemeldeten berufsbedingten Hauterkrankungen durch geeignete Maßnahmen meist den Verbleib im Beruf sicherstellen.“

Ein weiterer Beleg für den inzwischen erreichten hohen Umsetzungsgrad des VERFAHRENS HAUT sind die Fälle, in denen ein Verbleib in der bisher ausgeüb-

ten Tätigkeit nicht mehr zu erreichen und eine BK-Nummer 5101 anzuerkennen war, trotz eines weitreichenden Maßnahmenbündels nach § 3 BKV. Bei einem Teilkollektiv von 198 der insgesamt 565 im Jahre 2014 anerkannten Fälle der BK-Nummer 5101 (vergleiche Abbildung 1) hatten die Unfallversicherungsträger eine realistische Chance, durch Frühintervention einer drohenden Berufskrankheit vorzubeugen. Hier waren die Versicherten noch über das Jahr der Meldung hinaus hautgefährdend tätig. Dadurch war ein Zeitfenster für die Individualprävention überhaupt erst gegeben. Betrachtet man dieses Teilkollektiv, ist festzustellen, dass in knapp zwei Dritteln der Fälle vier und mehr § 3-Maßnahmen eingeleitet worden sind (siehe Abbildung 5). Hieraus wird deutlich, dass die Unfallversicherungsträger die Aufforderung zum Unterlassen der Tätigkeit im Sinne der Intention des § 3 Abs. 1 Satz 2 BKV als ultima ratio ansehen und alle Anstrengungen unternehmen, den Arbeitsplatz einer versicherten Person mit allen geeigneten Mitteln zu erhalten.

Der folgende Fall einer Unfallkasse zeigt die praktische Umsetzung des VERFAHRENS HAUT mit der gestuften Intervention im Rahmen des § 3 Abs. 1 Satz 1 BKV, die mit niederschweligen Maßnahmen beginnt. Es ist Aufgabe des Unfallversicherungsträgers, im Rahmen eines Case-beziehungsweise Reha-Managements die verschiedenen Maßnahmen miteinander zu verzahnen.

Fallbeispiel

Frau F. arbeitete seit 1972 als Krankenschwester auf der Kinderstation eines städtischen Klinikums. Mit Hautarztbericht vom 9. Januar 2013 meldete die behandelnde Hautärztin die nun schon seit einem Jahr bestehenden Hauterscheinungen an den Unfallversicherungsträger. Dieser erteilte innerhalb von zehn Tagen einen Behandlungsauftrag an die Hautärztin der Versicherten. Zusätzlich wurde eine berufsdermatologische Hautsprechstunde veranlasst mit dem Ziel, den Hautschutz am Arbeitsplatz zu prüfen und gegebenenfalls zu verbessern. Frau F. wurde empfohlen, die Handreini-

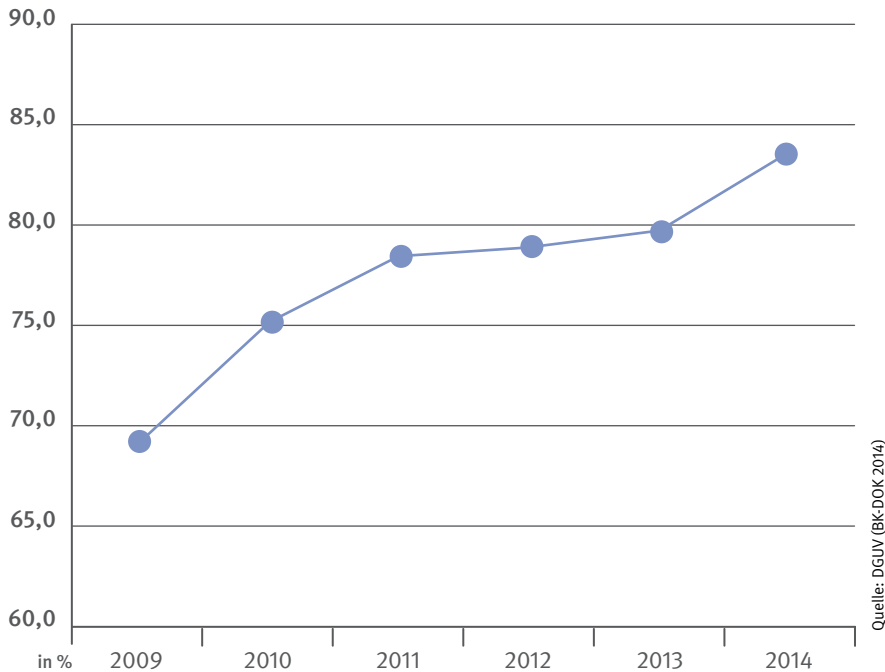


Abbildung 3: Individualprävention bei BK-Nummer 5101 (§ 3-Quote)

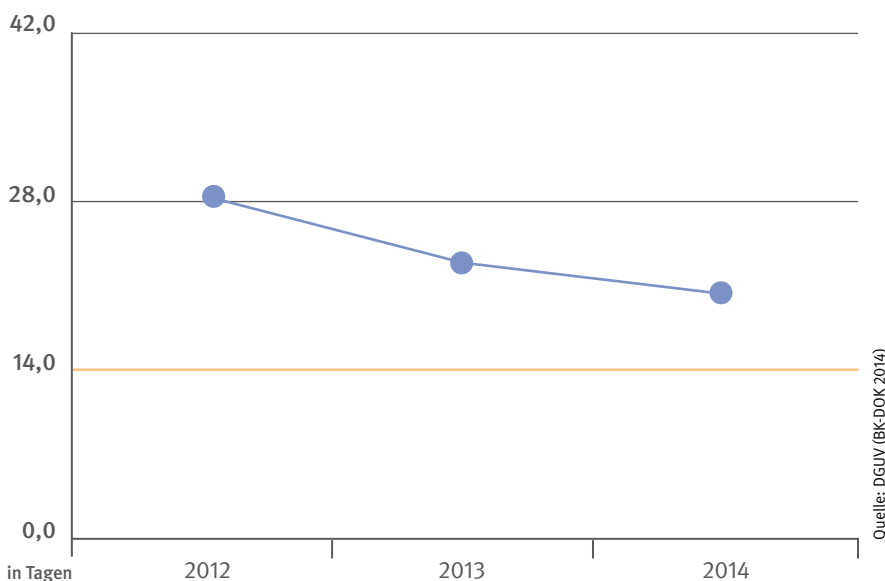


Abbildung 4: Frühintervention bei BK-Nummer 5101 (Verfahrensdauer in Tagen bei Entscheidungen im Sinne von § 3 BKV)

gungsfrequenz zu verringern und individuell angepasste Hautschutz- und Hautpflegeprodukte zu verwenden. Für die verschiedenen hautbelastenden Tätigkeiten erhielt Frau F. in der Hautsprechstunde eine Ausstattung mit den jeweils geeigneten Schutzhandschuhen.

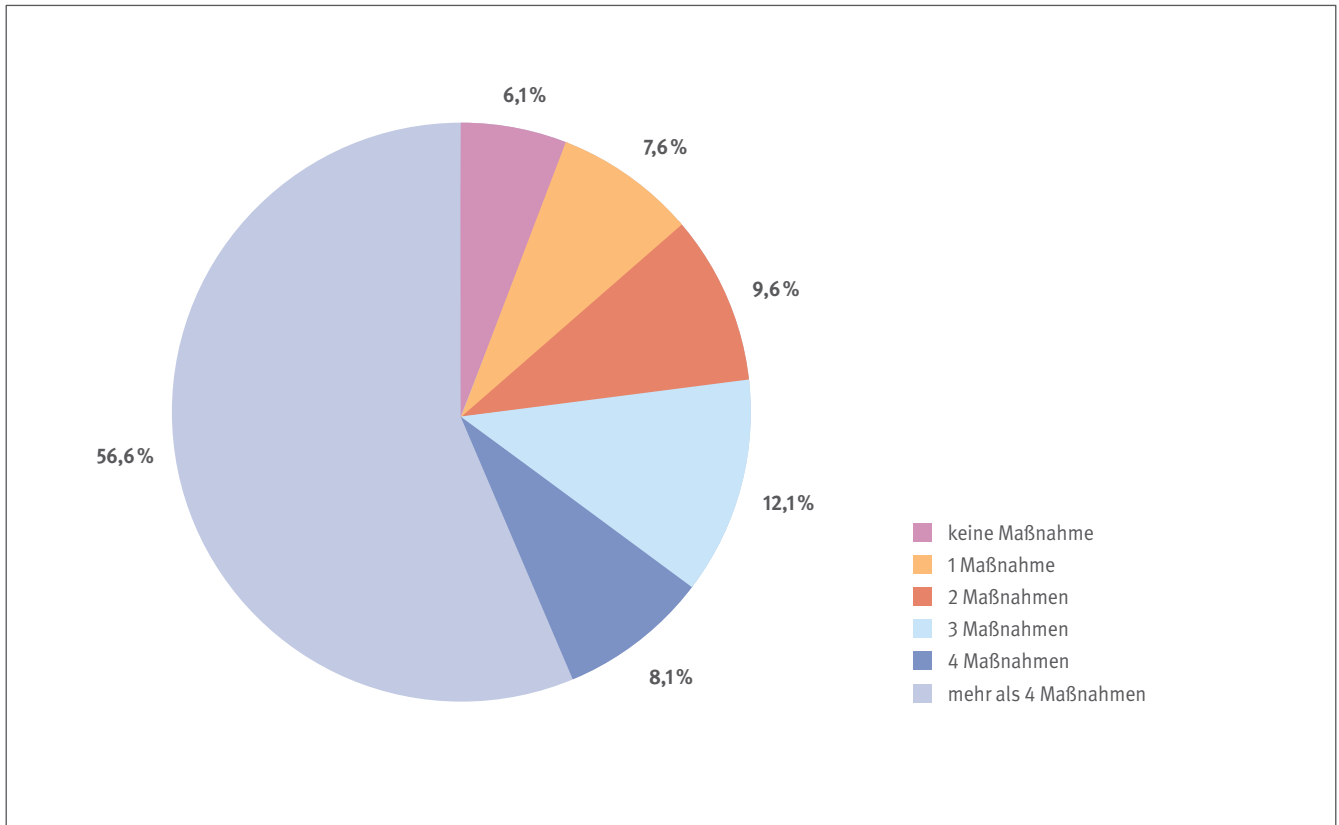
Trotz der sofort eingeleiteten Maßnahmen verschlimmerten sich die Hauterscheinungen und führten zur Arbeitsunfähigkeit. Der Unfallversicherungsträger veranlasste eine weiterführende berufsdermatologische Diagnostik. Auch unter Einbeziehung des Betriebsarztes war der

Auslöser der Hauterscheinungen nicht zu ermitteln. Vermutet wurde zwischenzeitlich eine allergische Reaktion auf Antibiotika, mit denen die Versicherte sehr häufig in Kontakt kam. Um Frau F. die Weiterarbeit auf ihrer vertrauten Kinderstation zu ermöglichen, wurde schließlich ein stationäres Heilverfahren in einem hoch spezialisierten Hautschutzzentrum eingeleitet. In einer solchen sogenannten „TIP-Maßnahme“ der gesetzlichen Unfallversicherung wird im Rahmen der Tertiären Individual-Prävention unter stationären Bedingungen versucht, gemeinsam mit Dermatologinnen und Dermatologen sowie Gesundheitspädagoginnen und Gesundheitspädagogen wirksame Präventionsansätze zu finden, um die drohende Gefahr einer Berufsaufgabe abzuwenden.

Nach der stationären Maßnahme kam es zum erneuten Arbeitsversuch auf der Kinderstation. Es traten sofort schwere Hauterscheinungen auf. Im Fall von Frau F. konnte der für die Hauterscheinungen angeschuldigte Arbeitsstoff letztlich nicht ermittelt werden. Daher war es nicht möglich, die hautbelastenden Einwirkungen gänzlich zu eliminieren. Auch konnten keine technischen, organisatorischen oder persönlichen Arbeitsschutzmaßnahmen ergriffen werden, die eine hautgefährdungsfreie Weiterarbeit auf der Kinderstation erlaubt hätten. In Abstimmung zwischen der Versicherten, dem Reha-Manager des Unfallversicherungsträgers und dem Arbeitgeber wurde Frau F. schließlich auf eine andere Station des Klinikums umgesetzt. In der Folge sind die Hauterscheinungen nicht mehr aufgetreten. Um die Weiterbeschäftigung der Versicherten als Krankenschwester im Klinikum zu fördern, wurde dem Arbeitgeber eine Eingliederungshilfe für die Dauer von 12 Monaten gewährt. Damit hatte Frau F. ein Jahr nach Meldung der Hauterkrankung die sichere Perspektive, weiterhin und vor allem hauterscheinungsfrei in ihrem erlernten Beruf als Krankenschwester tätig zu sein.

Weitere Optimierungen: die neuen Hautarztberichte

Zum 1. Januar 2006 wurde das Hautarztverfahren durch die Einführung der neuen Formtexte F 6050 (Einleitung Hautarztverfahren) und F 6052 (Behandlungsverlauf) optimiert. Die ausführlichen Berichte sollen die Unfallversicherungsträger in die Lage versetzen, unmittelbar Ent-



Quelle: DGUV (BK-DOK 2014)

Abbildung 5: BK-Nummer 5101 Anerkennungen 2014, bei denen die versicherte Person noch über das Jahr der Meldung hinaus hautgefährdend tätig war (198 Fälle) nach Anzahl der gewährten § 3-Maßnahmen

scheidungen über Maßnahmen und Leistungen nach § 3 BKV im Einzelfall zu treffen, damit den Betroffenen ein Verbleib im Beruf ermöglicht wird.

Im Rahmen des Forschungsvorhabens „EVA_Haut“ wurden mit Blick auf die beiden verwendeten Berichtsformulare „Hautarztbericht“ und „Verlaufsbericht“ weitere Verbesserungsmöglichkeiten in der Berichterstattung festgestellt. Bei der praktischen Umsetzung waren die ärztlichen Angaben insbesondere zum Befund, zum Heilverlauf und zu den Präventionsempfehlungen oft nicht genau genug, mit der Folge, dass Risikofälle erst spät erkannt und geeignete (Präventions-) Maßnahmen nicht rechtzeitig eingeleitet werden konnten.

Mit dieser Erkenntnis wurden die Berichtsvordrucke zwischenzeitlich in der AG „BK Haut“ der DGUV sowie in der AG „Qualitätssicherung im BK-Verfahren“ der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD) überarbeitet. Dabei sollte die Gratwanderung gelingen, die notwendigen Informationen deutlich

präziser als bisher abzufragen, ohne dabei jedoch den Aufwand für die behandelnden Hautärzte und Hautärztinnen zu erhöhen. Auf diesem Wege sind nun in den überarbeiteten Berichten insbesondere die Abschnitte zum Heilverlauf (F 6052) und zu den Präventionsempfehlungen (beide Berichte) klarer gefasst. Darüber hinaus sollen Hautärztinnen und Hautärzte zukünftig eine Aussage zur Relevanz der getesteten Allergene treffen. Diese Aussage ist für Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz von großer Bedeutung, um hautgefährdende Einwirkungen im Idealfall eliminieren zu können.

Erwartet wird, dass die Unfallversicherungsträger mit den neuen Berichten Risikofälle zukünftig noch zuverlässiger und frühzeitiger identifizieren und damit auch schneller und gezielter auf eine gegebenenfalls drohende Tätigkeitsaufgabe reagieren können. Darüber hinaus wird der höhere Aussagegehalt des Erstberichts F 6050 in vielen Fällen zu weniger Rückfragen führen und die Zeit bis zur Erteilung eines Behandlungsauftrages weiter verkürzen.

Die neuen Berichte enthalten jetzt auch Fragen zur Basistherapie bei Hauterkrankungen. Die Basistherapie wurde mit Inkrafttreten der neuen „DGUV Verfahrensbeschreibung Hautarztverfahren“ im Jahr 2014 in Anlehnung an die Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF-Leitlinie) zum Management von schweren Handekzemen im Hautarztverfahren empfohlen.³ Die Inhalte einer solchen Basispflege wurden zwischenzeitlich für die verwaltungsseitige Praxis definiert. Eine weiterführende ärztliche Definition ist beabsichtigt.

Die überarbeiteten Haut-Berichtsvordrucke F 6050 und F 6052 stehen seit Ende 2015 zur Verfügung und sind auf den DGUV-Internetseiten zu Hauterkrankungen abrufbar.

Fazit und Ausblick

Die Auswertungen der § 3-Leistungen bei arbeitsbedingten Hauterkrankungen zeigen einen kontinuierlichen Anstieg der Zahl der Interventionen sowohl insge-

„Erkennbar wird in der Zeitreihe von 2012 bis 2014, dass die Verfahrensdauer von den Unfallversicherungsträgern inzwischen um acht Tage verkürzt werden konnte.“

samt als auch in ihrer Vielfalt. Ein Grund hierfür ist das konsequente Umsetzen des VERFAHRENS HAUT durch die Unfallversicherungsträger und der hierin empfohlenen Maßnahmen. Diese Maßnahmen wurden in den letzten Jahren weiter standardisiert und zeichnen sich durch eine hohe Wirksamkeit aus. Für „TIP-Maßnahmen“ zum Beispiel wurde die Wirksamkeit im Rahmen der Studie „Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren Haut – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens“ (ROQ)^{4, 5} umfangreich untersucht und überzeugend belegt.

„Erwartet wird, dass die Unfallversicherungsträger mit den neuen Berichten Risikofälle zukünftig noch zuverlässiger und frühzeitiger identifizieren können.“

Das verwaltungsseitige VERFAHREN HAUT ist untrennbar mit dem korrespondierenden Hautarztverfahren auf Seiten der Dermatologen und Dermatologinnen beziehungsweise der Leistungserbringer verbunden. Ein gutes Miteinander zwischen Hautärztinnen und Hautärzten sowie Unfallversicherungsträgern ist daher ein wichtiger Erfolgsfaktor und soll neben einem engen Erfahrungsaustausch auch durch ein entsprechendes Regelwerk sichergestellt werden. Im Mittelpunkt

steht dabei die im Jahr 2014 in Kraft getretene „DGVV Verfahrensbeschreibung Hautarztverfahren“. Sie ist auf der Grundlage der bisherigen, aber zwischenzeitlich abgelaufenen AWMF-Empfehlung „Hautarztverfahren“ entstanden und geht inhaltlich über diese hinaus, indem zum Beispiel die Übernahme der Basistherapie empfohlen wird.

Ergänzend hierzu regelt ein Anfang 2015 verabschiedeter Indikationskatalog, wann Fotodokumentationen bei Hauterkrankungen indiziert und damit auch zu vergüten sind. Einen umfassenderen Überblick zu Vergütungsfragen gibt der

mittlerweile sehr akzeptierte Leitfaden „Honorare in der Berufsdermatologie“.⁶ Der Erfolg des VERFAHRENS HAUT ist zwischenzeitlich sicher unbestritten. Dennoch wird – wie das Fallbeispiel zeigt – auch trotz intensivster Bemühungen nicht immer der Verbleib in der bislang ausgeübten Tätigkeit realisiert werden können. In solchen Fällen muss über das VERFAHREN HAUT und das Reha-Management der Unfallversicherungsträger erreicht werden, den Versicherten durch passgenaue Leistungen die weitere Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. ●

Fußnoten

[1] Drechsel-Schlund, C.; Brandenburg, S.; John, S.-M. u. a.: Evaluation des Stufenverfahrens Haut: Optimierungsmöglichkeiten bei den Unfallversicherungsträgern, Frühintervention bei Hauterkrankungen, in: DGVV Forum 1-2/2013, S. 54–59

[2] Drechsel-Schlund, C.; Francks, H.-P.; Klinkert, M. u. a.: Stufenverfahren Haut, in: Die BG (2007) Nr. 1, S. 32–35

[3] www.dguv.de/medien/inhalt/versicherung/dokum/dguv_hautarztverfahren.pdf (Zugriff am 14.10.2015)

[4] Abschlussbericht ROQ-I-Studie: www.dguv.de/Projektdatenbank/0096/3316192v1.pdf (Zugriff am 14.10.2015); Skudlik, C.; Weisshaar, E.; Scheidt, R. u. a.: Aktueller Stand und Zwischenergebnisse der Multi-Center-Studie „Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren Haut – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens (ROQ)“, in: Dermatologie in Beruf und Umwelt 61 (2013) Nr. 1, S. 28–31

[5] ROQ-II-Studie: www.dguv.de/ifa/Forschung/Projektverzeichnis/FF-FB_0174.jsp

[6] www.bgw-online.de (Suchbegriff: Honorare in der Berufsdermatologie) und www.dguv.de (Webcode d101968)

Zum Unfallversicherungsschutz eines Beschäftigten, dem im Büro schwindlig wird, und zu seinem erfolglosen Versuch, sich an einem nicht arretierten Schubladencontainer abzustützen



Urteil des Landessozialgerichts Hessen
vom 20.7.2015 – L 9 U 5/15, juris

Der 1964 geborene X, Laborleiter im Uni-Klinikum D, befand sich am 16. Oktober 2008 morgens in seinem Büro am PC. Als er von seinem Schreibtisch aufstand, wurde ihm nach wenigen Schritten schwindlig. Beim Versuch, sich mit der rechten Hand auf einem im Büro befindlichen, unter dem dortigen Waschbecken stehenden (40 bis 50 cm unter dem Waschbecken hervorragenden), nicht arretierten Schubladenrollcontainer abzustützen, rutschte er weg und stürzte zu Boden. Dabei zerbrach ein Brillenglas des X und perforierte die linke Hornhautlinse; dies mit der Folge einer Aphakie (Linsenlosigkeit) nach erfolgter Hornhauttransplantation und einem hierdurch bedingten reduzierten Sehvermögen auf dem linken Auge. Der zuständige Unfallversicherungsträger verneint einen Arbeitsunfall, weil der Unfall rechtlich wesentlich auf eine körpereigene (innere) Ursache – dem von X angegebenen Schwindel – zurückzuführen sei. Die der versicherten Tätigkeit zuzuordnende Verrichtung zurzeit des Unfalls stelle keine rechtlich wesentliche Bedingung für den Eintritt des Unfalls dar. Ein Nachweis, dass Art und Schwere der Verletzung rechtlich wesentlich durch eine Betriebseinrichtung verursacht worden seien, könne nicht geführt werden.

Demgegenüber bejaht das SG Marburg am 31. Oktober 2014 einen Arbeitsunfall, weil schon gar nicht nachgewiesen sei, dass eine sogenannte innere (unversicherte) Ursache den Schwindel des X ausgelöst habe. „Ein Schwindel könne sowohl versicherte als auch unversicherte Ursachen haben und stelle für sich genommen lediglich ein Symptom dar“ (Rz 16).

Auch das LSG Hessen bejaht einen Arbeitsunfall, wenn auch mit anderer Begründung. In einem sehr lehrreichen – von daher auch sehr lesenswerten – Urteil führt das LSG zunächst in den Arbeitsunfall, seine Merkmale und insbesondere in die Betrachtung der Kausalität ein; samt dem in der Rechtsprechung des BSG noch neuen Begriff der sogenannten „Wirkursache“ (vgl. BSG, Urteil vom 26.6.2014 – B 2 U 4/13 R –, juris). Das Problem des Falles liegt in der Konstellation eines sogenannten Unfalls aus innerer Ursache respektive im Bereich der sogenannten Unfallkausalität, in der

gefragt wird, was nun rechtlich wesentliche Ursache des Unfalls war – die (unversicherte) innere Ursache oder die versicherte Tätigkeit. Ein Unfall aus innerer Ursache steht in der Regel nicht unter Unfallversicherungsschutz, weil er ja von einer unversicherten (inneren) Ursache ausgelöst wurde. Unfallversicherungsschutz ist allerdings doch zu bejahen, wenn „etwas Betriebliches“ rechtlich wesentliche Ursache für den Unfall war; sei es eine spezifisch betriebliche Gefährlichkeit der gerade verrichteten versicherten Tätigkeit oder der Unfallstelle selbst. Hierzu sind dem Urteil des LSG Hessen zwei interessante Aspekte zu entnehmen. Zum einen sieht das LSG Hessen im Gegensatz zum SG Marburg im (nicht von der beruflichen Tätigkeit ausgelösten) Schwindel des X selbst eine (unversicherte) innere Ursache und nicht in einem diesen wiederum erst auslösenden (manifesten) Grundleiden, was hier gar nicht nachgewiesen war. Hintergrund dessen war die Erkenntnis, dass die innere Ursache immer in Abgrenzung zum Unfallereignis – als von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis – zu sehen sei. Genau das sei hier aber beim Schwindel – von innen kommender Fall. Zum anderen sieht das LSG Hessen in dem (wohl versehentlich) nicht arretierten, unter dem Waschbecken etwa 40 bis 50 cm hervorragenden Schubladencontainer ein besonderes Gefahrenmoment der Betriebsstätte, das wesentlich zum Sturz des X (Unfallereignis) beigetragen habe, denn X sei nach der Beweislage nicht sowieso wegen des Schwindels gestürzt, sondern wollte sich mit der rechten Hand am Schubladencontainer abstützen, was aber wegen dessen Instabilität nicht möglich war; dann kam der Sturz.

Hinzu kam die Erkenntnis, dass ein solcher Schubladencontainer als „bürospezifischer Ausstattungsgegenstand“ weder im privaten Bereich üblich noch allgemein verbreitet war. Hintergrund dessen dürfte – wenn auch unausgesprochen – die Auffassung sein, dass wir beim Unfall aus innerer Ursache und unserer Suche nach spezifischen betrieblichen Gefährdungsmomenten nicht auf eine allgemein, immer bestehende Gefährlichkeit (zum Beispiel messerscharfe Kanten) abstellen mögen, sondern auf eine situative (betriebspezifische) Gefährlichkeit. So ist ein nicht arretierter Schubladencontainer nicht per se besonders gefährlich; er wird es aber dann, wenn uns schwindlig wird und wir uns auf ihm abstützen wollen – und das ist schon gut nachvollziehbar.



Kontakt: Prof. Dr. Laurenz Mülheims, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg,
E-Mail: laurenz.muelheims@h-brs.de

Wechsel an der Spitze der Unfallkasse Rheinland-Pfalz

Zum 1. Januar 2016 wird Manfred Breitbach Geschäftsführer der Unfallkasse Rheinland-Pfalz. Der Verwaltungsfachmann löst Beate Eggert ab. Elf Jahre war Eggert als Geschäftsführerin der Unfallkasse Rheinland-Pfalz tätig. „Die Arbeit hat mir großen Spaß gemacht. Nach 51 Arbeitsjahren freue ich mich nun darauf, mehr Zeit für mein Enkelkind, meine Familie und meine Hobbys zu haben“, sagte sie anlässlich ihrer Verabschiedung. Die 65-Jährige bedankte sich vor allem bei ihrem Nachfolger Manfred Breitbach und bei der neuen stellvertretenden Geschäftsführerin Klaudia Engels sowie bei dem Vorstandsvorsitzenden Peter Labonte für die offene und konstruktive Zusammenarbeit. „Wir haben in vertrauensvol-

ler Zusammenarbeit vieles gemeinsam bewegt, Spaß und Freude an der Arbeit erlebt“, betonte Manfred Breitbach.

Besonderen Dank, eine Urkunde der Landesregierung und herzliche Grüße der Ministerpräsidentin übermittelte Staatssekretär Clemens Hoch, Chef der Staatskanzlei: „Ich danke Beate Eggert im Namen der Ministerpräsidentin und der ganzen Landesregierung für ihr tolles, vorbildliches Engagement. Sie hat ein Bewusstsein im Land geschaffen, präventiv am Arbeitsplatz tätig zu werden und für vorbeugenden Gesundheitsschutz zu sorgen.“ Er und Staatssekretär Günter Kern überreichten Eggert zudem das Goldene Feuerwehrenzeichen am Bande.



Von links: Klaudia Engels, stellvertretende Geschäftsführerin, Manfred Breitbach, neuer Geschäftsführer, Beate Eggert, scheidende Geschäftsführerin, und Peter Labonte, Vorstandsvorsitzender der Unfallkasse, bei der Verabschiedung in der Mittelrheinhalle Andernach

Martin Empl übernimmt Vorstandsvorsitz der SVLFG

Martin Empl hat mit Jahresbeginn den Vorsitz im Vorstand der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) übernommen. Er folgt damit Arnd Spahn, dessen Vorsitz turnusgemäß endete.

Empl, der außerdem Präsident des Gesamtverbandes der Land- und Forstwirtschaftlichen Arbeitgeberverbände (GLFA) ist, vertritt auch im Vorstand der SVLFG die Gruppe der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen. Den Schwerpunkt seiner Amtsführung möchte er insbesondere auf eine überzeugende und wirksame Präventionsarbeit legen. Darüber hinaus will er

die vor drei Jahren bundesweit eingeführten Gesundheitsangebote der SVLFG noch flächendeckender ausbauen.

Empls Blick richtet sich auch ins Innere der Verwaltung. Dort will er den Teamgeist und die Identifikation mit der SVLFG weiter stärken. Erster Stellvertreter des Vorstandsvorsitzenden ist Leo Blum aus der Gruppe der Selbstständigen ohne fremde Arbeitskräfte. Arnd Spahn ist zweiter Stellvertreter, der die Gruppe der versicherten Beschäftigten vertritt. Die Führung des Vorstandes wechselt gemäß Satzung der SVLFG alle zwei Jahre zwischen den drei Vorsitzenden.



Martin Empl, Vorstandsvorsitzender der SVLFG

Bernhard Wagner ist neuer Vorsitzender der BGHM

Die Vertreterversammlung der Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM) hat in ihrer letzten Sitzung im Jahr 2015 Bernhard Wagner mit Wirkung zum 1. Januar 2016 einstimmig zu ihrem neuen Vorsitzenden auf der Versichertenseite gewählt. Wagner tritt die Nachfolge von Hans Müller an, der sich 16 Jahre lang als Vorsitzender mit großem Engagement für die Anliegen der Versicherten der BGHM eingesetzt hat. Mit Blick auf seinen bevorstehenden Ruhestand übergibt er den Vorsitz jetzt an seinen Nachfolger.

Wagner ist seit 14 Jahren freigestellter Betriebsrat der Daimler AG Rastatt. Seit dieser Zeit ist er im Arbeitskreis des Bezirks Baden-Württemberg der IG Metall aktiv.

Seine langjährige Tätigkeit in der Automobilindustrie und die damit verbundenen Branchenkenntnisse prädestinieren ihn für sein neues Amt. Die Nähe zur Arbeitnehmerseite ebenso: Er betreut in seiner Funktion unter anderem rund 640 Beschäftigte aus der Verwaltung und aus produktionsnahen Bereichen.



Wechsel des Vorsitzenden: Hans Müller (links) wünscht seinem Nachfolger Bernhard Wagner alles Gute für das neue Amt.

Napo in neuem Glanz

Napo – internationaler Held der Prävention – hat Neuigkeiten zu vermelden! Seit Ende November 2015 erstrahlt Napos Webseite in neuem Glanz: Ein modernes Design, ein neues Download-Center und eine mobiloptimierte Nutzeroberfläche machen den Webseitenbesuch für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen, Arbeitsschutzbeauftragte und Beschäftigte noch komfortabler. Im Download-Center können einzelne Filmszenen oder ganze Filme im „Download-Warenkorb“ gesammelt und dann am Ende des Webseitenbesuchs gebündelt heruntergeladen werden.

Für Lehrkräfte an Grundschulen gibt es sogar einen besonderen Bereich, in dem

sie Lehrmittel für Unterrichtseinheiten zum Thema Sicherheit und Gesundheitsschutz herunterladen können.

Und natürlich ist Napos neue Webseite international: Sie ist nämlich in 28 Sprachen lesbar. Aber mit seiner speziellen Art zu kommunizieren erreicht Napo auch die Menschen, die eine der circa 3.472 übrigen Sprachen auf der Welt sprechen.

! Mehr Informationen unter:
www.napofilm.net



Haut-Blog der BGW: Mitreden erwünscht

Mehrmals im Monat erscheinen im neuen Web-Angebot der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) Beiträge zum Thema Haut. Da heißt es für alle Interessierten: sich informieren, kommentieren, mitmischen. Lesen, Fragen stellen und diskutieren – das ermöglicht das Haut-Blog: <https://hautblog.bgw-online.de>

Hier stehen Autorinnen und Autoren der BGW für den Austausch bereit. Sie bringen langjährige Erfahrung aus der Prävention und Rehabilitation von Hautbeschwerden und -erkrankungen mit und teilen ihr Wissen nun regelmäßig in neuen Artikeln. Wie bei Blogs üblich, sind die Informationen und Ratgebertexte lebens-

nah und meist mit einer persönlichen Note geschrieben. Es geht um den Alltag der Leserinnen und Leser – vorwiegend im beruflichen Zusammenhang, aber auch in der Freizeit.

Wie schütze ich meine Haut beim Arbeiten? Welcher Lebensstil ist gut für dieses wichtige menschliche Organ? Wer oder was hilft bei Problemen und Krankheitssymptomen? Diese und viele weitere Fragen beantwortet das Blog. Texte zu kommentieren, ist denkbar einfach: Wer mitmischen will, muss lediglich einen frei wählbaren Benutzernamen und eine gültige E-Mail-Adresse angeben – letztere wird nicht veröffentlicht. Und schon startet der Dialog.

Impressum

DGUV Forum

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

Herausgegeben von • 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, DGUV, Berlin/Sankt Augustin/München

Redaktion • Elke Biesel, Katharina Rönnebeck (DGUV), Falk Sinß (stv. Chefredakteur), Gabriele Franz, Natalie Peine, Franz Roiederer (Universum Verlag)

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

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

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

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

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

Herstellung • Harald Koch, Wiesbaden

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

Grafische Konzeption und Gestaltung • Cicero Kommunikation GmbH, Wiesbaden

Titelbild • Jan Pauls Fotografie

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

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

Zitierweise • DGUV Forum, Heft, Jahrgang, Seite

ISSN • 1867-8483

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

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



Änderungen können Konsequenzen haben!



REGEL-RECHT
aktuell

Damit Sie nichts verpassen!

Neues aus Gesetzen, Verordnungen und Regeln. Kompakt in einem Newsletter.

Kostenfreies Abo:

www.regelrechtaktuell.de

Ein Produkt der Universum Verlag GmbH



DGUV Arbeit & Gesundheit **BASICS**

Die Broschüren zu den wichtigsten Themen rund um Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit

Bestellen Sie jetzt!

www.universum.de/basics



Preise und Bestellung unter: www.universum.de/basics

Sie benötigen eine große Stückzahl, möchten Ihr Logo eindrucken lassen oder Wechelseiten einfügen?

Sprechen Sie uns an: basics@universum.de

Universum Verlag GmbH · Taunusstraße 54
65183 Wiesbaden · Telefon 0611 90 30-501
Fax: 0611 90 30-379 · Internet: www.universum.de
E-Mail: vertrieb@universum.de · Registriert
beim Amtsgericht Wiesbaden, HRB 2208
Geschäftsführer: Siegfried Pabst, Frank-Ivo Lube

UV Universum
Verlag