

DGUV Forum

Sport als Mittel der Rehabilitation



Jahresbericht

Kennziffern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 2017

Neuregelungen

Stufenweises In-Kraft-Treten des Bundesteilhabegesetzes



DGUV
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung
Spitzenverband

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wenn ein Mensch seinen gebrochenen Arm wieder halbwegs bewegen kann oder nach einem Dachsturz im Rollstuhl sitzt und diesen selbständig anschieben kann – ist dieser Mensch bereits rehabilitiert? Nein, natürlich nicht. Rehabilitation geht weit über die Heilung des Körpers oder die Beschaffung von Hilfsmitteln hinaus. Rehabilitation im heutigen Sinn bedeutet vor allem, dass der Mensch wieder fähig ist, am Arbeits- und gesellschaftlichen Leben teilzunehmen – selbständig und ohne die Hilfe dritter Personen. Der Weg dahin ist oft lang und zeitintensiv. Doch diesem Ziel ist die gesetzliche Unfallversicherung verpflichtet und zwar „mit allen geeigneten Mitteln“.



Foto: Wolfgang Beilwinkel/DGUV

Welche Rolle spielen Bewegung und Sport, um das Ziel der Teilhabe zu erreichen und das Wohlbefinden der Betroffenen zu verbessern? Diese Frage beleuchtet die vorliegende Ausgabe des DGUV Forums. Sie gibt einen facettenreichen Einblick in die Vielfalt

„Rehabilitation im heutigen Sinn bedeutet vor allem, dass der Mensch wieder fähig ist, am Arbeits- und gesellschaftlichen Leben teilzunehmen – selbständig und ohne die Hilfe dritter Personen. Der Weg dahin ist oft lang und zeitintensiv. Doch diesem Ziel ist die gesetzliche Unfallversicherung verpflichtet und zwar ‚mit allen geeigneten Mitteln‘.“

der Programme und Projekte der DGUV, die sich rund um das Thema Teilhabe und Sport drehen. Denn der Zugang zu Sport ist nicht nur elementar, um den Körper fit und in Bewegung zu halten. Er wirkt sich zudem auf unseren „Kopf“ aus. Sport ist nicht nur Ausgleich, sondern auch Ansporn. Zugleich sind wir im Sport mit anderen vernetzt und fühlen uns als Teil einer Gemeinschaft. Kurz: Der Sport als Mittel der Rehabilitation hat vielfältige, nachhaltige Wirkungen.

Das ist der Grund, warum sich die DGUV bereits seit Jahren für den Behindertensport starkmacht. Angefangen von der Filmdokumentation „Gold – Du kannst mehr als denkst“, dem Inklusionstag „Tag ohne Grenzen“ bis hin zu der „Paralympics Zeitung“ oder aktuellen Veranstaltungen wie der Rollstuhlbasketball WM 2018 in Hamburg. Mit ihrem Engagement versucht die DGUV gemeinsam mit den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen Brücken zu schlagen zwischen Rehabilitation, Behindertensport und dem übergeordneten Ziel der Inklusion.

Mit den besten Grüßen

Ihr

Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ››› 2–3

› Aktuelles ››› 4–8

› Nachrichten aus Brüssel ››› 9

› Titelthema ››› 10–23

Behindertensport in der gesetzlichen Unfallversicherung
Es wächst zusammen, was zusammengehört 10
Gregor Doepeke

Sportstudium und Behinderung
„Echt, geht das? Ja, das geht!“ 13
Thomas Abel

Mobilität als Voraussetzung sportlicher Teilhabe
„Mit Vollgas in den Sport“ 16
Vera Tillmann, Volker Anneken

Rollstuhlbasketball
Testverfahren zur Bestimmung der Leistungsfähigkeit 18
Thomas Abel, Daniel Jacko

Sport in der Rehabilitation
Sport in der Reha – ein Plädoyer für den Alltagssport 21
Andreas Dietrich

› Prävention ››› 24–35

Einweiserbefragung
Hohe Zufriedenheit mit BG Kliniken für Berufskrankheiten 24
Maike Weerts

Anreizsysteme
Instrumente mit Zukunft 26
Armin Dürr, Heinz Schmid

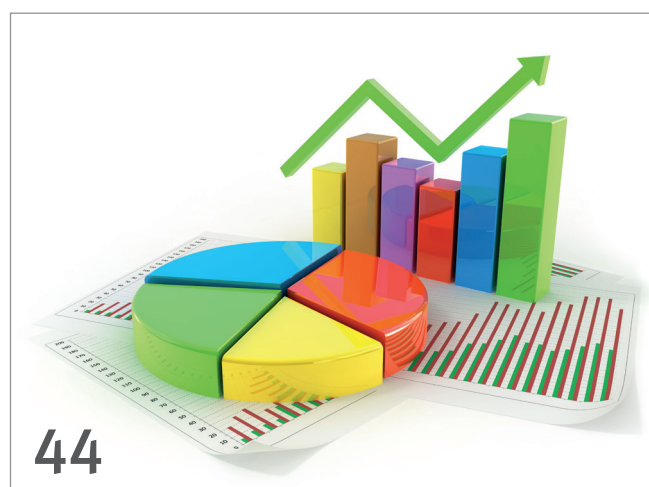
Projekt ErgoKita
„Große Leut, kleine Leut“ – ergonomische Gestaltung der Arbeitswelt „Kita“ 30
Angelika Hauke, Rolf Ellegast, Michaela Eul, Herbert Hartmann, Uwe Hellhammer, Heinz Hundeloh, Bodo Köhmstedt, Grita Schedlbauer, Andrea Sinn-Behrendt, Britta Weber

Aus der Forschung
TRGS 910 führt zum Präventionserfolg auch in kleinen Betrieben 34
Tobias Weiß, Michael Hagmann, Ralph Hebisch, Torsten Wolf, Thomas Brüning

› Unfallversicherung ››› 36–59

Neuregelungen
Stufenweises In-Kraft-Treten des Bundesteilhabegesetzes 36
Ralf Möller

Jahresbericht
Kennziffern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 2017 44
Wolfram Schwabbacher



› Aus der Rechtsprechung ››› 60

› Personalia ››› 61

› Medien/Impressum ››› 62

SVLFG und DGUV vereinbaren Kooperation



SVLFG-Geschäftsführer Reinhold Knittel (l.) und Kampagnenleiter Gregor Doepke von der DGUV präsentieren die unterzeichnete Kooperationsvereinbarung.

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) wird Partner der Präventionskampagne kommmitmensch. SVLFG-Geschäftsführer Reinhold Knittel und Kampagnenleiter Gregor Doepke von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) unterzeichneten am

15. Mai in Berlin eine Kooperationsvereinbarung. Sie beschlossen damit, in der auf zehn Jahre ausgelegten Kampagne eng zusammenzuarbeiten.

„So wie wir uns früher Gedanken über Sicherheitsgurte und Notausschalter – also

rein technische Lösungen zur Unfallverhütung – gemacht haben, wollen wir heute in den Köpfen aller Unternehmer und Beschäftigten eine Kultur der Prävention entwickeln, um einer Welt ohne Arbeitsunfälle und arbeitsbedingten Erkrankungen näherzukommen“, so Reinhold Knittel. Gregor Doepke ergänzte: „Trotz nachhaltiger Erfolge in der Prävention sinkt die Zahl der Arbeitsunfälle in den letzten Jahren langsamer. Das bedingt einen neuen ganzheitlichen Ansatz. Ziel der Kampagne ist es daher, Betriebe dabei zu unterstützen, Sicherheit und Gesundheit bei allen Entscheidungen mitzudenken.“

Diese Präventionskultur soll nach und nach über die Handlungsfelder Führung, Kommunikation, Beteiligung, Fehlerkultur, Betriebsklima sowie Sicherheit und Gesundheit vermittelt werden. Dabei wollen sich SVLFG und DGUV in ihre jeweilige Gremienarbeit einbeziehen und gemeinsam Presse- und Öffentlichkeitsarbeit betreiben.

i

Nähere Informationen stehen bereit unter:
www.kommmitmensch.de/aktuelles

Beinamputierter Stand Up-Paddler schafft Weltrekord

Es ist Sonntag, 13:43 Uhr in Xanten. Der Stand Up-Paddler auf dem Wasser der „Xantener Südsee“ geht unermüdlich seinem Sport nach. Fast 24 Stunden ohne Pause steht Matthias Wagner, beinamputierter Patient des BG Klinikums Duisburg, bereits auf seinem Board und paddelt. Die letzten paar Minuten bei mehr als 30 Grad Hitze und Sonnenschein schafft er auch noch – Weltrekord.

„Ich bin erschöpft, aber auch sehr glücklich, dass ich als erster beinamputierter Stand Up-Paddler einen Tag rund um die Uhr auf dem Wasser verbringen konnte“, sagt Wagner nach einer kurzen Erholungspause. Er habe ein Zeichen setzen wollen, dass man auch nach dem Verlust

von Gliedmaßen Höchstleistungen im Sport und im (Arbeits-)Alltag vollbringen kann. Notwendige Voraussetzungen dafür sind ein fester Wille und eine maßgeschneiderte Prothese, die das intensive Training fünf- bis sechsmal die Woche und den Wettkampf ermöglicht.

Der Weltrekord ist alles andere als selbstverständlich. Erst knapp drei Jahre ist es her, dass dem selbständigen Schweißwerkmeister im BG Klinikum Duisburg das linke Bein im Bereich des Oberschenkels amputiert wurde. Die Klinik begleitet ihn weiter. Auch bei seinem Weltrekordversuch wurde Wagner von einem Arzt der Unfallklinik betreut.

Matthias Wagner hat einen Weltrekord im Stand Up-Paddling aufgestellt. ►



Aktuelle Befragungsergebnisse zu Gewalterfahrungen junger Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte

Damit Krankenhäuser langfristig funktionsfähig bleiben, kommt es unter anderem darauf an, die jungen Beschäftigten gesund und motiviert zu halten. Auf Initiative der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) sind kürzlich über 1.000 junge Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte zu ihrer Situation am Arbeitsplatz befragt worden.

„Die Ergebnisse zeigen unter anderem, dass neben den Pflegekräften auch Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus mit

Aggressionen von Patientinnen und Patienten konfrontiert werden“, berichtete Prof. Dr. Albert Nienhaus, unter anderem Forschungsbeauftragter der BGW, auf dem diesjährigen „Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit“ in Berlin. Weiter deuten die Befragungsergebnisse darauf hin, dass Gewalterfahrungen sowie eine mangelnde Balance zwischen Verausgabung und Belohnung die Gesundheit und die Arbeitszufriedenheit junger Beschäftigter in Krankenhäusern beeinträchtigen.

An der genannten Befragung im vergangenen Jahr beteiligten sich mehr als 850 Ärztinnen und Ärzte sowie rund 200 Pflegekräfte. Durchgeführt wurde die Studie von dem von Nienhaus geleiteten „Competenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare)“ am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Beteiligt waren zudem mehrere Berufsverbände. Die vorläufigen Ergebnisse finden sich auf www.bgw-online.de, Suchbegriff: 08-00-043.

Vorsicht mit CO₂-Löschern in kleinen Räumen



Ein Löscheinsatz mit einem CO₂-Feuerlöscher kann in kleinen und engen Räumen wie etwa Kühl- und Vorratskammern, Schaltschrank- oder kleinen Lagerräumen lebensgefährlich sein. Davor warnt die Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN). Denn beim Löschen

acht Volumen-Prozent CO₂ in der Atemluft droht Erstickungsgefahr. Gerhard Sprenger, Brandschutzexperte der BGN, erklärt: „Pro Kilogramm CO₂-Löschmittel muss mindestens eine freie Grundfläche von fünfeinhalb Quadratmetern vorhanden sein, damit eine Person, die sich im Raum

Kann lebensgefährlich sein: Der Einsatz von CO₂ Löschern in kleinen Räumen

in einem kleinen Raum kann sehr schnell eine hohe Kohlendioxid-Konzentration in der Raumluft erreicht werden.

Bereits ab fünf bis acht Volumen-Prozent CO₂ in der Atemluft droht Erstickungsgefahr. Gerhard Sprenger, Brandschutzexperte der BGN, erklärt: „Pro Kilogramm CO₂-Löschmittel muss mindestens eine freie Grundfläche von fünfeinhalb Quadratmetern vorhanden sein, damit eine Person, die sich im Raum

aufhält, um den Brand zu löschen, nicht gefährdet wird.“

Achtung: Wenn das Verhältnis von freier Grundfläche zur Löschmittelmenge kleiner ist, muss man von außen durch den geöffneten Türspalt löschen und danach sofort die Tür schließen. Der Brandraum darf nur nach wirksamer Lüftung oder mit einem Umluft unabhängigen Atemschutzgerät betreten werden, wie es beispielsweise Feuerwehren einsetzen.

i

Mehr Informationen im Internet unter: www.bgn.de (Shortlink = 1598)

Basi-Umfrage: Mehr über Professionen im Arbeitsschutz erfahren

Welche Erfahrungen gibt es mit der Kommunikation und Kooperation der (Fach-) Professionen und betrieblichen Akteure, die für die Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit verantwortlich sind? Diese Frage beschreibt das zentrale Anliegen einer Umfrage der Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (Basi) in Zusammenarbeit mit der Bergischen Universität Wuppertal.

Der Hintergrund: Eine wachsende Zahl von Professionen für Sicherheit und Gesundheit ist heute in und für Unternehmen tätig – das Spektrum reicht von den

Fachkräften für Arbeitssicherheit und den Betriebsärztinnen und -ärzten bis hin zu Fachleuten aus Ergonomie, Gesundheitswissenschaft und Arbeitshygiene. Bislang ist nicht viel über die Ziele, Methoden sowie die besonderen Stärken der jeweiligen Akteure bekannt. Dies gilt sowohl für die Kommunikation und Kooperation untereinander als auch für die Kommunikation mit den Funktionsträgern im Unternehmen.

Dies will die Basi-Umfrage zu Professionen im Arbeitsschutz ändern. Sie läuft mindestens bis zum A+A Kongress 2019.

Dort werden Ergebnisse präsentiert, Zwischenresultate werden vorab in Abständen bekannt gegeben.

Alle Personen, die sich in Betrieben mit Fragen der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit beschäftigen oder sie fachlich bei diesem Thema unterstützen, sind eingeladen, sich an der Umfrage zu beteiligen.

i

Hier geht es zum Basi-Fragebogen: www.soscisurvey.de/Basi/



Die Preisträgerinnen und Preisträger des BG RCI VISION ZERO Förderpreises 2018 bei der Verleihung in Erfurt

BG RCI vergibt höchst dotierten Arbeitsschutzpreis in Deutschland

Der „Arbeitsschutz-Oscar“ der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI) ist dieses Jahr zum 21. Mal verliehen worden. An dem Wettbewerb 2018 hatten sich deutschlandweit 522 Frauen und Männer mit 225 Beiträgen beteiligt. Für die besten Ideen für eine sichere Arbeitswelt erhielten 31 Preisträger und Preisträgerinnen aus neun Unternehmen den BG RCI VISION ZERO Förderpreis. Dieser wurde in acht Kategorien verliehen. Die Förderpreise sind mit jeweils 10.000 Euro dotiert. Hinzukommen 14 Nominierungsprämien à 1.000 Euro.

Christian Pfaff, alternierender Vorsitzender der Vertreterversammlung der BG RCI, würdigte die Wettbewerbsteilnehmerinnen und -teilnehmer als „Bannerträger der VISION ZERO“. Sie teilten das Ziel der Präventionsstrategie der BG RCI, dass niemand mehr durch die Arbeit getötet wird, erkrankt oder so schwer verletzt wird, dass lebenslange Schäden entstehen. Pfaff betonte: „Sie alle haben mit Ihren Ideen dazu beigetragen, Arbeitsplätze sicherer und gesünder zu machen. Haben somit menschliches Leid verhindert und damit auch Produktionsausfälle reduziert und Kosten gespart.“

Der Förderpreis der BG RCI ist der höchst dotierte Arbeitsschutzpreis in Deutschland und wurde am 15. Juni 2018 im Kaisersaal in Erfurt verliehen. Der Preis ist personengebunden und geht direkt an die innovativen Köpfe in den Unternehmen. Seit 1997 haben sich mehr als 13.500 Menschen aus über 4.000 Betrieben mit rund 6.700 Ideen an ihm beteiligt.

i Informationen zu den Preisträgern unter: <https://www.bgrci.de>

DVR fordert eine verstärkte Entwicklung von Abbiege- und Notbremsassistenten

Der Bundesrat hat die Bundesregierung aufgefordert, sich noch intensiver dafür einzusetzen, dass künftig die schweren Rechtsabbiegeunfälle zwischen Lkw mit mehr als 7,5 Tonnen und Radfahrenden oder Fußgängerinnen und Fußgängern vermieden werden können. Die Landesregierungen plädieren dafür, Lkw mit Abbiegeassistenten auszustatten. Diese sollen warnen, sobald sich eine Person im „Toten Winkel“ befindet.

„Abbiegeassistenten retten Leben! Wir brauchen schnell wirksame Systeme für alle Lkw“, sagt Dr. Walter Eichendorf, Präsident des Deutschen Verkehrssicherheitsrats (DVR). „Der erste Schritt ist: um-

gehend Kollisionswarner für alle Fahrzeuge über 7,5 Tonnen einzuführen, auch als Nachrüstlösung. Der zweite Schritt: Die Systeme müssen auch eine Notbremsung einleiten können“, so Dr. Eichendorf weiter. „Hersteller und Zulieferer müssen mit Hochdruck daran arbeiten. Die Landesregierungen sollten ihren Einfluss auf die Industrie nutzen, um das zu erreichen. Auch wenn die technische Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist, sollten die Anforderungen an Abbiegeassistenten bereits festgelegt werden“, verlangt der DVR-Präsident.

Darüber hinaus fordert der Bundesrat, dass künftig an Notbremsassistenten hö-

here Anforderungen gestellt werden sollen. Nach Vorstellung des Bundesrats sollen durch Notbremsassistenten künftig vor allem Kollisionen mit stehenden Fahrzeugen effektiver verhindert oder abgemildert werden. Auch ein dauerhaftes Abschalten soll nicht mehr möglich sein. „So können viele der schweren Auffahrunfälle in Zukunft vermieden werden“, sagt DVR-Präsident Dr. Walter Eichendorf.

i Die ausführliche Position des DVR zu Notbremsassistenten gibt es unter: <https://www.dvr.de/dvr/beschluesse/2016-notbrems-assistenzsysteme-fuer-nutzkraftwagen.html>

Sechs Unternehmen erhalten Präventionspreis der BG ETEM

Wie können Sicherheit und Gesundheit im Arbeitsleben noch weiter verbessert werden? Die Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM) hat jetzt sechs Unternehmen für ihre guten Ideen mit dem Präventionspreis ausgezeichnet. „In vielen Betrieben haben Beschäftigte tolle Ideen für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz. Mit dem Präventionspreis wollen wir zum Nachahmen anregen und Impulse für eigene Ideen und Maßnahmen geben“, erklärt Johannes Tichi, Vorsitzender der Geschäftsführung der BG ETEM anlässlich der Verleihung.

Die Vertreterinnen und Vertreter der prämierten Unternehmen repräsentieren sehr unterschiedlichen Bereiche: Die Firmen Christiansen Print GmbH aus Ilsenburg in Sachsen-Anhalt und Bürkert Werke GmbH & Co. KG aus Ingelfingen (Baden-Württemberg) wurden für Verbesserungen technischer Details ausgezeichnet. Die innogy SE (Essen) und Koyo Bearings Deutschland GmbH aus dem nordrhein-westfälischen



Die Preisträgerinnen und Preisträger des Präventionspreises der BG ETEM

Halle haben sich mit innovativen Ideen für die Schulungen von Beschäftigten zum Thema Arbeitssicherheit hervorgetan. Dass man auch als Kleinunternehmen die Gesundheit seiner Beschäftigten fördern kann, stellt Elektroservice Jürgen Jacobs aus Straelen in Nordrhein-Westfalen mit seinen sieben Beschäftigten unter Beweis. Das Textilunternehmen Norafin Industries aus dem sächsischen Mildenaun beteiligt seine Beschäftigten an betrieblichen Arbeitsschutzmaßnahmen durch ein persönliches Budget in Höhe von 100 Euro, das jeder Mitarbeitende für Maßnahmen an

seinem Arbeitsplatz nutzen kann. Die Beschäftigten werden so angeregt, sich mit Sicherheit und Gesundheit auseinanderzusetzen.

Der Präventionspreis der BG ETEM wird seit 2008 alle zwei Jahre vergeben. Bei der sechsten Runde im Jahr 2018 beteiligten sich 116 Unternehmen aus den sechs Branchen der BG ETEM. Die einzelnen Präventionspreise für jede Branche sind mit jeweils 5.000 Euro dotiert. Für den Publikumspreis gab es zusätzlich 3.000 Euro Preisgeld.

Praxistaugliches Robotersystem für Medizin und Pflege ist einsatzreif

Die Zukunft von Medizin und Pflege wird maßgeblich durch Roboterunterstützung mitgestaltet. Das ist die feste Überzeugung von Prof. Dr.-Ing. Sami Haddadin. Der bereits mit zahlreichen Preisen und Ehrungen ausgezeichnete Wissenschaftler der Technischen Universität München präsentierte auf einer Pressekonferenz des Unfallkrankenhauses Berlin (ukb) im Rahmen des Hauptstadtkongresses seine Vorstellungen und Ideen, wie Robotik-Systeme schon heute zum Einsatz kommen können.

Der Roboterarm „Panda“ mobilisiert einen Patienten oder eine Patientin nach Schlaganfall oder hilft gebrechlichen Senioren beim Rasieren: Das sind nur zwei von unzähligen Anwendungen, die jetzt dank völlig neu entwickelter sensitiver Systeme möglich sind. „Unsere Roboter haben jetzt erstmalig einen funktionierenden Tastsinn, sind mit einer Art digitalem zentralen Nervensystem ausgestattet. Das macht sie feinfühlig, sicher und interaktiv“, sagt Prof. Haddadin.

„Mensch-Maschinen-Systeme sind endlich praxistauglich. Das gilt für Exoskelette ebenso wie für diese leicht bedienbaren Roboter. Die BG Kliniken haben großes Interesse, auf diesem Feld mitzuwirken. Gerade unsere Patienten mit schwersten Verletzungen, Querschnittlähmung und Verbrennungen können davon profitieren, besonders im Bereich einer unserer Kernkompetenzen – der integrierten Rehabilitation“, sagt Prof. Axel Ekkernkamp, Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer des ukb sowie Ressortleiter Medizin der BG Kliniken.

Schulungsvideos für mehr Sicherheit



Die Preisträger freuen sich über den „Schlaue Fuchs“

Gefährdungen erkennen und vermeiden – darum geht es in zwölf Schulungsvideos, die die gewerblichen Auszubil-

denden von Kirchhoff Automotive in Attendorf gemeinsam mit ihrem Ausbildungsleiter Michael Isphording erarbeitet haben. Für diesen vorbildlichen Einsatz in Sachen Arbeitsschutz erhält das Unternehmen nun den „Schlaue Fuchs“, eine renommierte Auszeichnung der BGHM. Uwe Suchland, Leiter Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz bei Kirchhoff Automotive, nahm den Preis am 28. Mai 2018 von Frank Mays, Leiter des BGHM-Präventionsbezirks West, entgegen.

„Dieser Preis ist eine Auszeichnung, auf die wir stolz sein können und mit der wir uns als Unternehmen den Arbeitsschutz betreffend von der breiten Masse abheben“, sagte Uwe Suchland. Die Videos zeigen verschiedene Situationen, in denen sich die Protagonisten – in diesem Fall die Auszubildenden – falsch verhalten. Mit Hilfe der Videos sollen beispielsweise Gefährdungen in den Bereichen Warenanlieferung, Werkzeugdemontage und Qualitätskontrolle im Presswerk erkannt werden.

Kostenloses Online-Programm zur Gefährdungsbeurteilung in der Feuerwehr

Für die Gefährdungsbeurteilung in den Freiwilligen Feuerwehren haben die Feuerwehr-Unfallkassen FUK Nord, FUK Mitte und FUK Brandenburg in Kooperation mit der Fachfirma Mesino eine Software entwickelt. Sie hilft, den Prozess Gefährdungsbeurteilung deutlich zu vereinfachen. Das Programm „riskoo – Gefährdungsbeurteilung online für die Feuerwehren“ steht den Wehren in den Geschäftsgebieten der beteiligten Kassen ab sofort kostenlos zur Verfügung.

Auf die Notwendigkeit von Gefährdungsbeurteilungen wird bereits seit vielen Jahren hingewiesen. Aber im Rahmen von Besichtigungen zeigt sich, dass Gefährdungsbeurteilungen im Bereich der Feuer-

wehren vielfach nicht oder nur unzureichend durchgeführt werden. Die Online-Gefährdungsbeurteilung soll jetzt unterstützen.

Das Programm „Gefährdungsbeurteilung online“ wird dafür schrittweise weiterentwickelt und mit neuen Modulen ergänzt, damit den Feuerwehren und den Trägern des Brandschutzes ein umfassendes und weitreichendes Werkzeug für eine kontinuierliche Erstellung und Fortführung der Gefährdungsbeurteilung vorliegt.

Den Link zur Software findet man auf den Internetseiten der HFUK Nord (www.hfuk-nord.de), FUK Mitte (www.fuk-mitte.de) sowie FUK Brandenburg (www.fukbb.de).



Das Programm „riskoo – Gefährdungsbeurteilung online für die Feuerwehren“ lässt sich als Online-Lösung auf einem PC, Tablet oder Laptop anwenden und hilft, den Prozess der Gefährdungsbeurteilung deutlich zu vereinfachen.

Neue Empfehlungen nach Schnittverletzungen mit infektiösem Material

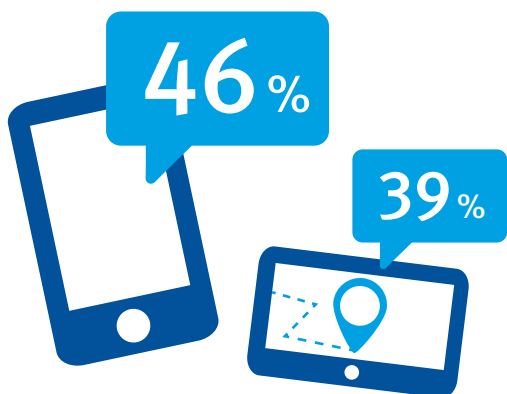
Stich- und Schnittverletzungen, bei denen die Wunde potenziell mit infektiösem Material kontaminiert ist, müssen angemessen versorgt werden. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und die Unfallkassen Baden-Württemberg, Berlin, Nord und Nordrhein-Westfalen geben dazu jetzt gemeinsame und zum Teil neue Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, die an der Nachsorge entsprechender Arbeitsunfälle im Gesundheitsdienst beteiligt sind.

Das abgestimmte Nachsorgeprogramm beschreibt für die Infektionsrisiken durch Hepatitis-B-Viren (HBV), Hepatitis-C-Viren (HCV) und HIV Vorgehensweisen für den Regelfall. Zum Beispiel gibt es für die HIV-Diagnostik mittlerweile verbesserte Testmöglichkeiten. Daher ist eine Neuerung, dass der bislang übliche dritte Screeningtest nach sechs Monaten entfällt, wenn die beiden vorangegangenen Screeningtests negativ ausfielen.

Genauere Informationen dazu und weitere Neuerungen gibt es auf der BGW-Homepage. Unter anderem lässt sich dort das aktuelle Nachsorgeschema als Übersicht herunterladen. Ferner gelangen Interessierte über die Internetseite der BGW auf einen vertiefenden Fachartikel zum Thema in der Zeitschrift ASU.



www.bgw-online.de/nsv-nachsorge



Zahl des Monats: 46 Prozent nutzen Mobiltelefon während der Fahrt

Laut einer Studie der Allianz sind 2015 etwa 350 Menschen bei Verkehrsunfällen ums Leben gekommen, weil mindestens eine beteiligte Person unaufmerksam war. Statistisch gesehen ist Ablenkung somit die Ursache für jeden zehnten Unfall mit Todesfolge auf deutschen Straßen. Das bedeutet: Es starben mehr Menschen durch Unaufmerksamkeit als bei Unfällen, die auf Alkoholeinfluss zurückzuführen sind. Fast jeder/jede zweite Pkw-Fahrer oder -Fahrerin in Deutschland (46 Prozent) nutzt sein Mobiltelefon während der Fahrt. 39 Prozent bedienen unterwegs ihr Navigationsgerät. Und jeder vierte Person, die das Smartphone nutzt (24 Prozent), liest am Steuer Textnachrichten, rund 15 Prozent schreiben sogar selbst Nachrichten.



Mehr Informationen: www.runtervomgas.de



Digitalisierung der öffentlichen Verwaltung

Nicht nur die Bundesregierung möchte, dass künftig die Bürgerinnen und Bürger mit der Verwaltung auch problemlos online kommunizieren können. Die Europäische Kommission treibt die Digitalisierung in grenzüberschreitenden Bereichen ebenfalls voran. Hierzu hat die Brüsseler Behörde im vergangenen Jahr einen Vorschlag für eine Verordnung vorgelegt. Dieser sieht vor, ein zentrales, digitales Zugangstor zu errichten. Die Verordnung soll die rechtliche Grundlage für die Digitalisierung der öffentlichen Verwaltung sein.

Ähnlich wie es auch das Online-Zugangsgesetz vorsieht, sollen die Bürgerinnen und Bürger über eine zentrale Benutzer-Schnittstelle („Your Europe“) auf möglichst viele öffentliche Dienste zugreifen können – auch in grenzüberschreitenden Situationen. Hierzu müssen jedoch zunächst auf nationaler Ebene eine Reihe bereits analog bestehender öffentlicher Verwaltungsverfahren so angepasst werden, dass sie künftig auch digital zu Verfügung stehen. Mit Blick auf die grenzüberschreitende Nutzung müssen diese Verfahren zusätzlich in einer weiteren Sprache vorgehalten werden, die von den meis-

ten Menschen aus anderen Mitgliedsstaaten bei der Nutzung verstanden wird.

Diese Anforderungen gelten auch für die deutsche Sozialversicherung. So muss zum Beispiel nach dem kürzlich gefundenen Kompromiss zwischen Rat, Europäischem Parlament und Europäischer Kommission die Beantragung und Ausstellung der Europäischen Gesundheitskarte ebenso auf elektronischem Weg möglich sein. Auch die Steuererklärungen sollen künftig digital möglich sein; dies gilt allerdings nicht für den Bescheid.

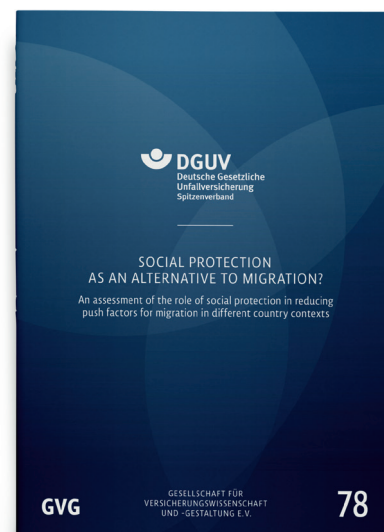
Soziale Sicherung als Alternative zur Migration?

Sind stabile soziale Sicherungssysteme eine wirksame Lösung, um den Ursachen von Flucht und Vertreibung entgegenzuwirken? Diese Frage wurde im Rahmen einer Veranstaltung in Brüssel mit Vertreterinnen und Vertretern aus Politik und Zivilgesellschaft diskutiert. Im Mittelpunkt der Veranstaltung stand die von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung in Auftrag gegebene Studie „Soziale Sicherung als Alternative zur Migration?“. Die Studie hat die Zusammenhänge zwischen sozialer Sicherung, gesellschaftlicher Entwicklung und Migration untersucht.

Die Mitautorin der Studie, Professor Esther Schüring, Leiterin des Internationalen Masterstudiengangs „Analyse und Gestaltung von Sozialschutzsystemen“ der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, erläuterte mit Fallstudien für die Länder Pakistan, Irak, Nigeria und Albanien die Zusammenhänge zwischen sozialer Sicherung, gesellschaftlicher Entwicklung und Migration. Soziale Sicherung

könne Migration sowohl fördern als auch hemmen. Ob und wie soziale Sicherung die Entscheidung einzelner Personen beeinflussen könne, in ein anderes Land auszuwandern, hänge von den jeweiligen Rahmenbedingungen in den Herkunftsländern ab. Bei der individuellen Entscheidung spiele vor allem die Angemessenheit, Häufigkeit und Verlässlichkeit der Ansprüche eine Rolle.

Bei der Podiumsdiskussion diskutierte Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der DGUV, mit Vertretern der Europäischen Kommission, der Internationalen Organisation für Migration für den Europäischen Wirtschaftsraum und der Republik Senegal über die Frage, welche Handlungsempfehlungen sich aus diesen Erkenntnissen für die Politik ableiten lassen. Insgesamt wurde deutlich, dass soziale Sicherung ein wichtiger Faktor ist, um die Lebensbedingungen von Menschen in ihren Herkunftsländern zu verbessern.



Quelle: GVG

Die Titelseite der Studie „Soziale Sicherung als Alternative zur Migration“

Behindertensport in der gesetzlichen Unfallversicherung

Es wächst zusammen, was zusammengehört

Die gesetzliche Unfallversicherung engagiert sich seit vielen Jahren im Sport für Menschen mit Behinderung und das aus gutem Grund: Eine ihrer zentralen Aufgaben ist es, Menschen nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit mit „allen geeigneten“ Mitteln zu rehabilitieren und sie wieder in das Berufsleben einzugliedern.

„Sport ist für mich das Wichtigste im Leben. Ich laufe nicht, obwohl mir ein Bein fehlt. Ich laufe, weil mir ein Bein fehlt!“

So bringt Heinrich Popow, einer der erfolgreichsten deutschen paralympischen Sportler, seine Motivation prägnant auf den Punkt. Sicher ist diese Aussage sehr persönlich und scheint vermeintlich weit entfernt von den Ursprüngen des Sports der Menschen mit Behinderungen zu sein. Doch ist sie das wirklich?

Nach dem 2. Weltkrieg entwickelte der deutschstämmige Neurologe Sir Ludwig Guttmann bis heute gültige Methoden zur Behandlung von Querschnittgelähmten. Es gelang ihm, die Überlebenschancen der Menschen entscheidend zu verbessern, die durch Kriegsverletzungen schwerstbehindert waren. Gleichzeitig förderte er die sportliche Betätigung von Menschen mit Behinderungen. So legte er mit den von ihm initiierten Stoke Mandeville Games 1948 den Grundstein für die modernen paralympischen Spiele.

Von da an bis zum Einstieg von Heinrich Popow in den Leistungssport im Jahr 2001

sollte erst noch ein halbes Jahrhundert vergehen – eine lange Zeit, in der sich der Sport der Menschen mit Behinderungen wesentlich entwickelt und auch verändert hat. Er ist vom Versehrten Sport – so der früher gebräuchliche Begriff – zu einem Motor und zugleich Gradmesser gesell-

„Sport ist für mich das Wichtigste im Leben. Ich laufe nicht, obwohl mir ein Bein fehlt. Ich laufe, weil mir ein Bein fehlt!“

schaftlicher Entwicklung geworden und trägt dazu bei, dem Ziel der Inklusion von Menschen mit Behinderung stetig näherzukommen. Heinrich Popow bringt daher mit seinem Zitat die Bedeutung des Sports für Menschen mit Behinderung nachdrücklich auf den Punkt: Bewegung trägt entscheidend zur körperlichen und seelischen Gesundheit von Menschen mit Behinderung bei.

Rehabilitation und Prävention

Und genau hier setzt auch die gesetzliche Unfallversicherung an. Eine ihrer zentralen Aufgaben ist es, Menschen nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit mit „allen geeigneten“ Mitteln zu rehabilitieren und sie wieder in das Berufsleben einzugliedern.

Sport bewegt die Menschen und spielt als Teil der Rehabilitation nach Unfallverletzungen unbestritten eine wichtige Rolle: Er fördert die Bewegungsfähigkeit und Mobilität der Betroffenen und unterstützt die berufliche Wiedereingliederung. Die positiven Effekte beschränken sich aber nicht allein auf die körperliche Mobilisierung, es geht auch darum, die psychische Gesundheit zu stärken und soziale Räume für die Betroffenen zu öffnen. Sport ermöglicht durch das gemeinsame Erleben gesellschaftliche Teilhabe und hilft, Berührungspunkte abzubauen. Dies ist ein explizites Ziel des Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), den die gesetzliche Unfallversicherung 2011 verabschiedet hat.

Aber auch die präventiven Wirkungen des Sports für Menschen mit Behinderung sind für die Arbeit der gesetzlichen Unfallversicherung von Bedeutung – insbesondere um das Fortschreiten einer Behinderung oder Sekundärerkrankungen zu vermeiden. Sportliche Betätigung wirkt außerdem dem erhöhten Unfallrisiko entgegen, dem Menschen mit Behinderung aufgrund von Bewegungsmangel und geringer Bewegungserfahrung ausgesetzt sind. Darüber hinaus leisten sportliche Bewegungsangebote einen nicht zu unterschätzenden präventiven

Autor



Gregor Doepke

Stabsbereich Kommunikation der DGUV
E-Mail: gregor.doepke@dguv.de

Sir Ludwig Guttman 1976 mit dem paralympischen Athleten Eric Russell



Beitrag zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz – auch für Menschen mit Behinderung.

Aus dieser substantiellen Bedeutung, die Sport und Bewegung für die Präventions- und Rehabilitationsarbeit haben, sind zahlreiche Aktivitäten entstanden, mit denen die gesetzliche Unfallversicherung und ihre Träger den Reha- und Behindertensport unterstützen.

Bewusstsein bilden

In dem ersten Aktionsplan der gesetzlichen Unfallversicherung zur UN-BRK heißt es: „Die gesetzliche Unfallversicherung will mit ihrem Aktionsplan bewusstseinsbildend wirken und die Vielfalt unter den Menschen mit Behinderungen in angemessener Weise berücksichtigen.“ Ganz in diesem Sinne sind daher in den vergangenen Jahren zahlreiche zum Teil wegweisende Projekte entstanden. Persönliches

Erleben, eigenes Mitmachen, das Erlebte verarbeiten und weitererzählen sind elementare Bestandteile aller Aktionen und Projekte. Von der Produktion des Kinofilms GOLD – DU KANNST MEHR ALS DU DENKST über die Paralympics Zeitung bis hin zu dem German Paralympic Media Award engagiert sich die gesetzliche Unfallversicherung mit zahlreichen öffentlichkeitswirksamen Aktionen für den Behindertensport.

In diesem Kontext hört man öfter den Einwand, dass die genannten Funktionen des Sports zwar zuträfen, der Leistungssport in diesem Zusammenhang aber keine Rolle spiele und nur für PR-Zwecke geeignet sei. Diese Sichtweise verkennt, dass der Leistungssport Vorbilder schafft und für öffentliche Aufmerksamkeit sorgt. Er trägt dazu bei, Menschen zu mobilisieren, die erst wieder einen Zugang zur körperlichen Bewegung finden und ihre eigene Fähig-

keit wiedererlangen müssen, sich zu bewegen. Zusätzlich motiviert er die Menschen, die bereits vor Erlangung ihrer Behinderung sportlich tätig waren. Athletinnen und Athleten mit Behinderung transportieren die wichtige Botschaft, dass eine Behinderung nicht automatisch das Ende sportlicher Ambitionen sein muss – egal, ob im Breiten- oder im Leistungssport.

Sportlerinnen und Sportler wie Kirsten Bruhn, Martin Braxenthaler, Andrea Eskau, Hans-Peter Durst, Edina Müller, Heinrich Popow, Anna Schaffelhuber, Gerd Schönfelder, Annika Zeyen und viele andere leben ein Beispiel gebendes Engagement vor. Sie machen mit ihren beeindruckenden Lebensgeschichten anderen Menschen Mut. Sie vermitteln in ihrer Botschafterrolle für die Unfallversicherung nicht nur die besondere Qualität der Rehabilitation der Unfallversicherung, sondern motivieren die von einer Behinderung gerade Betroffenen nachhaltig, die Möglichkeiten des Sports zu nutzen.

Strukturen schaffen

Die Bewusstseinsbildung mithilfe des Leistungssports ist nur die Spitze des Eisbergs. Das Fundament bilden Strukturen, die vor allem auch den Reha- und Breiten-sport in den Fokus des Engagements der Unfallversicherung stellen. Enge Verbindungen zwischen Unfallversicherung und dem Deutschen Behindertensportverband (DBS) sowie dem Deutschen Rollstuhlsportverband (DRS) schaffen Strukturen, in denen Sportangebote für Menschen mit Behinderungen weiterwachsen können.

Inwiefern dies unmittelbar relevant für die Versicherten der gesetzlichen Unfallversicherung ist, zeigen zum Beispiel die gemeinsamen Aktivitäten mit dem DRS. Unter anderem ermöglicht die enge Zusammenarbeit, frischverletzten Versicherten schon im Zuge der klinischen Behandlung in der Sporttherapie unterschiedliche Angebote des DRS aufzuzeigen. Dies hat den Vorteil, dass die Versicherten nach ihrer Entlassung aus der Klinik direkt mit kooperierenden Vereinen in Kontakt gebracht oder an wohnortnahe Vereine weitervermittelt werden können. So entsteht ▶

ein lückenloser Übergang vom „Klinikbett in den Breitensportverein“. Neben den positiven Auswirkungen auf die Rehabilitation der Verletzten bietet dieses Vorgehen natürlich auch ein soziales Auffangnetz und die Möglichkeit zum direkten Austausch mit Menschen in einer ähnlichen Situation.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Zusammenarbeit mit beiden Sportverbänden ist die Bewusstseinsbildung in Schulen. So bietet der DRS in Kooperation mit Unfallversicherungsträgern und regionalen Behörden für Schülerinnen und Schüler ab der fünften Klasse die Möglichkeit, Rollstuhlbasketball auszuprobieren: „Schulsport mal anders“.

Der Behindertensportverband (DBS) wiederum setzt die Lehrmaterialien breit ein, die von der Unfallkasse Berlin zum Film GOLD, zum Thema Sitzvolleyball und jetzt aktuell zum Thema Leichtathletik entwickelt wurden, und verteilt sie in seinen Strukturen. Aufgrund langjähriger Zusammenarbeit bei konkreten Projekten wie zum Beispiel der Paralympics Zeitung oder dem Film GOLD und seiner Verbreitung durch die Unfallkassen in den Schulen wurde daher mit dem DBS anlässlich der Paralympics in Rio 2016 eine auf mehrere Jahre angelegte Partnerschaft vereinbart.

Para-Leichtathletik-EM und Rollstuhlbasketball-WM 2018

Bei der langjährigen guten Zusammenarbeit zwischen der gesetzlichen Unfallversicherung, DBS sowie DRS überrascht es wenig, dass auch dieses Jahr wieder zwei gemeinsame Großprojekte anstehen: die

GERMAN PARALYMPIC MEDIA AWARD 18



Heinrich Popow, mit den Botschaftern der Para-Leichtathletik EM 2018, Mathias Mester (l.) und Niko Kappel.

Para-Leichtathletik-Europameisterschaft in Berlin und die Rollstuhlbasketball-Weltmeisterschaft in Hamburg. Auch bei diesen Projekten ist die Vernetzung eng, die genutzten Synergien sind zahlreich: So sichert das Unfallkrankenhaus Berlin (ukb) bei der Para-Leichtathletik-EM die ärztliche Versorgung vor Ort. Die VBG übernimmt im Vorfeld die Schulung der Helferinnen und Helfer sowie der Kampfrichterinnen und Kampfrichter in Bezug auf Arbeitsschutz und Unfallversicherung.

Die Rollstuhlbasketball-Weltmeisterschaft wird von den in Hamburg ansässigen Unfallversicherungsträgern und der DGUV als Partner unterstützt. Sie ist eingebettet in zwei Fachsymposien. Mit Unterstützung der VBG und der DGUV organisiert Rehabilitation International (RI) ein Symposium mit dem Thema „Nutzen und Be-

dingungen von Sport im Hinblick auf Gesundheit und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (BGW) nutzt die WM, um ein Fachsymposium zum Thema „Neue Wege der Teilhabeplanung“ durchzuführen.

Unfallversicherung und Behindertensport: eine logische Symbiose

Die geschichtliche Entwicklung der größten internationalen Veranstaltung im Behindertensport, den Paralympischen Spielen, zeigt sehr eindrücklich, wie eng die Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung mit den positiven Wirkungen des Sports verbunden sind: denn eine symbiotische Beziehung zwischen Unfallversicherung und dem Vater der Paralympischen Spiele, Ludwig Guttmann, existierte schon sehr früh. Die von ihm entwickelten Behandlungsmethoden wurden von den berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken frühzeitig übernommen. Tägliche sportliche Betätigung wurde zum Bestandteil der oft noch sehr langwierigen klinischen Behandlung sowie der beruflichen und sozialen Rehabilitation. 1966 fanden dann erstmals Sportfeste in den BG-Kliniken statt, die helfen sollten, Rollstuhlfahrer und Rollstuhlfahrerinnen zu aktiver sportlicher Betätigung zu motivieren. Daran knüpfen die aktuellen Projekte an. Und hier schließt sich der Kreis: Denn Guttmann hatte sowohl den damaligen Spitzenverband der Unfallversicherung als auch die BG-Klinik in Murnau beraten. Fazit zum Engagement der Unfallversicherung für den Behindertensport: „Es wächst zusammen, was zusammengehört.“

Foto: MSSP – michael schwartz sportphoto



Der „Tag ohne Grenzen“ möchte verbinden: Sport, Spaß und Informationen können Berührungspunkte zwischen Menschen mit und ohne Behinderung abbauen.

Sportstudium und Behinderung

„Echt, geht das? Ja, das geht!“

Das Studium an der Sporthochschule Köln hat den Ruf, gerade in seinen praktischen Teilen besonders anspruchsvoll zu sein. Können auch Menschen mit Behinderung es erfolgreich bewältigen? Die dort seit Jahren gelebte Realität zeigt: Ja.

Austragungsort: Deutsche Sporthochschule Köln

Die 1947 gegründete Deutsche Sporthochschule Köln ist die einzige Sportuniversität Deutschlands und auch die einzige ihrer Art in Europa. 1970 wurde sie als wissenschaftliche Hochschule des Landes anerkannt, womit das Promotions- und Habilitationsrecht verbunden ist. Der Campus der Deutschen Sporthochschule Köln ist überwiegend barrierefrei.

Die insgesamt 31 Studiengänge, in denen mehr als 6.100 Studierende an der Hochschule studieren, setzen sich aus Angeboten der Ausbildung für Lehrerinnen und Lehrer, sportwissenschaftlichen Bachelorstudiengängen, sportwissenschaftlichen Masterstudiengängen, dem Promotionsstudium sowie verschiedenen Weiterbildungsmastern zusammen. Die Hochschule setzt auf die starke Einheit von sportwissenschaftlicher Forschung und Lehre.

Die wissenschaftlichen Bachelorstudiengänge sehen neben den sporttheoretischen Auseinandersetzungen vielfältige Praxiserfahrungen in den unterschiedlichen sportpraktischen Feldern vor. Weil dieser praktische Teil alle Bachelor-Studiengänge prägt, ist der Zugang außer durch die üblichen Vergabeverfahren von Studienplätzen an Hochschulen an eine entsprechende Eignungsfeststellung ge-



Praxiskurs Schwimmen: Vera Thamm (Athletin Paralympics London 2012 und ehemalige Studentin der Hochschule) demonstriert Schwimmtechniken ohne Hand und Unterarmeinsatz.

koppelt. In den Masterstudiengängen oder im Promotionsstudiengang gibt es hingegen keinen Eignungstest. Durch die Eignungsfeststellung wird zum einen überprüft, ob die Bewerberinnen und Bewerber fähig sind, den Praxisanteil im Studium zu erfüllen. Zum anderen gibt es deutlich mehr Bewerberinnen und Bewerber als Studienplätze. Damit ist der Test auch ein erstes Auswahlkriterium.

Talentsichtung: Warum eigentlich nicht?

Ein Studium an der Deutschen Sporthochschule steht zunächst jeder Bewerberin und jedem Bewerber mit einer Hochschulzugangsberechtigung offen. Diese Möglichkeit schließt, nicht zuletzt aufgrund von internationalen (UN-BRK) und nationalen, eher föderalen Gesetzen (Hochschulzugangsgesetz), Menschen mit Behinderung explizit ein (Bentele 2017, Block, 2016). Notwendig für Bewerberinnen und Bewerber, aber nicht hinreichend, ist in jedem Fall eine hohe Affinität zum Sport. Das ist im Idealfall eine biographische Verbindung zu sportpraktischen Feldern – verbunden mit einer wissenschaftlichen Neugier auf die theoretischen Grundlagen in den verschiedenen Bereichen des sportlichen Handelns. Liegen diese Voraussetzungen bei Menschen mit einer Behinderung vor, dann steht ihnen selbstverständlich das Studium offen. Das Vorurteil „Damit du an der Deutschen Sporthochschule Köln studie- ▶

Autor



Univ.-Prof. Dr. Thomas Abel

Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft
Deutsche Sporthochschule Köln
E-Mail: abel@dshs-koeln.de

ren kannst, musst du eigentlich ein olympischer Kaderathlet sein und mit einer Behinderung geht das schon gar nicht“ mag zum Teil dem Ruf der Hochschule geschuldet sein oder der Medienberichterstattung, es trifft aber nicht zu.

Hürdenlauf: Zugangsvoraussetzung, Eignungstest und Zulassung

Beim Eignungstest, der an der Hochschule zweimal jährlich angeboten wird, müssen die Bewerberinnen und Bewerber an einem Tag Leistungen in allen Praxisfeldern des späteren Studiums nachweisen. Die Einzelprüfungen stellen dabei in etwa Leistungsanforderungen im Bereich des Sportabzeichens für die entsprechende Altersgruppe dar. Insgesamt ist der Test anspruchsvoll. Im Verlauf des Tests dürfen Kandidatinnen und Kandidaten maximal eine Teilprüfung nicht bestehen (Defizit). Bei einer zweiten nicht bestandenen Prüfung muss der Eignungstest beendet werden und wird als nicht bestanden bewertet.

Bewerberinnen und Bewerber mit einem Grad der Behinderung geben dies bei der Anmeldung zur Eignungsfeststellung an. Sie bekommen dann zusätzliche Informationen und können Kontakt aufnehmen zu den Beauftragten des Rektorats der Hochschule für die Belange von Studierenden mit einer Behinderung. Sie können besprechen, wie der Test abläuft. Am Testtag werden die gehandicapten Kandidatinnen und Kandidaten, die an allen Tests im gleichen Verfahren und zusammen mit anderen Prüflingen teilnehmen, von den Beauftragten durchgehend begleitet. Die Prüfenden der Hochschule be-

werten die Leistungen der Bewerberinnen und Bewerber mit Behinderung in gleicher Form. Der einzige Unterschied ist, dass der Eignungstest auch dann fortgeführt werden darf, wenn mehr als ein Defizit auffällig wird. Ist das der Fall, wird nach dem Test und unter Beteiligung der Fachvertreterinnen und Fachvertreter der Sportarten und der Beauftragten ein Gutachten für das Rektorat erstellt. Das Rektorat der Hochschule entscheidet abschließend, rechtsverbindlich und nur für die eigene Hochschule bindend, ob der

„Nachteilsausgleich: Eine adäquate, gleichwertige und rechtsverbindliche Prüfungssituation, inklusive der korrekten Beurteilung des Prüflings wird sichergestellt. Die Person mit einer Behinderung darf weder bevorzugt noch benachteiligt werden.“

Test als bestanden oder nicht bestanden gewertet wird. Bei dem Gutachten wird berücksichtigt, ob die einzelnen Defizite der Behinderung zuzuordnen sind oder ob sie aufgrund einer mangelnden Übung oder einer mangelnden Eignung entstanden sind. Im ersten Fall würde der Test trotz der Vergabe von mehr als einem Defizit als bestanden gewertet werden, im zweiten Fall nicht.

Ein Beispiel: Eine Bewerberin mit einem deutlich verkürzten Arm, der bei maximaler Streckung nicht über den Kopf reicht, wird die turnerische Anforderung des Handstands nicht erfüllen können. Das Defizit ist hier der Behinderung zuzuordnen und stellt kein Hindernis für die grundsätzliche Durchführung eines turnerischen Handelns im Studium dar. Bei der Entscheidung zum Bestehen der Eignungsfeststellung würde dieses Defizit als nicht negativ relevant eingestuft. Sollte die gleiche Kandidatin beim Sprung vom Einmeterbrett beim Schwimmen zum Beispiel nicht die geforderte Streckung im Hüftgelenk beim Eintauchen ins Wasser zeigen, dann würde dieses Defizit auch weiterhin als Defizit bewertet werden. Denn die Streckung in der Hüfte wird nicht von der veränderten Situation des Armes beeinflusst. Mindestens zwei derartige Defizite würden, analog zum gesamten Verfahren, auch hier zur Bewertung „nicht bestanden“ führen.

Gleichsam muss aber auch die grundsätzliche „Eignung“ einer Kandidatin oder eines Kandidaten mit einer Behinderung für das Wesen des Studiums berücksichtigt werden. Ein Beispiel wäre hier der Wunsch eines jungen Mannes mit Osteogenesis imperfecta, umgangssprachlich als Glasknochenkrankheit bezeichnet, der in einer Beratung darauf hinwies, dass keine praktische Belastung im Rahmen des Studiums möglich sein würde, weil spontane Knochenbrüche auftreten könnten. Damit kann das Wesen des Studiums nicht erfüllt werden, eine Eignung ist somit nicht gegeben. Diesem Bewerber, der Sportjournalist werden wollte, wurde

Foto: Lena Overbeck/DSHS



Foto: Lena Overbeck/DSHS

Laufeinheit als Vorbereitung des Staffelmaraathons „R(h)ein Inklusiv“, bei dem zwei Sportlerinnen und Sportler mit und zwei ohne Behinderung gemeinsam den Marathon bewältigen



Praxiskurs Basketball, in dem regelmäßig auch Rollstuhl-Basketball thematisiert wird

empfohlen, einen für das Masterstudium „Sport, Medien- und Kommunikationsforschung“ einschlägigen, rein journalistischen Bachelor an einer anderen Universität zu belegen. Liegen Behinderungsformen vor, die aufgrund ihres progredienten Verlaufs einen schnellen Studienbeginn notwendig machen, um von der (noch) vorhandenen körperlichen Funktion zu profitieren, machen Härtefallanträge häufig den direkten Studienbeginn möglich.

Trainingsmethodik Dauerlauf: Basisstudium

Sportpraktische Inhalte sind in den Bachelorstudiengängen der Hochschule wesentlich im Basisstudium verortet. Verpflichtend sind unter anderem Veranstaltungen in der Leichtathletik, im Schwimmsport, in Mannschaftssportarten und Rückschlagsportarten und im Feld „Trainieren“ – bestehend aus verpflichtenden Angeboten zu den Feldern: Kraft-, Koordinations-, und Ausdauertraining. Studierende mit einer Behinderung nehmen im Regelbetrieb an diesen Veranstaltungen teil. Notwendige Anpassungen im Bereich des Unterrichts und der praktischen Lernerfolgskontrollen werden durch die Lehrkräfte selbständig vorgenommen. Dies geschieht oftmals in Absprache mit den anderen Studierenden der Kursveranstaltung und zum Teil unter Beteiligung der Beauftragten. Dialog und Begegnung, besetzt mit grundsätzlich positiven Emotionen, fördern dabei grundsätzlich eine Möglichkeit, Haltung zu entwickeln oder zu verändern (Block et al. 2017).

Wettkampf: Prüfungen im Studium

Prüfungen sind Bestandteil eines Studiums. Ein Studiengang, dessen Wesensmerkmal auch aus sportpraktischen Inhalten besteht, wird deshalb zwingend praktische Prüfungen durchführen, bei denen Studierende mit einer Behinderung, analog zu den Studierenden ohne Behin-

derung, das Recht auf eine faire Leistungsanforderung und Leistungsbeurteilung haben. Darüber hinaus berühren einige Formen einer Behinderung aber auch sporttheoretische Prüfungen. Zum Beispiel, wenn in einem Modul eine schriftliche Prüfung im Antwort-Wahl-Verfahren (Multiple Choice) durchgeführt wird und teilnehmende Studierende nicht sehen können. Zur Regelung derartiger Situationen sehen die unterschiedlichen Landesgesetzgebungen Nachteilsausgleiche vor. Studierende können sie beantragen, die Prüfungsämter der Hochschulen bewerten sie und entscheiden abschließend. Der Nachteilsausgleich muss dann folgende Punkte gewährleisten: Er muss eine adäquate, gleichwertige und rechtsverbindliche Prüfungssituation, inklusive der korrekten Beurteilung des Prüflings darstellen. Die Person mit einer Behinderung darf weder bevorzugt noch benachteiligt werden. Es sollte eine möglichst große Transparenz für alle Beteiligten bestehen. Klassische Nachteilsausgleiche an Universitäten sind Umwandlungen von Prüfungsformen (zum Beispiel mündliche statt schriftliche Prüfung), Schreibzeitverlängerungen, die Nutzung eines PC anstelle handschriftlicher Leistungen oder die Anwesenheit von Gebärdendolmetschern bei Studierenden mit Hörschädigung.

Bei den sportpraktischen Prüfungen der Deutschen Sporthochschule Köln ist es möglich und üblich, die Leistungsbeurteilungen oder Variationen bei den praktischen Anforderungen anzupassen. Ein Beispiel: Die Leistungsanforderungen der Studierenden ohne Behinderung für eine Teilleistung des Studiums – zum Beispiel Zeit über 100-Meter Freistil im Schwimmen – kann als Prozentwert der Weltbestleistung über 100-Meter Freistil dargestellt werden. Bewirbt sich jemand mit einer Behinderung, zum Beispiel aufgrund eines fehlenden Unterarms und der Hand, wird dann analog der gleiche Prozentwert für die Notenfindung herangezogen. Bezug wäre allerdings die Weltbestleistung innerhalb der hier vorliegenden Wettkampfklasse im Paralympischen Sport (in dem Fall S9).

Siegerehrung: Faires und respektvolles Miteinander

An der Hochschule studieren aktuell etwa 20-30 Studierende mit einem Grad einer Behinderung, die Kontakt zu den Beauftragten gesucht haben. Die absolute Zahl ist vermutlich deutlich höher, da nicht alle Studierende mit einer Behinderung die Beratung oder Unterstützung der Beauftragten in Anspruch nehmen. Darunter befinden sich etwa Studierende mit Hörschädigung (zum Teil mit Gebärdendolmetscher), mit der vollständigen Lähmung einer Muskelgruppe oder der Extremitäten einer Körperhälfte (Hemiplegie) beziehungsweise mit unbeweglichen Armen und Beinen beider Körperseiten (Tetraplegie). Zudem gibt es blinde und sehbehinderte Menschen, Studierende mit Amputationen, Dysmelien und Kleinwuchs sowie Studierende mit stark einschränkenden chronischen Erkrankungen. Das Miteinander dieser Vielfalt, welches quasi exemplarisch das spätere berufliche Handeln simuliert, motiviert viele und wird als ausgesprochen wertvolle Erfahrung wahrgenommen und willkommen geheißen. ●

i Literatur

Bentele, V.: Vorwort, in: UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Die amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen), BMAS, Berlin 2017.

Block, M., Healy, S., Kwon, E., Ruin, S. & Volkmann, V.: Können Haltungen und Verhalten verändert werden? Der (internationale) Diskurs um Adapted Physical Education in der Sportlehrerbildung. Sonderpädagogische Förderung heute, 2017, 62 (3), S. 255-265.

Block, M.: An inclusive approach to adapted physical education. Baltimore 2016; Paul H. Brookes.

Mobilität als Voraussetzung sportlicher Teilhabe „Mit Vollgas in den Sport“

Für den Zugang zum Sport ist die selbstbestimmte Mobilität eine Voraussetzung. Für Menschen, die im Alltag auf einen Rollstuhl angewiesen sind, ist dies nicht selbstverständlich und soll über das Projekt „Mobilität 2020“ unterstützt werden.

In Artikel 20 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK) ist das Recht auf die Sicherstellung der größtmöglichen persönlichen Mobilität festgeschrieben. Bezogen wird dies zum einen auf den Zugang zu „hochwertigen Mobilitätshilfen“ und zum anderen auf „Schulungen in Mobilitätsfertigkeiten“ sowohl für Menschen mit Beeinträchtigung selbst als auch für Fachkräfte. Über die Versorgung mit adäquaten Hilfsmitteln hinaus müssen auch Maßnahmen zu deren kompetente Nutzung angeboten werden.

Für Menschen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, ist daher nicht nur die Versorgung mit einem individuell passenden und an den Bedarfen ausgerichteten Rollstuhl zentral, sondern auch das Erlernen der richtigen Handhabung durch gezielte Techniken (vgl. Herzog 2014; Mountain et al. 2010; Öztürk et al. 2011). Entsprechende Schulungsmaßnahmen sind entscheidend für die möglichst selbstbestimmte Fortbewegung im Alltag und damit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Einer dieser Lebensbereiche mit vielen positiven Auswirkungen ist der Sport. Neben den rein physischen Effekten wie der Stärkung des Herz-Kreislaufsystems oder des Stoffwechsels (vgl. Gabrys 2017) kann durch Sport das Vertrauen in die eigenen

Fähigkeiten gesteigert oder auch das subjektive Wohlbefinden verbessert werden (vgl. Anneken 2012). Damit Personen, die im Alltag auf einen Rollstuhl angewiesen sind, von diesen Effekten profitieren können, muss ihnen der Zugang zu diesem Lebensbereich ermöglicht werden (siehe Artikel 30 der UN-BRK). Das heißt, sie müssen auch mit dem Rollstuhl zu den Sport- und Bewegungsangeboten kommen können.

Dass eine gute Rollstuhlmobilität zur Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen beiträgt, unter anderem auch dem Sport, ist bereits in dem Forschungsprojekt „Teilhabe durch Mobilität“ sichtbar geworden, welches am Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport¹ (FIBS) durchgeführt und mit Mitteln der DGUV unterstützt worden ist (vgl. Scheuer et al. 2010). Vor diesem Hintergrund und weil standardisierte und auf ihre Wirksamkeit hin überprüfte Mobilitätstrainingskurse fehlen, wurden die Ziele des Forschungsprojektes „Mobilität 2020“ definiert.

Das Projekt „Mobilität 2020!“

Das vom FIBS durchgeführte Forschungsprojekt „Mobilität 2020! mehr Training – mehr Mobilität – mehr Teilhabe für RollstuhlnutzerInnen“ (2016-2020) hat im Oktober 2016 begonnen und wird mit



Foto: Nordbayerischer Kurier (Andreas Harbäch)



Fußnote

[1] FIBS gGmbH ist eine Gesellschaft der Gold-Kraemer-Stiftung, der Lebenshilfe NRW und der Deutschen Sporthochschule Köln.

Mitteln der DGUV unterstützt. Zu Beginn des Projektes wurde zunächst ein Schulungskonzept entwickelt, welches als Trainingsmaßnahme evaluiert werden und anschließend nachhaltig implementiert werden soll. Dieses Konzept ist mit dem Ziel der „Hilfe zur Selbsthilfe“ entstanden und somit nicht auf eine komprimierte Trainingsphase ausgerichtet: Das Training ist so aufgebaut, dass es einen ersten Trainingstag gibt, anschließend eine Selbstlernphase im Alltag folgt und zur Festigung und Weiterentwicklung der Fertigkeiten ein zweiter Trainingstag nach vier Wochen stattfindet. Die Kurse werden von Mobilitätscoaches geleitet,

Autorin und Autor

Foto: Privat



Dr. Vera Tillmann

Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport gGmbH
E-Mail: tillmann@fi-bs.de

Foto: Privat



Dr. Volker Anneken

Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport gGmbH
E-Mail: anneken@fi-bs.de



Rollstuhlmobilitätstraining in der Klinik Hohe Warte in Bayreuth

die individuell auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden eingehen. Es finden zwei Mobilitätstrainings im Abstand von vier Wochen statt. Für die Selbstlernphase gibt es eine Internetseite mit Übungsbeschreibungen, Fotos und Beispielvideos (www.mobi.fi-bs.de). Die Inhalte reichen von den Grundfertigkeiten (Antrieb, Bremsen etc.) bis hin zu Alltagshindernissen (Steigungen, Kanten und Stufen bewältigen etc.). Auch erfahrene Teilnehmende können so ihre Kompetenzen erweitern und festigen. Darüber hinaus finden sie auf der Internetseite Hinweise zur Anleitung von Dritten für Hilfestellungen. Zudem stehen ihnen bei Fragen aller Art Mobilitätslotsen und -lotsinnen zur Seite, die selbst im Rollstuhl sitzen.

Um die Wirksamkeit des Mobilitätstrainings aufzuzeigen, werden sie kostenfrei und bundesweit an unterschiedlichen Standorten organisiert. Die Teilnehmenden werden zufällig in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe aufgeteilt. Für die Interventionsgruppe beginnt das Training direkt an den organisierten Terminen, die Personen aus der Kontrollgruppe können das Training nach einer Wartezeit von vier Monaten beginnen. Innerhalb dieser Zeit werden die Teilnehmenden zu mehreren Themen befragt zur körperlichen Aktivität, Mobilität, Lebensqualität und zu der sozialen und beruflichen Teilhabe. Ihre Rollstuhlmobilität wird erfasst mit Hilfe des AMR® (Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl). Durch die Wartezeit der Kontrollgruppe ist es im Nachhi-

nein möglich, mögliche Veränderungen auf das Mobilitätstraining zurückzuführen. Das ist essentiell für den Nachweis der Wirksamkeit des Konzeptes und Grundlage für die nachhaltige Implementierung.

Die ersten Mobilitätstrainingskurse in Nordrhein-Westfalen (Bonn und Köln) und Bayern (Bayreuth) haben bereits stattgefunden. Sie wurden mit großem Interesse und Engagement der Teilnehmenden

den wahrgenommen. Ihre Rückmeldung war durchweg positiv. Sie berichteten beispielsweise, dass das Training ihnen „die Angst vor dem Rollstuhl genommen“ (28. Februar 2018) hat oder dass sie sich nach dem Training selbständiger und mit weniger Unterstützung im Rollstuhl fortbewegen konnten. Die nächsten Trainingstermine und -orte sind teilweise bereits geplant und einsehbar unter: www.mobi.fi-bs.de oder auf der Internetseite des FIBS: www.fi-bs.de.

Teilnehmen können alle Personen, die mindestens 16 Jahre alt, im Alltag auf einen Rollstuhl angewiesen und in der Lage sind, diesen manuell über eine Strecke von mindestens 100 Metern zu bewegen.

Für weitere Informationen oder zur Trainingsanmeldung steht Frau London zur Verfügung (Tel: 02234-2052372, E-Mail: london@fi-bs.de). ●

i Literatur

- Anneken, V.: Teilhabe und Sport – Herausforderungen durch die UN-BRK. In Kiuppis F. & Kurzke-Maasmeier S. (Hrsg.): *Praktische Theologie, Religionspädagogik, Diakonie. Sport im Spiegel der UN-Behindertenrechtskonvention: Interdisziplinäre Zugänge und politische Positionen*, Stuttgart 2012, S. 137-149.
- Gabrys, L.: Körperliche Fitness als gesundheitsrelevanter Prädiktor. In: Banzer W. (Hrsg.): *Körperliche Aktivität und Gesundheit: Präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin*, Heidelberg 2017, S. 67-75.
- Herzog, U.: Einweisung und Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels Rollstuhl (www.drs.org/cms/fileadmin/drsupload/Mobil_und_Aktiv/Downloads/Rollstuhlfahren_lernen_Artikel_Umfrage.pdf), 26.04.2018.
- Mountain, A. D.; Smith, C.; Kirby, R. L.: Are wheelchair-skills assessment and training relevant for longstanding wheelchair users? Two case reports. In: *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology* Ausgabe 5/2010, London.
- Öztürk, A.; Ucsular, F. D.: Effectiveness of a wheelchair skills training programme for community-living users of manual wheelchairs in Turkey: a randomized controlled trial. In: *Clinical Rehabilitation*, Ausgabe 25/2011, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore and Washington, D. C.
- Scheuer, T.; Anneken, V.; Richarz, P.; Hirschfeld, S.; Hanssen-Doose, A.; Thietje, R.: Rollstuhlsport. Beitrag zu einer höheren Lebensqualität bei Menschen mit Querschnittlähmung. In: *Trauma und Berufskrankheit*, Heidelberg, Ausgabe 12/2010.



Typische Spielsituation im Rollstuhlbasketball

Rollstuhlbasketball

Testverfahren zur Bestimmung der Leistungsfähigkeit

Entwicklung und wissenschaftliche Überprüfung einer Testbatterie zur Bestimmung der sportartspezifischen, motorischen Leistungsfähigkeit in der Sportart Rollstuhlbasketball

Einleitung

Die Sportart Rollstuhlbasketball gehört zu den bekanntesten paralympischen Sportarten und erfreut sich einer hohen Aufmerksamkeit.¹⁻⁶ Sowohl was die Anzahl der aktiven Athletinnen und Athleten als auch die Medienpräsenz angeht, darf die Entwicklung des Rollstuhlbasketballs als erfolgreich eingestuft werden. In Deutschland wird die Sportart vom Deutschen Rollstuhl-Sportverband (DRS), dem Fach-

verband im Deutschen Behindertensportverband (DBS), organisiert. Der DBS ist gleichzeitig das Nationale Paralympische Komitee (NPC). Im internationalen Vergleich gehören die deutschen Rollstuhlbasketballnationalmannschaften seit Jahren zu den erfolgreichsten Teams weltweit.

In den vergangenen Jahren hat sich die Sportart hinsichtlich der Dynamik des

Spielgeschehens, des notwendigen Organisationsgrades und der Professionalität der beteiligten Personen intensiv verändert. Von zentraler Bedeutung ist dabei die sportartspezifische Leistungsfähigkeit innerhalb der motorischen Hauptbeanspruchungsformen Schnelligkeit, Kraft, Ausdauer, Koordination und Flexibilität geworden.⁴ Um im internationalen Wettbewerb die aktuelle gute nationale Position zu erhalten oder gar zu verbessern, sind

Autoren

Foto: Julia Neuburg/DSHS



Univ.-Prof. Dr. Thomas Abel

Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft
Deutsche Sporthochschule Köln
E-Mail: abel@dshs-koeln.de

Foto: OSP Rheinland



Daniel Jacko

Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft
Deutsche Sporthochschule Köln
Olympiastützpunkt Rheinland
E-Mail: D.Jacko@dshs-koeln.de



Fußnote

[*] Durchgeführt wurden t-Tests für verbundene Stichproben sowie Berechnungen der Intraclass correlation coefficient: (Modell zweifach gemischt; Typ: absolute Übereinstimmung) für alle Testungen und für jedes Item der Testungen. Die Inter-Rater Reliabilität wurde ebenfalls zunächst mittels t-Test für verbundene Stichproben bezüglich unterschiedlicher Wertungen zwischen den zwei erfahrenen Testleitern und anschließend hinsichtlich der Inter-Rater-Reliabilität statistisch geprüft. Hier kam erneut das Modell Intraclass correlation coefficient: zweifach gemischt; Typ: absolute Übereinstimmung zur Anwendung. Die Vergleiche der Leistungsdaten der Athleten und Athletinnen aus den unterschiedlichen Wettkampfklassen erfolgte als einfaktorielle Anova. Als post hoc Verfahren wurde anschließend unter Umständen der Sidak-Test für multiple Vergleiche angewendet.

Anstrengungen notwendig, die im Ligasystem, dem Training der Athletinnen und Athleten und bei Systemen der Talentidentifikation eine gesteigerte Professionalisierung und Systematisierung erzeugen. Für den Bereich der Sportwissenschaft bedeutet dies unter anderem, forschungsbasiert Testverfahren zu erarbeiten, die beim Training helfen, anwendungsorientiert Prozesse zu optimieren.

Untersuchungsziel

Innerhalb des durchgeführten Forschungsprojekts sollten deshalb verschiedene sportartspezifische Tests entwickelt werden, um die Leistungsfähigkeit innerhalb der motorischen Hauptbeanspruchungsformen erheben zu können. Diese Einzeltests sollten zu einer neuen Testbatterie für die Sportart Rollstuhlbasketball zusammengefasst werden. Darüber hinaus sollten die Tests wissenschaftlich überprüft werden. Ziel war es zu ermitteln, inwieweit die Ergebnisse zuverlässig sind (Reliabilität) und ob sie die wirkliche Leistungsfähigkeit der Athletinnen und Athleten in den Hauptbeanspruchungsformen repräsentieren (Validität).

Methodik

Probandinnen und Probanden:

An den Testungen für die Reliabilitätsprüfung nahmen insgesamt 20 Athletinnen und Athleten aus der 1. und 2. Rollstuhlbasketball-Bundesliga (RBBL) teil (Alter: 27,5±8,5; darunter 3 weibliche Spielerinnen und 17 männliche Spieler). Die Reliabilitätsprüfung überprüft, wie zuverlässig die Einzeltests sind, bei denen zum Beispiel untersucht wird, in welchem Umfang die Ergebnisse einer Messwiederholung bei einem Athleten bei gleicher Leistungsvoraussetzung voneinander abweichen. Damit wird folglich überprüft, wie zuverlässig (reliabel) die Messungen sind. In einem professionellen Umfeld

dürfen nur Tests eingesetzt werden, die über eine hohe Reliabilität verfügen. In der wissenschaftlichen, statistischen Überprüfung sind dabei Testwiederholungen üblich, bei denen überzufällige Abweichungen statistisch nachgewiesen werden. Die Tests und ihre Wiederholungen fanden jeweils in einem Abstand von vier bis sieben Tagen statt.

„Alle Ergebnisse sind hinreichend und sichern die erhobenen Daten auf wissenschaftlicher Ebene.“

Die Leistungsdaten von Athletinnen und Athleten mit nationaler und internationaler Erfahrung wurden systematisch mit den entwickelten Tests erhoben; anschließend wurde es mit Mannschaften der deutschen 1. und 2. Bundesliga wiederholt. Es wurden Testdaten von insgesamt 70 Athletinnen und Athleten erhoben, wobei insbesondere alle Kaderathletinnen und Kaderathleten des DRS untersucht wurden.

Tabelle 1: Im internationalen Vergleich gehören die deutschen Rollstuhlbasketballnationalmannschaften seit Jahren zu den erfolgreichsten Teams weltweit.

Platzierung der Nationalmannschaften des DRS bei Paralympics von 2000–2016.

Paralympics	Platzierung	
	Nationalmannschaft Männer	Nationalmannschaft Frauen
Sydney 2000	8.	7.
Athen 2004	5.	4.
Peking 2008	5.	2.
London 2012	6.	1.
Rio de Janeiro 2016	8.	2.

Quelle: Angaben des Internationalen Paralympischen Komitees

Statistische Verfahren:

Die Untersuchungen zur Reliabilität der Testungen erfolgte unter Einsatz eines t-Tests sowie durch Berechnungen von Korrelationen.*

Ergebnisse

Modulare Testbatterie

Die Entwicklung der Testbatterie erfolgte nach Durchsicht international und national zugänglicher Literatur zu gängigen Diagnostischer Verfahren^{5,6,7} und in Abstimmung mit externen Fachleuten, vornehmlich dem Rollstuhlbasketball-Bundestrainer sowie dem Athletiktrainer (Inhaltsvalidität). Die vorgenommene Zusammenstellung der Testungen ist dabei eine Synthese aus international bereits beschriebenen und etablierten sowie eigens entwickelten und angepassten Verfahren, mit dem Ziel für Rollstuhlbasketball spezifische motorische Fähigkeiten systematisch erheben zu können. Die Testbatterie besteht aus den folgenden Testaufgaben:

20m Linearsprint:

Zeiterfassung mit Lichtschrankensystem nach 2, 5, 10 und 20m

Medizinballwürfe:

- Brustpass
- Überkopfpas

Krafttestungen

(3er-Wiederholungsmaximum):

- Bankdrücken
- Bankziehen

Rumpfstabilitäts-/Reichweitentest:

- nach links (Stabilität bzw. Kraftfähigkeit der kontralateralen Seite)
- nach rechts (Stabilität bzw. Kraftfähigkeit der kontralateralen Seite)
- nach vorne (Stabilität bzw. Kraftfähigkeit des Oberkörperstreckapparates) ▶

„Innerhalb des durchgeführten Forschungsprojekts sollten deshalb verschiedene sportartspezifische Tests entwickelt werden, um die Leistungsfähigkeit innerhalb der motorischen Hauptbeanspruchungsformen erheben zu können.“

Laktat-Feldstufentest (Überprüfung der Ausdauerleistung in der Halle – also im Feld und nicht im Labor –, bei der eine Blutentnahme vorgenommen wird, um die Energiebereitstellung in der arbeitenden Muskulatur bei unterschiedlichen Intensitäten einer Belastung zu überprüfen)

Illinois Agility Test (Testung von koordinativen und schnelligkeitsorientierten Fähigkeiten)

Der Linearsprint,³ der Illinois Agility Test sowie das 3er-Wiederholungsmaximum sind international etablierte und bezüglich ihrer Reliabilität und auch Validität beschriebene Verfahren.^{1,2} Andere Testungen wie der Reichweichtest, die Medizinballwürfe und der Laktat-Feldstufentest im Rollstuhl bedurften einer Überprüfung hinsichtlich der Reliabilität. Dies war notwendig, da sie entweder zum ersten Mal angewendet wurden (Reichweichtest), in der Praxis zwar standardmäßig Anwendung finden, jedoch bzgl. ihrer Reliabilität keine Literaturbefunde vorhanden sind (Medizinballwurf) oder sie zwar im Fußgängerbereich ein etabliertes Testverfahren darstellen, aber keine Reliabilitätsdaten für die Durchführung im Rollstuhlsport existieren (Laktat-Feldstufentest).

Aus diesen Gründen erfolgte nach der vorgeschalteten Testentwicklung die beschriebene statistische Überprüfung der Testungen hinsichtlich ihrer Re-Test Reliabilität.

Reliabilitätsprüfung

Die statistische Prüfung auf Unterschiede zwischen den beiden Testtagen 1 und 2 (t-Test für verbundene Stichproben) lieferte in keiner der oben genannten Testungen signifikante Ergebnisse ($p < 0,05$).

Gleichzeitig ergab die Prüfung der Re-Test Reliabilität (Modell: zweifach gemischt; Typ: absolute Übereinstimmung) für alle drei Testungen und für jede Testaufgabe

sehr hohe Korrelationswerte und damit eine hohe Güte im Bereich der Zuverlässigkeit (Reliabilität).

Diskussion

Ziel des Projekts war es, eine Testbatterie zu entwickeln, um die motorischen Hauptbeanspruchungsformen Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit, Koordination und Flexibilität zu untersuchen und wissenschaftlich zu überprüfen. Hierzu wurden umfangreiche Literatursichtungen und Expertengespräche durchgeführt, um entsprechende, valide Testaufgaben zu erarbeiten. Die Ergebnisse der Überprüfung der entwickelten Testbatterie, die sich mit der wissenschaftlichen Güte im Bereich der Zuverlässigkeit (Reliabilität) beschäftigt, und der Überprüfung, ob der Test eine Gültigkeit reklamieren kann (Validität), die T-Tests für verbundene Stichproben sowie die Berechnungen der verschiedenen Intraclass correlation coefficient zei-

gen eine akzeptable Güte der entwickelten Tests. Alle Ergebnisse im Bereich der Gütekriterien sind hinreichend und sichern die erhobenen Daten auf wissenschaftlicher Ebene.

Für die verschiedenen Klassen und Positionen im Männerbasketball konnten Referenzwerte erhoben werden, für den Bereich des Frauenbasketballs individuelle Orientierungen. Die entwickelte Testbatterie wird inzwischen bei der sportwissenschaftlichen Betreuung und Begleitung aller Nationalmannschaften des DRS eingesetzt. Die erhobenen und in Zukunft zu erhebenden Daten sollen mittelfristig in ein Datenbanksystem eingepflegt werden, welches sowohl eine Dokumentation von leistungsphysiologischen Parametern der Athletinnen und Athleten als auch eine Dokumentation von Trainingsinhalten ermöglicht, die auf die Leistung abgestimmt sind. ●

i Literatur

- [1] Abel, T., Platen, P., Rojas Vega, S., Schneider, S., Strüder, H. K.: Energy expenditure in ball games for wheelchair users. *Spinal Cord* (2008), 46(12), 785-90. doi:10.1038/sc.2008.54.
- [2] Bloxham, L. A., Bell, G. J., B. Y.: Time motion analysis and physiological profile of Canadian world cup wheelchair basketball players. In: *Res. Sports Med.* (2001) 10(3), 183-98.
- [3] Croft, L., Dybrus, S., Lenton, J., Goosey-Tolfrey, V.: A comparison of the physiological demands of wheelchair basketball and wheelchair tennis. In: *International Journal of Sports Physiology and Performance* (2010) 5(3), 301-15. Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20861521.
- [4] Goosey-Tolfrey, V. L., Leicht, C. A.: Field-based physiological testing of wheelchair athletes. In: *Sports Medicine* (2013) (Auckland, N.Z.), 43(2), 77-91. doi:10.1007/s40279-012-0009-6.
- [5] De Groot, S., Balvers, I. J. M., Kouwenhoven, S. M., Janssen, T. W.J.: Validity and reliability of tests determining performance-related components of wheelchair basketball (2012).
- [6] Tweedy, S. M., Vanlandewijck, Y. C.: International Paralympic Committee position stand – background and scientific principles of classification in Paralympic sport. In: *British Journal of Sports Medicine* (2011), 45(4), 259-69. doi:10.1136/bjism.2009.065060.
- [7] Vanlandewijck, Y. C., Daly, D. J., Theisen, D. M.: Field test evaluation of aerobic, anaerobic, and wheelchair basketball skill performances. In: *International Journal of Sports Medicine* (1999), 20(8), 548-54. doi:10.1055/s-1999-9465.



Sport macht Freude – auch mit Hilfsmitteln

Sport in der Rehabilitation

Sport in der Reha – ein Plädoyer für den Alltagssport

Körperliche Aktivität in der Rehabilitation soll Freude an Bewegung bringen und die körperliche Leistungsfähigkeit nachhaltig steigern.

Die Verbindung zwischen Rehabilitation und Sport wird häufig vor allem unter dem Aspekt der erfolgreichen Eingliederung und Förderung körperlich gehandicapter Sportlerinnen und Sportler auf Leistungssportniveau dargestellt. Die Erfolge, die Athletinnen und Athleten mit Handicap erzielen, sind tatsächlich beeindruckend. Glücklicherweise gibt es in den vergangenen Jahren auch eine immer größere Präsenz von Handicap-Sportveranstaltungen in den Medien – so zum Beispiel die Berichterstattungen über die Paralympics. Aber auch wenn Sport in der

Rehabilitation oftmals mit Behinderten- (Leistungs-)sport gleichgesetzt wird: Er hat einen gänzlich anderen Ansatz.

Viele Rehabilitandinnen und Rehabilitanden hatten vor dem Unfall wenig oder gar keinen Bezug zu sportlichen Aktivitäten. Der Einsatz von Sport in der Rehabilitation hat daher in erster Linie die Aufgabe, Menschen mit einer Einschränkung oder nach einer Verletzung überhaupt erst wieder zu körperlicher Aktivität zu ermuntern und ihnen die Freude an Bewegung und damit an ihrem eigenen Körper zu vermitteln.

Was fordert das Gesetz?

Kann sich die Rehabilitation damit zufriedengeben, sich mit den hervorragenden Leistungen gehandicapter Sportlerinnen und Sportler auszuzeichnen? Sicher nicht! Das Sozialgesetzbuch IX, §42 (auf diesen wird auch im SGB V verwiesen) definiert den Anspruch an Rehabilitation sehr umfassend:

„Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.“

Autor



Dr. Andreas Dietrich

Unfallkrankenhaus Berlin
Klinik für Integrative Rehabilitation
E-Mail: andreas.dietrich@ukb.de

Die Rehabilitation gesetzlich Unfallversicherter hat in erster Linie den Anspruch, durch „alle geeigneten Mittel“ die berufliche und soziale Rehabilitation der Betroffenen oder des Betroffenen zu erreichen. Dazu gehört nach Möglichkeit die Rückführung an den bisherigen Arbeitsplatz und die Reintegration in das soziale Gefüge. Sollte dies nicht möglich sein, sind bestehende Defizite durch Leistungen zur Teilhabe möglichst weitgehend zu kompensieren. Hier zeigt sich auch die Sichtweise der Rehabilitation, die dem bio-psycho-sozialen Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) zugrunde liegt: Nicht mehr die (verletzungsbedingte) Diagnose steht im Vordergrund, sondern die hierdurch verursachten funktionellen Einschränkungen der Handlungsfähigkeit. Diese definieren letztendlich auch den Bedarf an therapeutischen Maßnahmen.¹ Nicht die Wiederherstellung der „Beweglichkeit“ allein ist das Ziel, sondern die Fähigkeit, die mit der Bewegung mögliche Handlung korrekt auszuüben.²



Klettersport – auch nach Amputation möglich

In der praktischen Umsetzung heißt das, dass nach einer Unfallverletzung durch geeignete Therapieverfahren bewirkt werden soll, verbliebene Einschränkungen in Alltag und Beruf möglichst gering zu halten. Dementsprechend schließt sich nach der Akutbehandlung der Verletzung unmittelbar die Nachbehandlung durch Therapiemaßnahmen an, die zunächst die Funktion der betroffenen Körperregionen wieder herstellen soll. Angepasst an die mögliche Belastbarkeit der betroffenen Körperstruktur sollen durch physio- und ergotherapeutische Maßnahmen zunächst Beweglichkeit und Leistungsfähigkeit aufgebaut werden. Parallel sollten frühzeitig alltags- und berufsbezogene Belastungen in die Therapien einfließen, um diese Belastungsformen zu trainieren, bestehende Defizite zu erkennen und gezielt therapeutisch angehen zu können.

Welche Rolle spielt dabei der Sport?

Zu definieren ist hier, was unter Sport zu verstehen ist. Der Duden beschreibt Sport als eine „nach bestimmten Regeln aus

Freude an Bewegung und Spiel, zur körperlichen Ertüchtigung ausgeübte Betätigung“.³ Der Wettkampfcharakter spielt eine untergeordnete Rolle, die Freude an Bewegung und Spiel ist bezeichnender. Es geht also nicht darum, aus jeder Rehabilitandin und jedem Rehabilitanden eine neue Leistungssportlerin bzw. einen Leistungssportler zu formen. Ziel sollte es aber sein, den Betroffenen zu zeigen, dass sie trotz bestehender körperlicher Einschränkungen in der Lage sind, Freude an Bewegung und körperlicher Belastung erfahren zu können. Einerseits, um die körperliche Leistungsfähigkeit wieder herzustellen; andererseits, um diese zurückgewonnene Leistungsfähigkeit auch zu erhalten. Schließlich ist es Auftrag des Gesetzgebers, nicht nur die bestehenden Einschränkungen zu mindern oder zu überwinden, sondern auch eine Verschlimmerung zu verhüten. Hierzu gehört es auch, ein Bewusstsein für körperschonende Belastungsformen zu schaffen, die sich in den Alltag der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einbinden lassen. Das bewusste

Einbinden von Alltagsbelastungen kann schon einem Teil des zivilisationsbedingten Bewegungsmangels mit den typischen „Nebenwirkungen“ wie Übergewicht, Stoffwechselkrankheiten, Herz-Kreislauf-Problemen, Muskel- und Knochenschwund entgegenwirken.^{2,4,5} Überspitzt formuliert: Warum soll man, sofern man verletzungsbedingt dazu in der Lage ist, für die Bewältigung von drei Etagen den Aufzug nutzen, um anschließend im Trainingsstudio einige Minuten auf dem Stepper zuzubringen? Wenn es uns gelingt, diese Bequemlichkeiten zumindest teilweise zu reduzieren, haben wir schon die Grundlage für Freude an Bewegung und damit Sport geschaffen.

In der frühen Phase der Rehabilitation kann durch gezielte sportliche Aktivitäten das Leistungsdefizit vermindert werden, das durch eine verletzungsbedingte Schonung eingetreten ist. Gerade auch bei Verletzungen, die eine längere Ruhigstellung oder Entlastung erfordern, sollte versucht werden, durch Trainingsmaßnahmen nicht verletzter Strukturen die körperliche

„Das durch verletzungsbedingte Schonung entstandene Leistungsdefizit kann durch gezielte sportliche Aktivität vermindert werden.“

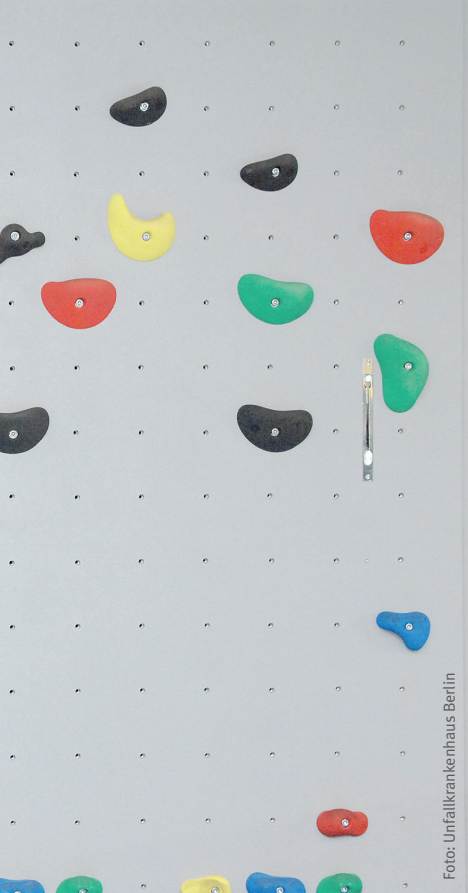


Foto: Unfallkrankenhaus Berlin

Leistungsfähigkeit möglichst aufrechterhalten. Daher kann es bei länger dauernden, verletzungsbedingten Schonungsphasen durchaus Sinn machen, niederfrequent zum Beispiel eine begleitende Trainingstherapie durchzuführen, obwohl der eigentlich betroffene Körperteil hierfür noch nicht ausreichend belastet werden kann. Unter Berücksichtigung der verletzungsbedingten Einschränkungen ist es eine wesentliche Aufgabe der Rehabilitation, die Bewegungsabläufe zu harmonisieren und Alltagsbewegungen wieder möglich zu machen. Während häufig in gezielten Einzel-Therapiemaßnahmen an der konkret betroffenen Struktur fokussiert gearbeitet wird, stehen beim Sport übergreifende und komplexere Bewegungsabläufe im Vordergrund, bei denen die Fokussierung auf die eigentlich verletzte Struktur aufgelöst werden soll.

Was kann jede betroffene Person für sich tun?

Gerade in der Phase der Nachbehandlung ist der Wettkampfcharakter aufmerksam zu dosieren. Insbesondere bei Kontaktsportarten ist überhöhter sportlicher Ehrgeiz nicht selten Ursache von Folgeverletzungen, weil die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihre und oftmals auch die körperliche Leistungsfähigkeit ihrer Sportpartnerinnen und -partner falsch einschätzen. Daher eignen sich Individualsportarten für die Einführung sportli-

cher Aktivitäten in den früheren Rehabilitationsphasen besser, gerade wenn auch noch Hilfsmittel unterstützend eingesetzt werden. Exemplarisch seien Schwimmen, Nordic Walking, Bogenschießen und Radfahren genannt. In ihrem Trainingseffekt sind auch fernöstliche Trainingstechniken wie Yoga oder Tai Chi nicht zu unterschätzen. Einen höheren Wettkampfcharakter erzielt man beispielsweise durch Tischtennis (auch für Rollstuhlnutzerinnen und -nutzer geeignet), Badminton oder Sitzball als Mannschaftssport. In den späteren Phasen der Rehabilitation kann dann zu stärker wettkampforientierten Sportarten und Mannschaftssport übergegangen werden.⁶

Ist die Freude an Bewegung erst geweckt, bedarf es der Motivation der Betroffenen, dies auch in den Alltag zu übernehmen und vielleicht heimatnah an entsprechenden Sportgruppen teilzunehmen oder individuell für sich eine geeignete Sportart auszuüben. Auch in den inzwischen flächendeckend vorhandenen Fitnesscentern kann unter professioneller Anleitung ein Bewegungsprogramm erarbeitet werden, welches bestehende Einschränkungen berücksichtigt. Betroffene, die trotz aller rehabilitativen Bemühungen große Einschränkungen und Handicaps zurück behalten (zum Beispiel bei Major-Amputationen), empfinden die Kontakte zu Behindertensportgruppen schon während der Reha als Bereicherung für die Zeit danach. Bereits der Erfahrungsaustausch mit ebenfalls Betroffenen (Peers) hilft häufig, aus dem Gefühl der sozialen Isolation herauszukommen. Gerade diejenigen, die bereits vor einem Unfall oder einer Erkrankung sportlich aktiv waren,

werden auf diese Weise gegebenenfalls neue und geeignete sportliche Aktivitäten für sich entdecken können. Diesem Anspruch werden gerade die Rehabilitationseinrichtungen der gesetzlichen Unfallversicherung in vorbildlicher Weise gerecht, da enge Beziehungen zu Behindertensportgruppen und -verbänden bestehen und jederzeit Kontakte vermittelt werden können.

Persönliches Fazit

Es wäre aus meiner Sicht wünschenswert, den Behindertensport noch stärker mit dem Breitensport zu verbinden.

Auch sollte die Trennung zwischen zum Beispiel Olympics und Paralympics gänzlich aufgehoben und daraus eine zumindest zeitlich und räumlich zusammengefasste Veranstaltung ins Leben gerufen werden, bei der sich Athletinnen und Athleten mit und ohne Handicap auf Augenhöhe begegnen. Mit den Paralympics ist ein Anfang gemacht, aber wirkliche Integration und Inklusion könnte noch viel weiter gehen. Dies würde gerade dem „Behindertensport“ großen Aufschwung geben.

Sport in der Rehabilitation ist auch der Versuch, den Betroffenen durch Freude an Bewegung eine positive Einstellung zu körperlicher Belastung zu vermitteln. So bewundernswert die Leistungen behinderter und nichtbehinderter Leistungssportlerinnen und -sportler auch sind: Erst die aktive Beteiligung ist „Sport“, nicht der Konsum von Sportereignissen vor dem Fernseher. Und das gilt für Menschen mit und ohne Behinderung! ●

i

Weiterführende Literatur:

- [1] Baldus, A., Huber, G., Pfeiffer, K., Schüle, K.: ICF-Orientierung in der Sport- und Bewegungstherapie: Neue Versorgungspfade für die Rehabilitation. In: Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 2012, 28:85-89.
- [2] Schüle, K., Huber, G. (Hrsg.): Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. 3. Auflage, Köln 2012.
- [3] www.duden.de/rechtschreibung/sport, agberufen am: 21.02.18.
- [4] Brehm, W., Bös, K., Graf, C., Hartmann, H., Pahmeier, I., Pfeifer, K., Rütten, A., Sygusch, R., Tiemann, M., Tittlbach, S., Vogt, L., Wagner, P.: Sport als Mittel in Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung. In: Bundesgesundheitsbl. (2013), 56:1385-1389.
- [5] Huonker, M.: Sporttherapie als ein Bestandteil der Bewegungsmedizin in der Rehabilitation. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin (2011) 62/6; 139-140.
- [6] Barz, M., Huonker, M.: Sporttherapie – Theoretische Grundlagen und praktische Anwendung. In: SportOrthoTrauma (2010)26; 209-215.

Einweiserreport

Hohe Zufriedenheit mit BG Kliniken für Berufskrankheiten

Wie zufrieden sind die Unfallversicherungsträger mit der Versorgung ihrer Versicherten in den BG Kliniken in Bad Reichenhall und Falkenstein?

Um diese Frage zu beantworten, haben die beiden Kliniken und das Ressort „Kunden und Markt“ der BG Kliniken eine Befragung der Einweisenden in Auftrag gegeben.¹ Ziel war es, Stärken und Schwächen in der Zusammenarbeit zu identifizieren. Dafür wurden von September bis November 2017 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Bereich Berufskrankheiten der Berufsgenossenschaften, der beteiligten Unfallkassen und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) befragt.

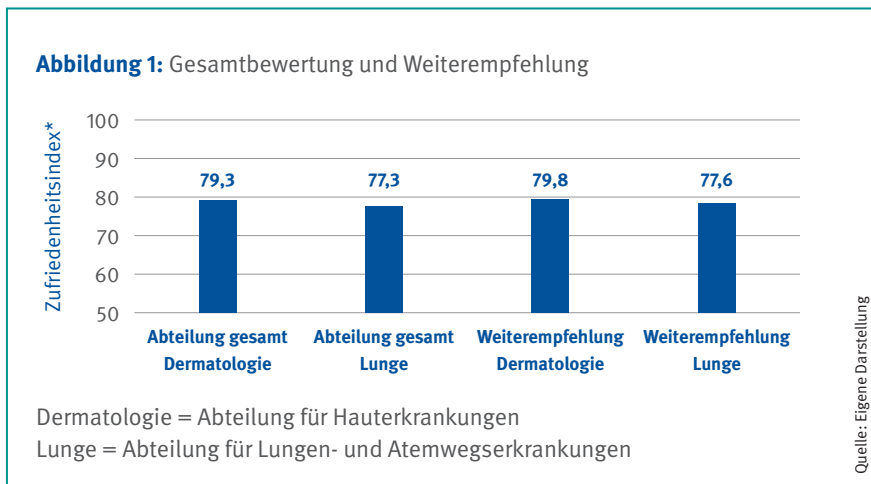
Der Fragebogen wurde gemeinsam mit allen relevanten Beteiligten der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen im Rahmen einer Fokusgruppe entwickelt. Er bot neben einer allgemeinen Einschätzung der jeweiligen Klinik auch die Möglichkeit, die einzelnen Abteilungen (Lungen- und Atemwegserkrankungen und Hauterkrankungen) getrennt voneinander zu bewerten. Aufgrund dieser gemeinsamen Vorarbeit gab es eine hohe Rücklaufquote: Für die Klinik Falkenstein lagen insgesamt 280 Fragebögen und für die Klinik Bad Reichenhall 227 Fragebögen vor.

In der BG Klinik Bad Reichenhall wurden im Jahr 2017 mit 138 Planbetten insgesamt circa 1.580 Patientinnen und Patienten behandelt. Davon etwa 1.280 mit Atemwegserkrankungen und etwa 240 mit Hauterkrankungen. Die BG Klinik Falkenstein verfügt über 130 Planbetten und behandelte im Jahr 2017 1.350 Patientinnen und Patienten – 1.180 mit Atemwegser-

Autorin

Maike Weerts

Ressort Kunden & Markt
BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH
E-Mail: maike.weerts@bg-kliniken.de



krankungen und rund 170 mit Hauterkrankungen.

Die Ergebnisse zeigen eine hohe Gesamtzufriedenheit der Einweisenden mit den BG Kliniken für Berufskrankheiten. Wie in Abbildung 1 dargestellt, liegt der Zufriedenheitsindex* für beide Abteilungen „Dermatologie“ und „Lungen- und Atem-

„Die Ergebnisse zeigen eine hohe Gesamtzufriedenheit mit den BG Kliniken für Berufskrankheiten.“

wegserkrankungen“ bei knapp 80 von 100 möglichen Punkten. Diese hohe Zufriedenheit spiegelt sich auch in der hohen Weiterempfehlungsraterate wider. Insbesondere für die Abteilung der Hauterkrankungen hat eine weitere Analyse gezeigt, dass gerade diejenigen Einweisenden, die mehr als 25 Versicherte pro Jahr in die beiden BG Kliniken einweisen, noch deutlich zufriedener sind als der Durchschnitt und

auch die Weiterempfehlungsraterate hier deutlich höher liegt.

Hervorragende medizinische Leistungen

Die befragten Einweisenden sind in hohem Maße mit der medizinischen Leistung und der Qualität der beiden Kliniken zufrieden (siehe Abbildung 1), insbesondere mit dem spezifischen medizinischen Therapiespektrum für die Behandlung von Berufskrankheiten und hinsichtlich der vielfältigen diagnostischen Möglichkeiten. Auch die hohe Zufriedenheit mit den Behandlungsergebnissen zeugt von der hohen Qualität der Angebote beider Kliniken für Berufskrankheiten. Ziel der beiden BG Kliniken ist es, die Lebens- und Gesundheitssituation der Patientinnen und Patienten zu verbessern sowie ihre selbstbestimmte Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben zu fördern.

Unter dem Stichwort „Versichertenwohl“ wurde zum Beispiel nach der Vorbereitung auf die Entlassung gefragt. Hier zeigt sich, dass die Einweisenden diese als sehr wichtig erachteten Kriterien zwar etwas kritischer, aber insgesamt positiv einschätzen.

Zusammenarbeit zwischen Klinik und Unfallversicherungsträger

Verbesserungspotenzial lässt sich im Bereich „Zusammenarbeit und organisatorische Abläufe“ erkennen. Hier erwarten die Befragten eine stärkere Einbindung in wichtige Entscheidungen während des Reha-Aufenthaltes ihrer Versicherten und wünschen sich noch mehr persönlichen Kontakt mit den Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern in den jeweiligen Abteilungen. Ein weiterer Faktor in diesem Bereich ist die von einigen als zu lange empfundene Wartezeit auf die Klinik-Aufnahme.

Mit dem Berichtswesen sind die Befragten mit 76 von 100 Punkten auf dem Zufriedenheitsindex insgesamt sehr zufrieden. Hier sind es insbesondere die Qualität und Ausführlichkeit, die entscheidend sind.

Bei der Bewertung von Standort und Unterbringung lohnt ein Blick in die einzelnen Fragen. Viele Einweisende bewerten hier besonders die Tatsache, dass viele Versicherte die Möglichkeit haben, eine Begleitperson mitzubringen, als sehr positiv. Die Freizeitangebote könnten dagegen aus Sicht der Einweisenden noch verbessert werden. In einer ebenfalls im Jahr 2017 durchgeführten Patientenbefragung zeigte sich dagegen, dass die Patientinnen und Patienten mit den Freizeitangeboten vor Ort sehr häufig deutlich zufriedener sind, als die Einweisenden vermuten. Dies gibt einen Hinweis darauf, dass die Kliniken mit ihren Leistungen bei den einweisenden Unfallversicherungsträgern noch deutlicher auf ihre Angebote und Kompetenzen hinweisen können.

Hohes Informationsbedürfnis bei den Unfallversicherungsträgern

Ein weiteres wichtiges Ergebnis war, dass sich die Kliniken bei der Bereitstellung von Informationen noch verbessern können. Vorhandene Informationsmaterialien sind offenbar nicht überall bekannt. So gab es zum Beispiel den Wunsch nach zielgruppenspezifischem Infomaterial.

Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse der Einweisendenbefragung wurden in einer gemeinsamen Veranstaltung der beiden BG Kliniken für Berufskrankheiten und der Ansprechpersonen aus den Unfallversicherungsträgern analysiert und bewertet. Auf Grundlage der Ergebnisse wurden Handlungsempfehlungen für die beiden Krankenhäuser, die Holding der BG Kliniken und die Unfallversicherungsträger erarbeitet. So wurde unter anderem verabredet, regelmäßig Veranstaltungen für die einweisenden Unfallversicherungsträger direkt in den Kliniken anzubieten. Außerdem sollen feste Ansprechpersonen in den Kliniken installiert werden, und es wird ein neues zielgruppengerechtes Kommunikationskonzept erarbeitet.

Fazit

Es wurde deutlich, dass Einweisendenbefragungen eine sinnvolle Möglichkeit sind, um etwas über die Stärken und Schwächen, über die Wahrnehmung von Prozessen sowie über Verbesserungspotenziale der eigenen Klinik aus Sicht der Einweisenden zu erfahren. Die Perspektive der Einweisenden ist gerade deshalb für die Kliniken von zentraler Bedeutung, da es sich um eine langfristige Zusammenarbeit handelt. Eines der zentralen strategischen Ziele der BG Kliniken ist,



Fußnote

[1] Beauftragt wurde das Befragungsinstitut anaQuestra®

* Zufriedenheitsindex = Die Fragebögen bestanden zum überwiegenden Teil aus sogenannten 5er-Ratingfragen, das heißt die Befragten konnten anhand von 5 Kästchen und zwei Adjektiven, die jeweils die bestmögliche oder schlechteste Einschätzung beschreiben (zum Beispiel sehr gut – sehr schlecht), ihre Bewertung abgeben. Für jede einzelne Frage wurde dann ein Zufriedenheitsindex berechnet, dieser beträgt in der schlechtesten Bewertung 0 und in der besten Bewertung 100 Punkte. In einfachen Worten: Je höher die Zahl, desto größer die Zufriedenheit.



Weitere Informationen zu den Kliniken erhalten Sie hier:

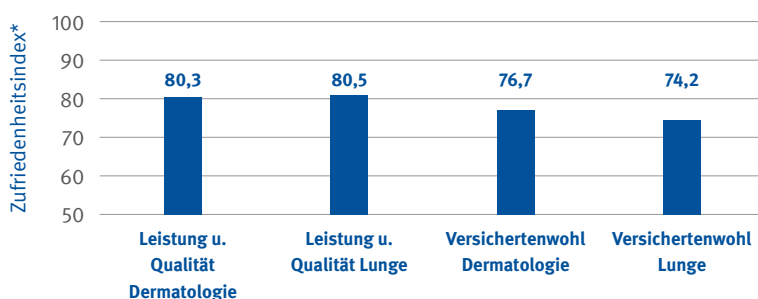
www.klinik-falkenstein.com

www.bgklinik-badreichenhall.de

sich als besonderer Dienstleister für die Unfallversicherungsträger und ihre Versicherten zu etablieren.

Zusammenfassend lässt sich für die BG Kliniken für Berufskrankheiten die positive Gesamtbewertung und hohe Weiterempfehlungsrates festhalten. Gleichzeitig bietet die differenzierte Betrachtung der Einzelergebnisse bei bereits hoher Zufriedenheit mit den angebotenen Leistungen Anreiz und Anregung, die Angebote kontinuierlich zu verbessern und somit den Bedürfnissen der Einweisenden Rechnung zu tragen.

Abbildung 2: Medizinische Leistung, Qualität und Versichertenwohl



Quelle: Eigene Darstellung

„Die Befragten sind insbesondere mit dem spezifischen medizinischen Therapiespektrum und den vielfältigen diagnostischen Möglichkeiten zufrieden.“



Der deutsche Arbeitsschutzpreis ist ein wichtiger Wettbewerb und Teil der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie.

Anreizsysteme

Instrumente mit Zukunft

Wie können Menschen dazu motiviert werden, sich für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit zu engagieren und im besten Falle sogar mehr zu tun, als sie eigentlich müssten? Eine mögliche Lösung liegt in Anreizsystemen.

Anreizsysteme gehören zu den zehn Präventionsleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung, die Betriebe, Verwaltungen und Bildungsreinrichtungen motivieren sollen, mehr für die innerbetriebliche Sicherheit und Gesundheit ihrer Beschäftigten zu tun, als es nach dem Arbeitsschutzgesetz und dem Arbeitsschutzrecht erforderlich wäre.

Die Rechtsgrundlagen für die von den Unfallversicherungsträgern eingesetzten Anreizmodelle befinden sich im Sozialgesetz-

buch VII. Nach § 14 SGB VII sind die Unfallversicherungsträger dazu verpflichtet, mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. In § 162 SGB VII sind die Rahmenbedingungen für „Zuschläge, Nachlässe und Prämien“ geregelt. Danach sind die Unfallversicherungsträger verpflichtet, ihren Mitgliedsunternehmen Zuschläge aufzuerlegen oder Nachlässe zu bewilligen (§ 162, 1).

Nach § 162, 2 SGB VII können Unfallversicherungsträger unter Berücksichtigung der Wirksamkeit der von den Unternehmerinnen und Unternehmern getroffenen Maßnahmen auch Prämien gewähren.

Neben den genannten finanziellen Anreizsystemen finden auch nicht finanzielle Anreizsysteme Verwendung. Sie umfassen vor allem Sicherheits-, Gesundheits- und Ideenwettbewerbe, Gütesiegel, Anerkennungen und Urkunden.

Autoren

Foto: DGUV/Tatjana Teglabue



Armin Dürr

Abteilung Sicherheit und Gesundheit der DGUV
E-Mail: armin.duerr@dguv.de

Foto: DGUV



Dr. Heinz Schmid

Abteilung Sicherheit und Gesundheit der DGUV
E-Mail: heinz.schmid@dguv.de

Inzwischen bieten die Unfallversicherungsträger mehr als 90 branchenspezifische Anreizsysteme an und erweitern ihr Repertoire beständig um neue Angebote. Einige dieser Angebote werden im Folgenden beispielhaft vorgestellt.

Prämien und Wettbewerbe

Ziel eines neuen Prämienverfahrens der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) ist es, finanzielle Anreize für Unternehmen zu schaffen und Unternehmen zu belohnen, die über das rechtlich Verpflichtende hinaus in unfallverhütende und gesundheitserhaltende Maßnahmen investieren. Die gezahlte Prämie der VBG ist eine Beteiligung an erfolgten Investitionskosten und beträgt je Unternehmen bis zu 10.000 Euro pro Jahr (www.vbg.de).

Wettbewerbe sind vielleicht das auffälligste Modell unter den Anreizsystemen oder können es zumindest sein. Das Ziel von Wettbewerben ist es, in den Unternehmen das Interesse für Sicherheit und Gesund-

heitsschutz am Arbeitsplatz zu wecken und ein Bewusstsein für diese Themen zu schaffen. Ihnen allen ist gemeinsam, dass sie bei ihren Mitgliedsbetrieben gute Ideen für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit suchen und prämiieren. Im Rahmen von festlichen Veranstaltungen werden die Preisträgerinnen und Preisträger ausgezeichnet.

Bei Wettbewerben sind es vor allem drei Typen von Motiven, die zur Teilnahme an einem solchen Wettbewerb bewegen können: die mit einer Auszeichnung verbundenen Geldprämien oder Sachpreise, die öffentlichkeitswirksame Anerkennung und die Auszeichnung durch die Unfallversicherung sowie der Stolz und die Freude an der eigenverantwortlichen Entwicklung von Vorschlägen und Ideen.

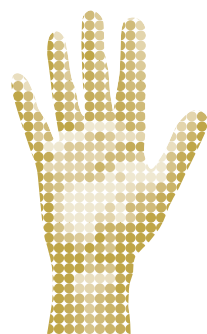
Ein gutes Beispiel für die Wirkungskraft eines Wettbewerbes ist der „VISION ZERO Förderpreis“ der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BGRCI). Seit 1997 haben sich mehr als

i

Beispiele für Wettbewerbe

- „VISION ZERO Förderpreis“ (BGRCI),
- „Die goldene Hand. Präventionspreis der BGHW“,
- „Sicherheitspreis Schläuer Fuchs“ (BGHM),
- „BGW-Gesundheitspreis“,
- „VBG-Präventionspreis“,
- „Schulentwicklungspreis Gute gesunde Schule“ (Unfallkasse Nordrhein-Westfalen)

13.000 Menschen an dem Wettbewerb beteiligt und eine Vielzahl von Beiträgen eingereicht, mit denen die Sicherheit am Arbeitsplatz und der Gesundheitsschutz verbessert werden soll. Ziel des Wettbewerbes ist es, gute Lösungen zu sammeln, zu publizieren und über die betrieblichen Grenzen hinaus auch für andere Unternehmen verfügbar zu machen (www.bgrci.de, Seiten ID: #UKMA). ▶



**DIE
GOLDENE
HAND**

Präventionspreis
der BGHW



Sicherheitspreis der BGHM



BGN Präventionspreis



**VISION ZERO
Förderpreis**

Die Präventionspreise der Berufsgenossenschaften zählen auch zu den Anreizsystemen.

Ein anderes Beispiel ist der Gesundheitspreis der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), der alle zwei Jahre vergeben wird. Er wendet sich an spezielle Zielgruppen der Mitgliedsbetriebe. Ausgezeichnet werden Ideen und vorbildliche Aktivitäten für die Gesundheitsförderung der Beschäftigten (www.bgw-online.de).

Anreizsysteme für Bildungseinrichtungen

Auch zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit an öffentlichen Schulen und in Kindertagesstätten setzen die Unfallkassen auf Anreizsysteme. Ein besonders prominentes Beispiel dafür ist der fest etablierte „Schulentwicklungspreis Gute gesunde Schule“ der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen. Bereits seit 2008 bietet die Unfallkasse den Schulentwicklungspreis an (www.uknrw.de; Webcode: S0251), der in Nordrhein-Westfalen vergeben wird. Er zeichnet Schulen für ihre gute Arbeit aus und fördert so die Verbreitung guter gesunder Schulpraxis. Mit insgesamt 500.000 Euro ist der Preis der am höchsten dotierte Schulpreis in Deutschland.

„Inzwischen bieten die Unfallversicherungsträger mehr als 90 branchenspezifische Anreizsysteme an.“

Außerdem bieten die Unfallkassen viele weitere Anreizsysteme an: zum Beispiel zur Förderung der Gewaltprävention an Schulen (UK Berlin, UK Sachsen), Malwettbewerbe für Schülerinnen und Schüler (UK Rheinland-Pfalz), einen Malwettbewerb „Immer sicher unterwegs“ (Unfallkasse Hessen), Veranstaltungen zur Erhöhung der Verkehrssicherheit für Schülerinnen und Schüler (UK Brandenburg), zur Förderung des Tragens von Fahrradhelmen von Kindern und Jugendliche (UK Brandenburg), Aktionen zur Prävention ballbedingter Gesundheitsgefahren (GUV Hannover, Braunschweiger GUV) oder Wettbewerbe für Schüler-sanitäter (UK Hessen, UK Nord) und zahlreiche andere.

Angebote für Feuerwehren

Die Feuerwehrunfallkassen haben ebenfalls verschiedene Anreizsysteme im Programm, um Sicherheit und Gesundheit bei der Feuerwehr zu verbessern. Viele der Angebote dienen dazu, die Fitness von Feuerwehrleuten zu erhalten. So gibt es bei der Feuerwehrunfallkasse Mitte eine Ausbildung zum „Praxisanleiter Feuerwehrfitness“ (www.fuk-mitte.de). Im Angebot der Unfallkasse Saarland gibt es „Fit for fire fighting“ oder die „Gute und sichere Jugendfeuerwehr“ (www.feuerwehr.uks.de). Die Unfallkasse Hessen schreibt für Jugendfeuerwehren den Ideenwettbewerb „Sicher und fit – wir machen mit“ aus (www.ukh.de, Webcode: F118).

Gütesiegel „Sicher mit System“

Viele Unfallversicherungsträger bieten Beratung und Unterstützung bei der Einführung von Arbeitsschutzmanagementsystemen (AMS) und die Überprüfung von ihrer Wirksamkeit an. Mit der Einführung von Arbeitsschutzmanagementsystemen können Sicherheit und Gesundheitsschutz in Unternehmen kontinuierlich verbessert werden. Das Tragen eines Gütesiegels kann für Betriebe, öffentliche Verwaltungen und Bildungseinrichtungen ein Wettbewerbsvorteil sein, wenn es zum Beispiel

i Fragen zu den jeweiligen Anreizsystemen beantworten gerne die jeweils zuständigen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen.

darum geht, Fachkräfte zu finden. Nach der erfolgreich bestandenem Überprüfung durch den Unfallversicherungsträger erhalten die Betriebe das Gütesiegel „Sicher mit System“, das zum Beispiel von der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI), der Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM), der Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik (BGHW), der Unfallkasse Berlin und der Unfallkasse Nord verliehen wird. Die Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU) vergibt das branchenrecht konzipierte AMS BAU, die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VVG) das Gütesiegel „AMS – Arbeitsschutz mit System“. Das Angebot der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) trägt den Namen „qu.int.as“. Es handelt sich um ein Qualitätsmanagementsystem, in das die Sicherheit und der Gesundheitsschutz integriert sind.

Anreizsysteme sollen Unternehmen motivieren, mehr für die Sicherheit und Gesundheit ihrer Beschäftigten zu tun, als es nach dem Arbeitsschutzgesetz erforderlich wäre.



„Die Anreizsysteme in der gesetzlichen Unfallversicherung leisten einen wichtigen Beitrag zu Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, und sie sind Instrumente mit Zukunft.“

Auch der Qualifizierung kommt eine große Bedeutung zu. So hat der Braunschweiger Gemeinde-Unfallversicherungsverband 2017 ein Förderprogramm zur Qualifizierung von Beschäftigten der Mitgliedsunternehmen aufgelegt, welches das Ziel hat, ihre Beschäftigungsfähigkeit zu sichern (www.bs-guv.de).

Deutscher Arbeitsschutzpreis

Ein wichtiger Wettbewerb ist auch der deutsche Arbeitsschutzpreis (www.deutscher-arbeitsschutzpreis.de), der Teil der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) ist. Getragen vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), dem Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), wird der Preis alle zwei Jahre ausgeschrieben. Der Preis wird in vier Kategorien vergeben:

- technische Lösungen in kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU),
- organisatorische Lösungen in KMU,
- technische Lösungen in großen Unternehmen und
- organisatorische Lösungen in großen Unternehmen.

Die Preise werden alle zwei Jahre auf der A+A in Düsseldorf vergeben und sind mit jeweils 10.000 Euro dotiert. Der Deutsche Arbeitsschutzpreis will Wege aufzeigen, vorausschauend und effektiv mit Herausforderungen für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit umzugehen. Im Mittelpunkt steht die Botschaft, dass sich kluge Präventionsarbeit auszahlt – weil sie die Gesundheit der Beschäftigten aktiv schützt und Fehlzeiten sowie betrieblichen Störungen vorbeugt.

Anreizsysteme und Öffentlichkeitsarbeit

Anreizsysteme bieten auch gute Ansatzpunkt, die Präventionsarbeit über die Medien öffentlichkeitswirksam darzustellen, und damit eine nicht zu unterschätzende Möglichkeit, Berufsgenossenschaften und Unfallkassen im positiven Kontext bekannter zu machen. So nehmen Tageszeitungen und Online-Portale Artikel über Preisverleihungen, die Preisträgerinnen oder Preisträger sowie über zertifizierte Unternehmen häufig gerne auf. Und auch die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen selbst können über ihre Informationskanäle wie Pressemitteilungen, Inter-

netseiten und Mitgliederzeitschriften regelmäßig öffentlichkeitswirksam über aktuelle Entwicklungen bei ihren Anreizsystemen, über Preise und Preisträgerinnen und Preisträger, Zertifikate und zertifizierte Betriebe oder über gelungene Ideen und Projekte zu Sicherheit und Gesundheit informieren. Prämierte Betriebe und Bildungseinrichtungen können durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit anderen immer auch als ein Beispiel guter Praxis dienen.

Die öffentlichkeitswirksame Vermittlung dient zudem dazu, den Bekanntheitsgrad von Anreizen eines Trägers zu erhöhen. Gleichzeitig wird so sichergestellt, dass das Interesse an Anreizen nicht nur erhalten, sondern im Sinne einer verbesserten Prävention auch ausgebaut werden kann. An der Verbreitung der branchen- und trägerspezifischen Anreize wirken auch die Aufsichtspersonen mit, die sie im Rahmen ihrer Betriebsbesichtigungen anlassbezogen anbieten.

Instrumente mit Zukunft

Die Anreizsysteme in der gesetzlichen Unfallversicherung leisten einen wichtigen Beitrag, wenn es um zu Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit geht, und sie sind Instrumente mit Zukunft. Da die Anreizsysteme zum Mitmachen animieren und motivieren sollen sowie auf positive Emotionen setzen, leisten sie einen wichtigen Beitrag zu einer Kultur der Prävention. ●



Foto: Syda Productions/fotolia.com

i Literatur

Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, DGUV, 2016.

Die wichtigsten Anreizsysteme der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG), 2010.

Qualität in der Prävention. Teilprojekt 14 „Anreizsysteme“, Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit (BGAG), 2006.

Projekt ErgoKita

„Große Leut, kleine Leut“ – ergonomische Gestaltung der Arbeitswelt „Kita“

Wie nachhaltig wirkt das Projekt „ErgoKita“ auf Muskel-Skelett-Beanspruchungen des pädagogischen Personals in Kitas? Erkenntnisse aus der Evaluation

Kinder und pädagogisches Personal benötigen gleichermaßen eine ergonomische und an ihre Körpergröße angepasste Gestaltung der Kita, um die Gesundheit zu erhalten. Das Mobiliar dort ist allerdings überwiegend an der Körpergröße der Kinder ausgerichtet. Was die Anpassung der Möbel an die ergonomischen Bedürfnisse des pädagogischen Personals betrifft, besteht Verbesserungsbedarf.

Die STEGE Studie¹ bestätigt dies: In mehr als der Hälfte der untersuchten Einrichtungen (52,2 Prozent) waren keine speziellen Stühle für Erwachsene vorhanden und in 40 Prozent der untersuchten Kitas gab es in den Gruppenräumen keine erwachsenengerechten Sitzmöglichkeiten. Alle, die jemals bei einem Elternabend in einer Kita waren, wissen, was das bedeutet: Eine bequeme Position lässt sich auf den kleinen Stühlen kaum finden.

Wen wundert es da: Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen sind die häufigsten gesundheitlichen Beschwerden des pädagogischen Personals in Kitas.¹ Knapp mehr als die Hälfte (52,1 Prozent) der in

der STEGE Studie befragten pädagogischen Fach- und Leitungskräfte erlitten in den letzten zwölf Monaten mindestens eine ärztlich diagnostizierte Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems. Damit sind Muskel-Skelett-Erkrankungen Spitzenreiter. Erkrankungen der Atemwege folgen mit 28,9 Prozent.¹

„ErgoKita“ – Ein Projekt zur Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen bei Erzieherinnen und Erziehern in Kitas

Ziel des Projekts ErgoKita war es, durch verbesserte ergonomische Arbeitsbedingungen Muskel-Skelett-Belastungen und -Beschwerden zu reduzieren. Auf Basis von Vor-Ort-Begehungen, ganztägigen Messungen von Muskel-Skelett-Belastungen und -Beanspruchungen während der Arbeit, Videoaufzeichnungen sowie Befragungen konnten Belastungsschwerpunkte ermittelt werden. Fakt ist: Täglich wird das Muskel-Skelett-System der Erzieherinnen und Erzieher während der Arbeit durch ungünstige Rumpfeignungen, starke Rückentorsion, stark gebeugte Knie und durch das Tragen von Kindern oder schweren Gegenständen beansprucht

beansprucht (Tische, Turngeräte etc.)². Je älter das pädagogische Personal, desto häufiger treten Muskel-Skelett-Beschwerden auf.¹

Die Prävention von Muskel-Skelett-Beschwerden lässt sich nicht auf Verhaltensprävention reduzieren – so wichtig sie auch ist. Mindestens ebenso wichtig ist Verhältnisprävention. Das zeigt auch ErgoKita: Allzu oft fehlt Mobiliar, das ergonomisches Verhalten überhaupt erst ermöglicht und unterstützt. Beispiele für unergonomisches Mobiliar sind Tische mit Zargen, Tische ohne Rollfunktion, Wickelkommoden ohne ausziehbare Treppe oder Kinderbettchen ohne Einstieg. Meist fehlen neben Stühlen für Erwachsene auch Tische auf Erwachsenenhöhe (zum Beispiel für Dokumentationsarbeiten, Vorbereitung der Essensausgabe etc.).

Hier setzte ErgoKita an: Durch das Projekt konnten 2013 sechs Kitas mit ergonomischem Mobiliar ausgestattet werden. Die Ausstattung konzentrierte sich auf Arbeitsbereiche mit hohen Muskel-Skelett-Beanspruchungen. Das Konzept von ErgoKita

Autorinnen und Autoren

Angelika Hauke

Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: Angelika.Hauke@dguv.de

Prof. Dr. Rolf Ellegast

Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: Rolf.Ellegast@dguv.de

Michaela Eul

Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: Michaela.Eul@dguv.de

Herbert Hartmann

Unfallkasse Hessen (UKH)
E-Mail: h.hartmann@ukh.de

Uwe Hellhammer

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW)
E-Mail: u.hellhammer@unfallkasse-nrw.de

Dr. h. c. Heinz Hundeloh

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW)
E-Mail: h.hundeloh@unfallkasse-nrw.de

Bodo Köhmstedt

Unfallkasse Rheinland-Pfalz (UK RLP)
E-Mail: b.koehmstedt@ukrlp.de

Dr. med. Grita Schedlbauer

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGHW)
E-Mail: grita.schedlbauer@bgw-online.de

Andrea Sinn-Behrendt

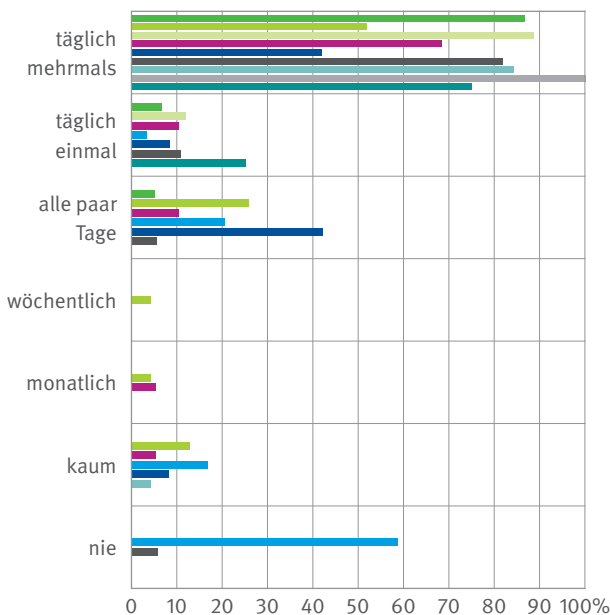
Institut für Arbeitswissenschaft, Technische Universität Darmstadt
E-Mail: sinn@iad.tu-darmstadt.de

Dr. Britta Weber

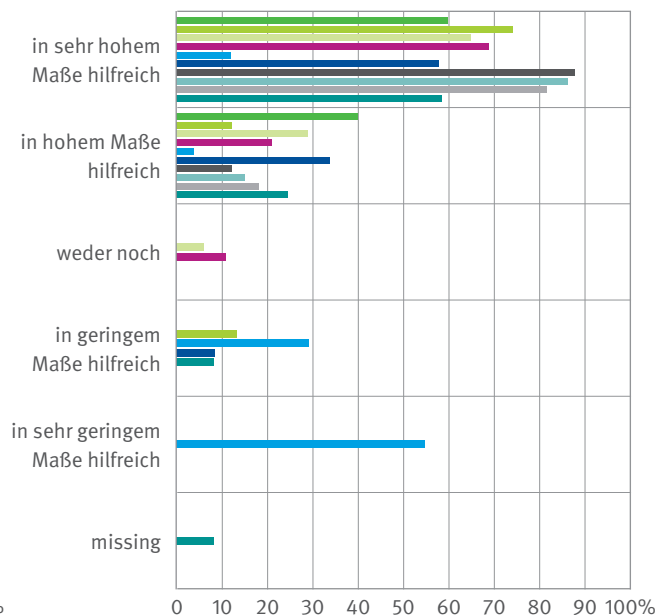
Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: britta.weber@dguv.de

Abbildung 1: Nutzungshäufigkeit und Bewertung des angeschafften Mobiliars hinsichtlich der Reduktion von Muskel-Skelett-Beschwerden (in Prozent der Befragten)

Wie häufig nutzen Sie das Mobiliar und seine Funktionen?



Als wie hilfreich empfinden Sie die Anschaffung der Möbelstücke hinsichtlich der Reduktion von Muskel-Skelett-Beschwerden?



Stühle für Erwachsene

- Erzieher/innen-Bürostuhl, n = 12
- Erzieher/innen-Stühle nur mit Rückenlehne, n = 19
- Rollhocker, nutzbar mit oder ohne Rückenlehne und/oder Armlehnen, n = 16
- Rollhocker, n = 16

Sitzhilfe Boden

- Kniesitzkissen, n = 24
- Bodenstuhl, n = 12
- Wickelkommode mit Treppe, n = 19

Tische und Tisch-/Stuhlkombination

- Hochstühle für Kinder, n = 15
- Zargenlose höhenverstellbare Tische, n = 17
- Rollfunktion Tische, n = 23

beinhaltete jedoch deutlich mehr, als lediglich Mobiliar zur Verfügung zu stellen. Leitungen und pädagogisches Personal wurden in die Planungen eingebunden, für die Prävention von Muskel-Skelett-Belastungen sensibilisiert und unterstützt: In Workshops ermittelte das Projektteam mit dem jeweiligen Kollegium, welches Mobiliar für welche Arbeitssituation angeschafft werden sollte. Das Institut für Arbeitswissenschaft, Technische Universität Darmstadt (IAD) hat die Einführung der neuen Möbel, die Anpassung der Möbel und den ersten Umgang des pädagogischen Personals mit den Möbeln intensiv begleitet. Zudem erhielt das pädagogische Personal Verhaltensschulungen, um ergonomisches, also rücken- und gelenkschonendes Verhalten in Verbindung mit der Nutzung des Mobiliars zu erlernen und zu trainieren. Durch den Einsatz von Videoaufzeichnungen sollte die Akzeptanz des ergonomischen Verhaltens zusätzlich erhöht werden. Diese wurden während der Messungen der Muskel-Skelett-Beanspruchungen mit dem Messsystem „CUELA“⁴³ gewonnen und zeigten Kolleginnen in extremen Beanspruchungssituationen des Muskel-Skelett-Systems während ihrer Arbeit in der Kita.

ErgoKita – Was hat’s gebracht?

2016 erfolgte die Evaluation des Projekts durch die beteiligten Unfallkassen und das Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA). Mit den pädagogischen Fachkräften und Leitungen der sechs Kitas wurden drei Jahre nach Abschluss der ErgoKita-Studie strukturierte Interviews geführt. In dieser erneuten Erhebung sollte geklärt werden, ob das angeschaffte Mobiliar nachhaltig genutzt wird, ob es zu dauerhaften Verhaltensänderungen des pädagogischen Personals gekommen ist und wie das pädagogische Personal den Nutzen des Projekts einschätzt.

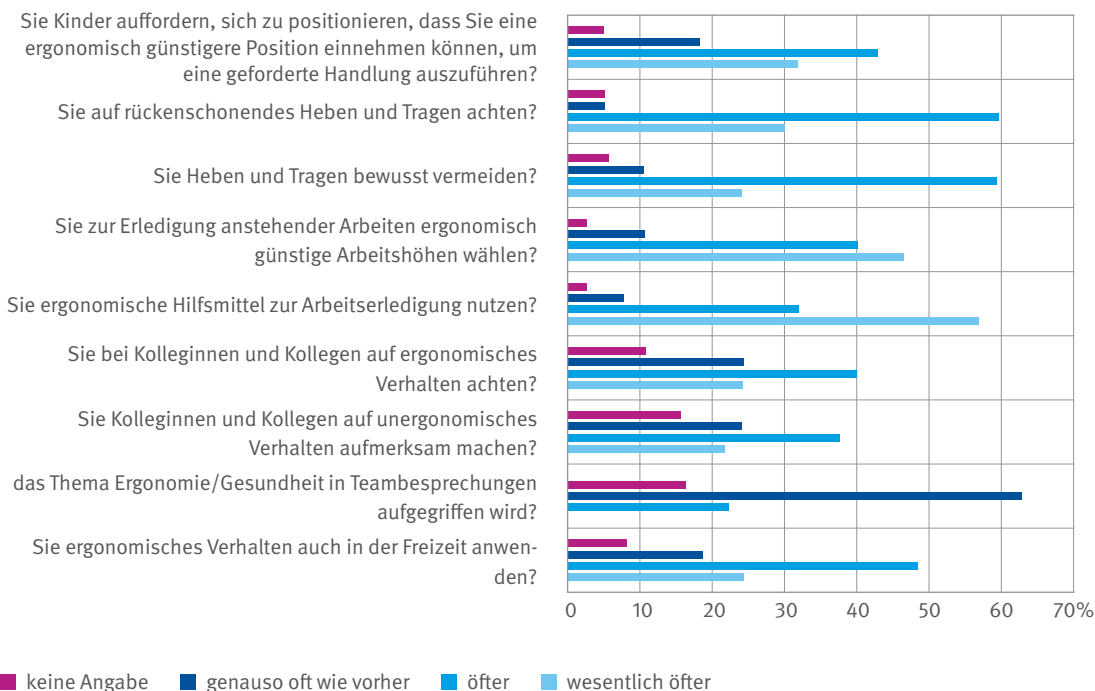
Das Konzept ging auf – dank partizipativer Interventionsplanung und -vorbereitung und den verschiedenen Angeboten in und nach der Implementierungsphase.

Insgesamt 38 Erzieherinnen, die vor und nach der ergonomischen Umgestaltung in ihrer Kita arbeiteten, beteiligten sich an der Evaluation. Alle hatten mindestens sechs Jahre Berufserfahrung und waren mindestens 25 Jahre alt. Elf von ihnen arbeiteten in der Kitaleitung (Leitung oder stellvertretende Leitung). Zwei Drittel der 38 Erzieherinnen arbeiteten auch in U3-Gruppen; knapp 54 Prozent in Vollzeit.

Die Zufriedenheit mit dem Projekt ErgoKita war extrem hoch: 97 Prozent der Erzieherinnen waren sehr zufrieden oder zufrieden. Ein Grund dafür war der hohe Nutzen des ergonomischen Mobiliars. Bis auf das Kniesitzkissen wurde das angeschaffte Mobiliar in den Kitas immer noch häufig genutzt und als hilfreich bewertet, was die Reduktion von Muskel-Skelett-Beschwerden betrifft (siehe Abbildung 1).

Abbildung 2: Selbsteinschätzung des ergonomischen Verhaltens des pädagogischen Personals im Vergleich zur Ausgangssituation vor Durchführung der Maßnahmen des Projekts ErgoKita (in Prozent der Befragten)

Im Vergleich zur Ausgangssituation vor Durchführung der Maßnahmen: Wie oft kommt es vor, dass ...? (in Prozent, n = 37)



Ein weiterer Grund für die hohe Zufriedenheit mit dem Projekt war der Fokus auf die Gesundheit des pädagogischen Personals. Dies wurde auch in den Interviews positiv hervorgehoben: „ErgoKita ist eine der wenigen Studien, wo es mal nicht um die Kinder geht.“ Das Bewusstsein für die eigene Gesundheit konnte bei den Erzieherinnen erhöht werden. 95 Prozent der

„ErgoKita hat dabei geholfen, das Thema Gesundheitsprävention ins Team zu bringen.“

38 Erzieherinnen stimmen zu, dass ErgoKita sie im Hinblick auf Muskel-Skelett-Belastungen im Arbeitsalltag sensibilisiert hat. Außerdem habe sich ihr Wissen über den gesundheitserhaltenden Effekt ergonomischen Verhaltens an ihrem Arbeitsplatz vertieft. Auch beim Verhalten konnte eine zunehmend gesundheitsorientierte Arbeitsweise sowie die Nutzung ergonomischer Möglichkeiten beobachtet werden (siehe Abbildung 2).

Zudem haben knapp 64 Prozent der Leiterinnen das Gefühl, dass die durchgeführten Maßnahmen in ihrer Einrichtung bereits zu einer Reduktion von Muskel-Skelett-Beschwerden geführt haben.

Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen des pädagogischen Personals – Schlussfolgerungen für die Praxis

Im Folgenden werden drei Maßnahmen abgeleitet, die die Gesundheit des pädagogischen Fachpersonals in Kitas deutlich verbessern können.

Geeignete Konzepte der Höhenanpassung

Interaktionen zwischen pädagogischem Personal und Kindern auf Augenhöhe: Nicht immer erfordert dies, dass pädagogisches Personal sich auf die Höhe der Kinder beugt. Gemischte Tischarrangements in Gruppenräumen bestehend aus Tischen auf Sitzhöhe der Kinder und wenigstens einem Tisch auf Sitzhöhe der Erwachsenen, umringt von Hochstühlen für Kinder, ermöglichen zumindest zeitweise, mit den Kindern in einer ergonomisch günstigen Körperposition zu arbeiten.

Höhen von Mobiliar ausschließlich an die Größe der Kinder anzupassen, wurde in den Interviews teilweise hinterfragt („Warum sind Sachen alle so klein, warum baut man in Gruppenräume Küchen auf Kinderhöhe ein?“; „Mit zunehmendem Alter habe ich mehr Verständnis dafür, dass man sich nicht zum Kind auf dessen Höhe beugt.“). Eine Anpassung auch an die Physis Erwachsener wird vereinzelt eingefordert („Es gibt noch nicht genug Möbel, um Tischarrangements auf Erwachsenenhöhe zusammenstellen zu können. So fehlen zu den theoretisch auf Erwachsenenhöhe einstellbaren Tischen ausreichend Hochstühle für Kinder.“). Zudem wird ein proaktiveres Handeln für die Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern erwartet („Das Thema Erzieherinnengesundheit steht immer im Hintergrund. Wir reagieren immer dann, wenn jemand schon krank ist, statt präventiv zu handeln.“).

Alter(n)sgerechte Arbeitsgestaltung und betriebliches Gesundheitsmanagement in frühkindlichen Bildungseinrichtungen

Um Veränderungen am Arbeitsplatz „Kita“ wie beispielsweise die vorgeschlagenen Tischarrangements umzusetzen,

ergonomisches Mobiliar anzuschaffen und eine Präventionskultur für die Gesundheit des pädagogischen Personals entwickeln zu können, müssen die Kita-Träger über alter(n)sgerechte Arbeitsgestaltung und betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) aufgeklärt und sensibilisiert werden.

In den Interviews fordert das pädagogische Personal Informationen der Kita-Träger, wie sich Gesundheitsbeschwerden durch ergonomisches Mobiliar reduzieren lassen („Infomaterial über Möglichkeiten von Mobiliar sind nötig: Was ist auf dem Markt verfügbar? Diese Information benötigen die Träger und die Kitas selbst.“; „Es wäre sinnvoll, die Träger zum Thema Gesundheit ins Boot zu holen und ihnen zu erklären, mit wie wenig Geld sie die Gesundheit ihres Personals erhalten können.“). Die Unfallversicherungsträger beraten Einrichtungen zu Ergonomie in der Kita und stellen Informationsmaterial zur Verfügung. Beispielsweise finden sich im IFA-Report 4/2017 sehr konkrete Vorschläge zur ergonomischen Einrichtung des Arbeitsplatzes „Kita“.⁴ Auf Initiative der Unfallkasse Rheinland-Pfalz entstand in Zusammenarbeit mit dem IFA das Projekt „MusterKita“. Dabei wurde eine bestehende Kita in Neuwied saniert und erweitert. Sanierung und Neubau erfolgten nach ergonomischen Empfehlungen, unter anderem wurden Konzepte zur Verbesserung von Akustik, Belüftung und Beleuchtung in der Kita umgesetzt.⁵

Aus- und Fortbildung zu den Themen Ergonomie und Gesundheit

90 Prozent der befragten 38 Erzieherinnen und Erzieher stimmen zu und 10 Prozent stimmen eher zu, dass es sehr sinnvoll ist, die Themen Gesundheit und ergonomische Arbeitsgestaltung in die Ausbildung von aufzunehmen. Eine Schulung, um ein gesundheitsförderlicheres Verhalten beim Erziehungspersonal in der Kita zu erreichen, halten 97 Prozent der befragten Erzieherinnen für wichtig oder eher wichtig. Vermehrt wird in den Interviews darauf hingewiesen, dass die Regelmäßigkeit von Schulungen besonders wichtig ist [„Wiederholte Schulungen wären hilfreich, um Inhalte wieder ins Gedächtnis zu rufen und zu verinnerlichen und um neue Kolleginnen über ergonomisches Verhalten und Gesundheitsbewusstsein zu informieren.“; „Gut wäre eine Verpflichtung zur regelmäßigen (zum Beispiel alle zwei Jahre) Teilnahme an einer Auffrischung zum

Thema Ergonomie und Gesundheit in der Kita.“]. Einige Unfallversicherungsträger bieten bereits Seminare zum Thema „gesundheitsförderliche Kita“ für Beschäftigte sowie im Rahmen der Ausbildung von Erzieherinnen und Erziehern an.

Ausblick

ErgoKita hat deutlich gemacht, dass Maßnahmen zur Verbesserung der Ergonomie am Arbeitsplatz „Kita“ erforderlich sind, erfolgreich sein können und auf Seiten des pädagogischen Personals begrüßt werden, wenn es in den Veränderungsprozess eingebunden wird. Der Fokus des Projekts ErgoKita auf die Verbesserung der ergonomischen Arbeitsbedingungen des pädagogischen Personals war ein „Augenöffner“ für viele pädagogische Fachkräfte: Nicht nur Gesundheit und

Wohlbefinden der Kinder sind wichtig; auch die eigene Gesundheit und der Erhalt der eigenen Arbeitsfähigkeit über den ganzen Erwerbsverlauf sind essentiell. Angesichts gesellschaftlicher und demografischer Trends wie zum Beispiel der anteiligen Zunahme älterer Beschäftigter, des Fachkräftemangels und steigender Geburtenraten müssen auch Kita-Träger die Gesundheit des pädagogischen Personals stärker in den Fokus rücken. Eine wirksame Möglichkeit ist etwa, präventive Maßnahmen für Sicherheit und Gesundheit in ein ganzheitliches BGM einzubinden. Die gesetzliche Unfallversicherung bietet Trägern und Kitaleitungen hierbei eine kompetente Beratung sowie Unterstützung durch ihre weiteren Präventionsleistungen wie zum Beispiel Information und Qualifizierung. ●

i

„ErgoKita“ wurde im Zeitraum von Juni 2011 bis Dezember 2013 bearbeitet von den Projektpartnern Institut für Arbeitswissenschaft, Technische Universität Darmstadt (IAD), Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main (ASU), und Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA), Sankt Augustin. Die Unfallkassen Hessen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz sowie die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hatten die Studie initiiert. In der Studie wurden physische und psychische Belastungen im Kita-Alltag erfasst und Lösungsansätze zur Verbesserung der beruflichen und gesundheitlichen Situation des pädagogischen Personals in Kitas entwickelt und geprüft.²

i

Literatur

- [1] Viernickel, S., Voss, A., Mauz, E., Gerstenberg, F., Schumann, M., Zbiranski, K. et al.: Wissenschaftlicher Abschlussbericht – STEGE Strukturqualität und Erzieher_innengesundheit in Kindertageseinrichtungen: Alice Salomon Hochschule Berlin 2013. Unter: www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/PDF_2013/studie_stege.pdf.
- [2] Sinn-Behrendt, A., Sica, L., Bopp, V., Bruder, R., Brehmen, M., Groneberg, D. et al.: Projekt ErgoKiTa – Prävention von Muskel-Skelett-Belastungen bei Erzieherinnen und Erziehern in Kindertageseinrichtungen. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V., Berlin 2015. Unter: www.dguv.de/ifa/publikationen/reports-download/reports-2015/ifa-report-2-2015/index.jsp.
- [3] Schiefer, C., Hermanns, I., Ellegast, R. P.: Feldmesssystem CUELA zur Langzeiterfassung von Bewegungen an Arbeitsplätzen. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft. (2010); 2(64): 101-10.
- [4] Eul, M., Beisser, R., Köhmstedt, B., Schelle, F., Schmitz, M., Schwan, M. et al.: Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kita – Die MusterKiTa als Beispiel guter Praxis. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.; Berlin 2017. Unter: www.dguv.de/ifa/publikationen/reports-download/reports-2017/report-4-2017/index.jsp.
- [5] Eul, M., Ellegast, R. P., Köhmstedt, B.: Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kita: Die „MusterKiTa“ als Beispiel guter Praxis. Kita aktuell BY 2016;1:4-8.

Aus der Forschung

TRGS 910 führt zum Präventionserfolg auch in kleinen Betrieben

Zielgerichtete und bedarfsorientierte Prävention trägt zur Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz bei. Ziel des Projektes ParKoURs war es, optimierte Arbeitsschutzmaßnahmen für kleine Betriebe aus der Recyclingbranche unter Berücksichtigung des Risikokonzepts zu erarbeiten und deren Erfolg zu kontrollieren.

Das Ziel der TRGS 910 „Risikobezogenes Maßnahmenkonzept für Tätigkeiten mit krebserzeugenden Gefahrstoffen“ ist es, den Betrieben und Aufsichtsdiensden mehr Transparenz sowie Planungs- und Rechtssicherheit zu geben. In der Praxis sieht es dann so aus, dass ein rot-gelb-grün-Konzept die im Betrieb gemessenen Werte einordnet und einen Zielbereich vorgibt, auf den die Belastungen am Arbeitsplatz abgesenkt werden sollen. Schwierig ist es jedoch für kleine Betriebe in sogenannten Nischenbranchen, da es hier nur selten Standardlösungen gibt.

Damit aber auch hier optimierte Maßnahmen für Sicherheit und Gesundheit auf betrieblicher Ebene unter Berücksichtigung des Risikokonzepts erarbeitet und kontrolliert werden können, starteten 2013 das Landesinstitut für Arbeitsgestaltung NRW (LIA), die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und das Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der DGUV (IPA) die Interventionsstudie: „Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe – Betriebliche Umsetzung des Risikoakzeptanzkonzeptes“ – kurz ParKoURs. An der Studie beteiligten

sich drei Betriebe aus den Bereichen Bahnschwellen-Recycling und thermische Bodenaufbereitung.

Biomonitoring misst tatsächliche Belastung

Vor, während und nach der Umsetzung von betrieblichen Arbeitsschutzmaßnahmen sollte die Belastung in der Arbeitsplatzluft und im Urin von 63 an der Studie teilnehmenden Beschäftigten untersucht werden. Gleichzeitig sollte mit Hilfe der am IPA durchgeführten Biomonitoringanalysen überprüft werden, inwieweit

Autoren

Dr. Tobias Weiß

Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der DGUV
Institut der Ruhr-Universität Bochum (IPA)
E-Mail: weiss@ipa-dguv.de

Dr. Michael Hagmann

Labordienste und Verfahren
Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen (LIA.nrw)
E-Mail: michael.hagmann@lia.nrw.de

Dr. Ralph Hebisch

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
E-Mail: hebisch.ralph@baua.bund.de

Dr. Torsten Wolf

Dezernat Technischer Arbeitsschutz
Bezirksregierung Düsseldorf
E-Mail: torsten.wolf@brd.nrw.de

Prof. Dr. Thomas Brüning

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

Manuelles Abplatten von Bahnschwellen



sich die risikobasierten Luftkonzentrationen im biologischen Material widerspiegeln – in diesem Fall im Urin der Beschäftigten. Untersucht wurden polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK) sowie deren Leitkomponente Benzo[a]pyren. Diese Stoffe können nicht nur eingeatmet, sondern in hohem Maße auch über die Haut aufgenommen werden.

Mit PAK belastete Bahnschwellen und Böden

Ältere Holzbahnschwellen wurden bis Anfang der 1990er-Jahre mit einer Imprägnierung behandelt, die bis zu 0,05 Prozent an krebserzeugendem Benzo[a]pyren enthielt. Beim Recyceln schwankt die Belastung für die Beschäftigten sehr stark und ist davon abhängig, mit welcher Imprägnierung die Bahnschwellen behandelt worden sind. Ähnlich verhält es sich bei der Aufbereitung von PAK-kontaminierten Böden, die meist aus ehemaligen Industriegeländen stammen. Der Gehalt an PAK kann bis zu zehn Gramm pro Kilogramm Boden betragen.

Von 2013 bis 2015 wurden für die Studie insgesamt sechs Messreihen in den Betrieben durchgeführt, bei denen die innere und äußere Belastung der Beschäftigten bestimmt wurde. Neben den Messungen füllten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Betriebe Fragebögen aus, und ihre Tätigkeiten – auch der jeweils vorangegangenen Woche – wurden protokolliert. Aus der Kombination der inneren und äußeren Belastung sowie der Tätigkeitsbeschreibungen konnten die Arbeitsplätze beziehungsweise Tätigkeiten mit besonders hohen Expositionen identifiziert werden.

„Im Projekt ParKoURs wurde deutlich, wie wichtig eine genaue Expositionserfassung für die Primärprävention an Arbeitsplätzen mit Gefahrstoffbelastungen ist.“

Es zeigte sich, dass es nicht sinnvoll war, die Beschäftigten in Expositionsgruppen wie „hoch“, „mittel“ oder „niedrig“ einzuteilen, da ihre Tätigkeiten sehr unterschiedlich waren. Expositionsspitzen kamen relativ häufig vor. Hohe Luftbelastungen mit Werten oberhalb der Toleranzkonzentration fanden sich bei Instandhaltungsarbeiten, der Anlieferung von Bodenmaterial in der Aufbereitungshalle der Bodensanierung und beim Schreddern von Bahnschwellen in einem der beiden Recyclingbetriebe.

Einführung von Arbeitsschutzmaßnahmen

Nachdem die Analysen ausgewertet waren, untersuchten die Fachleute die einzelnen Arbeitsplätze sowie Anforderungen vor Ort und entwickelten eine Reihe von Schutzmaßnahmen. Hierbei lautete die Rangfolge: technische Maßnahmen vor organisatorischen, organisatorische vor personenbezogenen. Kurzfristig konnten folgende Änderungen umgesetzt werden: Hygienevorschriften bei Pausen stringent beachten, Arbeits- und Freizeitkleidung getrennt aufbewahren, nur Einmalschutzanzüge in einem Betrieb verwenden beziehungsweise Arbeitskleidung durch eine Spezialfirma in einem anderen Betrieb reinigen lassen.

Mittel- und langfristige Maßnahmen betrafen vor allem die technischen und organisatorischen Bereiche: Installation von Absaugeinrichtungen, spezielle Konstruktionen von belüfteten Kabinen an den Arbeitsplätzen mit hoher Belastung, sodass die Beschäftigten nun keinen direkten Kontakt mehr mit den belasteten Bahnschwellen haben. In einem Betrieb wurde eine Schwarz-Weiß-Trennung eingerichtet, wodurch die Umkleideräume für Arbeits- und Straßenkleidung voneinander getrennt und mit zusätzlichen Waschgelegenheiten ausgestattet sind.

Interventionsstudie kontrolliert die Umsetzung der Maßnahmen

Durch die regelmäßig während der Studie durchgeführten Biomonitoringanalysen wurden die jeweiligen Belastungen immer wieder überprüft und die Schutzmaßnahmen stetig angepasst. Beim Bahnschwellen-Recycling konnten im Laufe des Projekts die inneren Belastungen der Beschäftigten im Mittel auf etwa 1/16 der eingangs beobachteten Werte reduziert werden. Teilweise lagen die Messergebnisse am Ende der Studie auf dem Niveau der unbelasteten Allgemeinbevölkerung. Im Bodensanierungsbetrieb konnte die Belastung im Mittel um mehr als 80 Prozent reduziert werden. Dies ist ein großer Erfolg für die Prävention.

Fazit

Der kombinierte Einsatz von Luft- und Biomonitoring bildete die tatsächliche Belastung der einzelnen Beschäftigten sehr gut ab und zeigte, dass die Aufnahme von Gefahrstoffen vor allem über die Haut erfolgte. Im Projekt ParKoURs wurde erneut deutlich, wie wichtig eine genaue Expositionserfassung für die Primärprävention an Arbeitsplätzen mit Gefahrstoffbelastungen ist. So konnten mit den gewonnenen Messdaten Belastungsschwerpunkte ermittelt, technische Lösungen, organisatorische Maßnahmen und Verhaltensregeln evaluiert und damit eine erhebliche Expositionsminimierung zum Schutz der Beschäftigten erreicht werden. Das Projekt zeigte darüber hinaus, dass auch kleine Betriebe dem Minimierungsgebot und ihrer Pflicht für ein risikobezogenes Maßnahmenkonzept bei Tätigkeiten mit krebserzeugenden Stoffen nachkommen können. Die im Rahmen dieser Studie entwickelten Werkzeuge und Maßnahmen sind grundsätzlich auch auf andere Arbeitsplätze übertragbar. ●





Neuregelungen

Was bringt das Bundesteilhabegesetz?

Zum Jahreswechsel sind für die Leistungsträger und -erbringer wesentliche Teile des Bundesteilhabegesetzes in Kraft getreten. Informationen zu der neuen Gesetzeslage, internationalen Hintergründen und Ausblick auf kommende Veränderungen

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG)¹ hat seinen Ursprung im Internationalen Recht. Ein Staat kann seine Rechtsbeziehungen zu anderen Staaten beziehungsweise die Rechtsbeziehungen seiner Bürgerinnen und Bürger mit Auslandsbezug auf mehreren Wegen regeln.

Bilaterale Abkommen

Der traditionelle Weg sind bilaterale Abkommen zwischen zwei Staaten. Beispiele hierfür sind Sozialversicherungsabkommen² oder Doppelbesteuerungsabkommen.³ Solche Abkommen werden nach dem Gegenseitigkeitsprinzip zwischen zwei souveränen Nationalstaaten geschlossen. Geregelt werden hier insbesondere Leistungen, die im jeweiligen Ausland erbracht werden sollen. Die Abkommensstaaten garantieren gegenseitig, dass die Angehörigen des Vertragsstaates versorgt werden (zum Beispiel hinsichtlich einer Krankenbehandlung oder Rentenleistung). Zwischen den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sind die bilateralen Abkommen durch die Verordnung EG Nr. 883/2004⁴ vom 29.04.2004 sowie ergänzend durch die Verordnung EG Nr. 987/2009⁵ vom 16. September 2009 abgelöst worden; aus diesem Grund existiert im Raum der EU eine gemeinsame einheitliche europäische Regelung. Die

Verordnung gilt über Art. 288 AEUV unmittelbar in den Mitgliedsstaaten. Gleichwohl sind die bisher bestehenden bilateralen Abkommen nicht bedeutungslos geworden. Sie entfalten auch dann noch Wirkung, wenn sie für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer günstigere Regelungen enthalten als das europäische Recht.⁶ Zu beachten ist, dass die Verordnungen (lediglich) die Koordinierung der (nationalstaatlichen) Sozialrechtssysteme koordinieren sollen und kein materielles europäisches Sozialrecht schaffen.

„Von der UN-BRK bis zum Bundesteilhabegesetz war es ein langer Weg.“

Multinationale Regelungen

Ergänzt werden bilaterale Abkommen durch Regelungen überstaatlicher Organisationen. Multinationale Regelungen und Absichts- beziehungsweise Prinzipienklärungen⁷ gibt es auf dem Gebiet des Sozialrechts bereits seit vielen Jahrzehnten. Die dahinterstehende Idee ist, internationale soziale beziehungsweise sozialpoli-

tische Standards mit Blick auf das gesellschaftliche und soziale Zusammenleben zu setzen. Die Staaten, die solchen Regelungen beitreten, werden durch die Anerkennung dieser Standards verpflichtet, sozialrechtliche Institutionen und Leistungen zu schaffen und aufrechtzuerhalten. Die Schaffung sozialer Standards ist dabei eine Voraussetzung für eine globalisierte Welt(wirtschaft), da soziale Standards gegenseitig anerkannt beziehungsweise eingeführt werden.

Auf supranationaler Ebene gibt es eine Reihe von Regelungen, die jedoch unterschiedliche Rechtswirkungen entfalten:

- Menschenrechtserklärung der Vereinten Nationen (UN Menschenrechtskonvention) vom 10. Dezember 1948.⁸ Sie ist kein völkerrechtlicher Vertrag,⁹ sondern eine rechtlich unverbindliche Resolution und entfaltet zwischenstaatlich sowie auf nationaler Ebene keine rechtliche Verbindlichkeit.
- Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt) vom 19. Dezember 1966: Es handelt sich um einen multinationalen völkerrechtlichen Vertrag, der von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet wurde.¹⁰ Der UN-Sozialpakt wurde am 23. Dezember 1973 von der Bundesrepublik Deutschland ratifiziert (BGBl. 1973 II, S. 1569). Das bedeutet nach den Vorgaben des Art. 59 Abs. 2 S. 1 GG, dass die Ratifizierung durch den Bundespräsidenten nach Art. 59 Abs. 1 GG erst auf Grundlage eines zuvor erlassenen Bundesgesetzes erfolgen darf (BGBl. II 1976, S. 438). In der nationalen Rechtsordnung kommt dem UN-Sozialpakt der Status eines nationalen Bundesgesetzes zu (formelles Parlamentsgesetz).

Autor



Dr. Ralf Möller

Bereich Zertifikatsprogramme und Berufsbildung der Hochschule der Gesetzlichen Unfallversicherung – HGU
E-Mail: ralf.moeller@dguv.de

- Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK) vom 13. Dezember 2006:¹¹ Auch die UN-BRK ist ein von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedeter multinationaler völkerrechtlicher Vertrag. Die Umsetzung im nationalen Recht erfolgte durch Ratifizierung am 24. Februar 2009 mit Wirkung ab 26. März 2009 (BGB I. II 2008, 1419). Die UN-BRK hat damit den Status eines nationalen formellen Bundesgesetzes. Allerdings folgen aus der UN-BRK in der Regel keine individuellen Leistungsansprüche, sondern es bedarf einer innerstaatlichen Umsetzung in (anderen) Leistungsgesetzen¹² („non-self-executing“). Wenn nationale Normen auslegungsfähig und -bedürftig sind, kann die UN-BRK aufgrund ihres Status in der nationalen Rechtsordnung sowie wegen des Grundsatzes der Völkerrechtsfreundlichkeit (Art. 25 GG) als Auslegungshilfe herangezogen werden.

Regelungen zum stufenweisen In-Kraft-Treten des BTHG

Von der UN-BRK bis zum Bundesteilhabegesetz (BTHG) war es noch ein langer gesetzgeberischer Weg. Immerhin liegen zwischen beiden Gesetzen sieben Jahre. Dieser Zeitraum ist noch länger, wenn man berücksichtigt, dass das BTHG erst zum 1. Januar 2023 in vollem Umfang in Kraft tritt. Die stufenweise Umsetzung des BTHG vollzieht sich wie folgt:

- Grundregel ist nach Art. 26 Abs. 1 BTHG das In-Kraft-Treten zum 01.01.2018 und zugleich das Außer-Kraft-Treten des SGB IX. Allerdings enthält insbesondere Art. 26 Abs. 2 bis 5 BTHG hiervon abweichende Regelungen.
- Am Tag nach Verkündung am 30. Dezember 2016 (Art. 26 Abs. 2 BTHG)

wurden im Wesentlichen Änderungen im Kündigungsrecht schwerbehinderter Menschen sowie im Mitbestimmungsrecht in Werkstattangelegenheiten wirksam.

- Zum 1. Januar 2017 traten in Kraft Art. 11 (im Wesentlichen: Erhöhung der Grenzen des einzusetzenden Vermögens in der Sozialhilfe) und Art. 16 (Umsatzsteuerfreistellung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die in Einrichtungen erbracht werden).
- Am 1. Januar 2020 treten die neuen Regelungen der Eingliederungshilfe in Kraft¹³ (Integration des Eingliederungsrechts der Menschen mit Behinderung in das SGB IX, Art. 26 Abs. 4 Nr. 1 BTHG in Verbindung mit Art. 1 Teil 2 BTHG). § 94 Abs. 1 SGB IX und die Bestimmungen über das Vertragsrecht mit den Leistungserbringern der Eingliederungshilfe treten bereits zum 01.01.2018 in Kraft (§§ 123-134 SGB IX n. F.). Zum 1. Januar 2020 wird auch das Leistungserbringungsrecht in der Sozialhilfe neu geregelt (Art. 26 Abs. 4 Nr. 4 in Verbindung mit Art. 13 BTHG, dort §§ 75 ff. SGB XII).
- Am 1. Januar 2023 tritt gemäß Art. 26 Abs. 5 in Verbindung mit Art. 25 a BTHG die Neufassung des § 99 SGB IX in Kraft. Die Norm regelt den leistungsberechtigten Personenkreis der Eingliederungshilfe, orientiert an ICF-Kriterien.¹⁴

Neue Regelungen ab dem 1. Januar 2018

Das BTHG ist ein sogenanntes Artikel-Gesetz. Als Artikelgesetz vereint es in sich gleichzeitig mehrere Gesetze oder Regelungsinhalte. Die Bezeichnung Artikelgesetz folgt aus der Gliederung solcher Gesetze in Artikeln, wobei regelmäßig für jedes zu erlassende oder zu ändernde Gesetz ein gesonderter Artikel verwendet wird. Das

heißt, in den 26 Artikeln des BTHG werden bezogen auf bestimmte (Sozial-)Gesetze Änderungen normiert. Die umfangreichsten inhaltlichen Änderungen erfolgen durch die vollständige Neukodifizierung des SGB IX im Recht der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sowie im Sozialhilferecht (SGB XII). Die wichtigsten zum 1. Januar 2018 in Kraft getretenen Änderungen sollen im Folgenden vorgestellt werden.

Teil 1 des SGB IX

SGB IX, Teil 1, §§ 1 bis 89 SGB IX ist mit der Überschrift „Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen“ versehen. Die Normen werden bisweilen als „allgemeiner Teil des Rehabilitationsrechts“¹⁵ bezeichnet.

Gegliedertes Reha-System

Systematisch verbleibt es beim gegliederten System des Rehabilitationsrechts. Teilweise wird hier mit negativem Zungenschlag auch von „Zersplitterung“ des Leistungsrechts gesprochen. Hierzu wurde bereits an anderer Stelle im DGUV Forum berichtet.¹⁶ Weil die bisherige Rechtslage im Wesentlichen fortgeschrieben worden ist, werden wesentliche Verbesserungen für die Betroffenen nicht erwartet.¹⁷ Der Gesetzgeber hat sich mit dem BTHG vorgenommen, die Themenfelder „Kompetenzstreitigkeiten zwischen den Trägern, unnötige Mehrfachuntersuchungen und zu lange Bearbeitungszeiten“ zu beackern.¹⁸ Der wesentliche Sprung nach vorne ist insoweit in der weitreichenden Verpflichtung der Verfahrensbeteiligten zur Koordination des Leistungsgeschehens zu sehen. Insoweit soll die nachfolgende Abbildung einen Überblick zum bereichsspezifischen Rehabilitationsrecht nach Leistungsgruppen im Sinne des § 5 SGB IX in den Sozial(versicherungs)bereichen geben (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht über die Teilhabeleistungen nach Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX) und Rehabilitationsträgern (§ 6 Abs. 1 SGB IX)

	Krankenversicherung	Bundesagentur für Arbeit	Unfallversicherung	Rentenversicherung	Entschädigungsverwaltung	öffentliche Jugendhilfe	Eingliederungshilfe
medizinische Reha	X		X	X	X	X	X
Teilhabe am Arbeitsleben		X	X	X	X	X	X
unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	X	X	X	X	X		
Teilhabe an Bildung			(X)*		X	X	X
soziale Teilhabe			X		X	X	X

(* bei Versicherten nach § 2 Abs. 1 Nr. 8 SGB VII)

Quelle: Ralf Möller



Eine Beeinträchtigung darf kein Grund für eingeschränkte Teilhabemöglichkeiten sein.

Nach § 6 Abs. 1 SGB IX sind Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) die in den jeweiligen Sozialgesetzbüchern genannten Sozialleistungsträger. Das heißt, die Zuordnung der Aufgaben erfolgt sachbezogen entsprechend der in den Sozialgesetzen geregelten Zuständigkeiten.¹⁹

Bereichsspezifischer Leistungsumfang

Wegen der Beibehaltung des gegliederten Rehabilitationssystems können in unterschiedlichen sozialrechtlichen Zusammenhängen die Leistungen unterschiedlich ausgestaltet sein, sodass die unterschiedlichen Rehabilitationsträger keine identischen Aufgaben beziehungsweise Leistungsumfänge erbringen. Das Leistungsrecht der Teilhabe ist daher im jeweiligen sozialrechtlichen Kontext zu betrachten und weist Unterschiede auf. Sichtbar wird dies aufgrund der Regelung des § 7 Abs. 1 S. 2 SGB IX, da sich die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen richten.²⁰ Neu wird durch das BTHG eine umfassende vorrangige Geltung der bundesweit einheitlichen Regelungen zu den Themenfeldern der Einleitung der Rehabilitation von Amts wegen, der Erkennung und Ermittlung von Rehabilitationsbedarfen sowie der Koordinierung der Leistungen geschaffen (BTHG § 7 Abs. 2 SGB IX in Verbindung mit §§ 9 bis 24 SGB IX²¹). Das SGB IX regelt somit, welche Leistungen der Re-

habilitation und Teilhabe dem Grunde nach erbracht werden. In den einzelnen Sozialleistungsgesetzen ist geregelt – bereichsspezifisch (gegebenenfalls ergänzend) –, welche Leistungsansprüche tatsächlich im konkreten Einzelfall bestehen. Insbesondere die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ist nunmehr einheitlich und trägerübergreifend geregelt, sodass das gesetzgeberische Ziel, Mehrfachbegutachtungen (siehe § 17 SGB IX) künftig zu vermeiden, wohl als erreicht betrachtet werden darf.

„Der wesentliche Sprung nach vorne ist die Verpflichtung zur Koordination des Leistungsgeschehens.“

- Beispiel Krankenversicherung: Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§§ 42 – 48 SGB IX) werden nach §§ 11 Abs. 2 i. V. m. § 43 SGB V erbracht.
- Beispiel Rentenversicherung: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 49 – 63 SGB IX) werden nach § 16 SGB VI erbracht.
- Beispiel Unfallversicherung: Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen wie zum Beispiel Reha-Sport werden nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX in Verbindung mit § 39 Abs. 1 SGB VII erbracht.

Der Rehabilitationsträger muss auf eine zeitnahe Bearbeitung der Leistungsanträge achten. Kann nicht innerhalb einer Frist von zwei Monaten ab Antragseingang über die Leistung entschieden werden, muss hierzu innerhalb dieser Frist eine schriftliche Begründung an den Leistungsberechtigten erfolgen (begründete Mitteilung nach § 18 Abs. 1 SGB IX). Wenn keine begründete Mitteilung von der Verwaltung abgesetzt wird, gilt die beantragte Leistung nach Fristablauf als genehmigt (§ 18 Abs. 3 S. 1 SGB IX). Weitere Folge ist die Erstattungspflicht einer selbstbeschafften Leistung (§ 18 Abs. 4 SGB IX). Nur dann, wenn objektiv kein Leistungsanspruch bestand und subjektiv der Leistungsberechtigte dies vorsätzlich oder grob fahrlässig wusste, entfällt die Erstattungspflicht zugunsten der Verwaltung (§ 18 Abs. 5 SGB IX). Da es sich um eine den Anspruch vernichtende Einwendung handelt, hat die Verwaltung hierfür die volle Darlegungs- und Beweislast. Dies dürfte vor allem auf der subjektiven Ebene kaum möglich sein, da außer in (extrem seltenen) Fällen des Wissens um die nicht bestehende Leistungspflicht eine grobe Fahrlässigkeit praktisch kaum beweisbar sein dürfte.

Insgesamt wird der Leistungskatalog für Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohten Menschen erweitert. Einige Bereiche werden vollständig neu eingeführt und sollen dem Bemühen Vorschub leisten, ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Zu nennen sind hier zum Beispiel das Budget für Arbeit (§ 61 SGB IX) oder Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 75 SGB IX).

Neuer Begriff der Menschen mit Behinderung

Eine wesentliche Veränderung bringt der neue Begriff der Behinderung in § 2 Abs. 1 SGB IX mit sich, der für alle Rehabilitationsträger gilt:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

Der Begriff der Behinderung wird – bisher – nicht im Verfassungstext verwendet. Das Bundesverfassungsgericht versteht hierunter „die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen und seelischen Zustand beruht.“²² Diese bisher verwendete Definition greift die alte Gesetzeslage zu § 2 Abs. 1 SGB IX a. F. sowie die auch nach dem 1. Januar 2018 unveränderte Regelung des § 10 SGB IX²³ auf. Diese Auslegung des Verfassungsgerichts ist bereits einige Jahre alt und das Gericht dürfte angesichts des veränderten Stellenwerts und Verständnisses der Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Behinderung vermutlich heute ein anderes Begriffsverständnis zugrunde legen.

Der neu definierte Begriff der Behinderung nach dem BTHG²⁴ geht zu Recht davon aus, dass eine personenindividuelle Beeinträchtigung nicht der Grund dafür ist, dass Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen eingeschränkt sind. Vielmehr wird eine Behinderung (im Normtext: Beeinträchtigung) erst dann zu einer Benachteiligung, weil objektive Umweltbedingungen (zum Beispiel eine Treppe für einen Rollstuhlfahrer) oder Einstellungen (zum Beispiel Ekelgefühle beim Anblick schwerstbehinderter Menschen) Teilhabebarrrieren schaffen. Es geht also darum, diese (objektiven und subjektiven) Hindernisse²⁵ zu beseitigen und auf diese Weise Teilhabe zu ermöglichen. Personenindividuelle Beeinträchtigungen führen daher nicht aus sich heraus zu einer Benachteiligung, sondern erst durch das Zusammentreffen mit Barrieren (sogenannter Wechselwirkungsansatz, welcher dem Ansatz der UN-BRK folgt²⁶). Die leistungsrechtlichen Hilfestellungen sollen diese Barrieren überwinden helfen. Daher wird die Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderungen auch vorangestellt und muss künftig wesentlich deutlicher im Leistungsgeschehen Beachtung finden.

Der neu definierte Begriff basiert auf dem Behindertenbegriff der UN-BRK. Der internationale Behindertenbegriff stellt stärker auf soziale Beeinträchtigungen ab (vergleiche Art. 1 UN-BRK), was nunmehr ab 1. Januar 2018 auch im nationalen Recht umgesetzt ist. Allerdings gibt es auch Unterschiede zwischen den Behindertenbegriffen der Konvention sowie des BTHG.²⁷ Wesentlich ist insbesondere die zeitliche Komponente. Diese ist in § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX auf einen Zeitraum von mehr als

sechs Monate fixiert, während in Art. 1 UN-BRK flexibel von „längerfristigen Beeinträchtigungen“ gesprochen wird. Die deutlich starrere Grenze im nationalen Begriff ermöglicht eine klare Abgrenzung im Einzelfall, was zu Vor- oder Nachteilen der Betroffenen führen kann. Der Begriff der Konvention ist näher an der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts dran, das von einer „nicht nur vorübergehenden“ Beeinträchtigung ausgeht (siehe oben). Ob es sich bei der Sechs-Monats-Grenze des § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX um eine zulässige Konkretisierung oder eine unzulässige Begrenzung handelt, wird unterschiedlich bewertet und bedarf voraussichtlich einer (verfassungs-)gerichtlichen Klärung. Für die Rechtsanwendung einer Behörde bleibt zunächst kein anderer Weg, als die starre gesetzlich definierte Grenze im Einzelfall zu akzeptieren.

Vertragswesen – Leistungserbringungsrecht

Die Leistungen werden auf Grundlage entsprechender Verträge zwischen Rehabilitationsträgern (Kostenträgern, zum Beispiel den Berufsgenossenschaften oder Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand) und Leistungserbringern beziehungsweise deren Verbänden erbracht. Hierzu gelten die vertragsrechtlichen Be-

stimmungen der jeweiligen Leistungsgesetze: im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung die Regelungen des SGB VII, ergänzt um die „vor die Klammer“ gezogenen Regelungen des SGB IX (sowie SGB I, SGB IV und SGB X). § 38 SGB IX standardisiert Vertragsinhalte für alle Sozialleistungsbereiche. Diese müssen enthalten:

- Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen, das beteiligte Personal und die begleitenden Fachdienste,
- die Übernahme von Grundsätzen der Rehabilitationsträger zur Vereinbarung von Vergütungen,
- Rechte und Pflichten der teilnehmenden Personen, soweit sich diese nicht bereits aus dem Rechtsverhältnis ergeben, das zwischen ihnen und dem Rehabilitationsträger besteht,
- angemessene Mitwirkungsmöglichkeiten teilnehmender Personen an der Ausführung der Leistungen,
- Regelungen zur Geheimhaltung personenbezogener Daten,
- Regelungen zur Beschäftigung eines angemessenen Anteils von Frauen mit Behinderungen, insbesondere Frauen mit Schwerbehinderungen sowie
- das Angebot, Beratung durch den Träger der öffentlichen Jugendhilfe bei

Die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung wird künftig mehr beachtet.



„Die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ist nun einheitlich und trägerübergreifend geregelt.“

eindeutigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung in Anspruch zu nehmen.

Zusätzlich bestimmt § 38 Abs. 2 SGB IX, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen stets als „wirtschaftlich“ von Kostenträgern zu akzeptieren ist.

Auf übergeordneter (Verbands-)Ebene wirken die Rehabilitationsträger (im Sinne des § 6 Abs. 1 SGB IX, also zum Beispiel die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung) gemäß § 38 Abs. 3 SGB IX darauf hin, dass die Verträge nach einheitlichen Grundsätzen insbesondere auf den Feldern Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit abgeschlossen werden. Weil der Gesetzgeber insoweit weder ein

„Können“ noch ein „Sollen“ formuliert hat, haben die Rehabilitationsträger die Pflicht, einheitliche Grundsätze zu den Verträgen zu entwickeln. Um sie zu erreichen, nennt der Gesetzgeber als (mögliches) Instrument gemeinsame Empfehlungen im Sinne des § 26 SGB IX.²⁸ § 26 Abs. 4 SGB IX sieht vor, dass sich die Träger der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung durch ihre Spitzenverbände vertreten lassen können. Dies ist im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung die DGUV. Weithin können (auf Verbandsebene mit Wirkung für den jeweiligen Sozialversicherungszweig) mit den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen Rahmenverträge geschlossen werden.

Teil 2 des SGB IX

Da in Art. 26 Abs. 4 S. 1 Nr. 1 BTHG Kapitel 8 hinsichtlich des In-Kraft-Tretens zum 01.01.2020 nichts genannt ist, gilt für die §§ 123 bis 134 SGB IX die allgemeine Regelung des Art. 26 Abs. 1 BTHG. Das Leistungserbringungsrecht in der Eingliederungshilfe wird daher vorab und nicht erst zum 1. Januar 2020 in das SGB IX überführt.

Teil 3 des SGB IX

Ebenfalls mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 wird das Schwerbehindertenrecht durch Teil 3, §§ 151 bis 241 des SGB IX neu kodifiziert. Die wesentlichen inhaltlichen Änderungen bewegen sich in dem Bereich der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben.

Definition der Schwerbehinderung

Eine Person ist nach der Definition in § 2 Abs. 2 SGB IX schwerbehindert, wenn bei ihr ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 156 (§ 73 SGB IX a. F.) rechtmäßig im Geltungsbereich des SGB IX hat. Wesentlich für eine Schwerbehinderung im Sinne des Gesetzes sind daher eine Behinderung mit einem „Schweregrad“ von

mehr als 50 und ein Inlandsbezug des Leistungsberechtigten. Den Grad der Behinderung stellt die zuständige Behörde auf Antrag fest und einen entsprechenden Ausweis aus (§ 152 Abs. 1, 4 SGB IX; § 69 SGB IX a. F.). Zuständige Behörde ist insoweit das zuständige Versorgungsamt. Der Grad der Behinderung wird daher entsprechend der im sozialen Entschädigungsrecht herrschenden Systematik festgestellt.

Versorgungsverwaltung

Auch die Versorgungsverwaltung basiert auf Strukturen des sozialen Entschädigungsrechts. Die Aufgabenerfüllung obliegt den Ländern. Die Verwaltungsstruktur wird durch das Gesetz über die Errichtung der Verwaltungsbehörden der Kriegsofferversorgung geregelt (KOVVwG). Auf regionaler und übergeordneter Ebene sind die Versorgungs- und Landesversorgungsämter zuständig (§ 1 S. 1 KOVVwG). Die Versorgungsämter unterstehen den Landesversorgungsämtern; diese unterstehen den für die Kriegsofferversorgung zuständigen obersten Landesbehörden.

Teilhabe am Arbeitsleben

Um die Inklusion schwerbehinderter Menschen besser zu verwirklichen, sieht das SGB IX umfangreiche Regelungen im Zusammenhang mit der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben vor. Es besteht eine Beschäftigungspflicht privater und öffentlicher Arbeitgeber (§ 154 SGB IX; § 71 SGB IX a. F.). Wird die gesetzlich vorgegebene Beschäftigtenzahl beziehungsweise Quote schwerbehinderter Menschen nicht erreicht, muss der Arbeitgeber beziehungsweise die Arbeitgeberin eine Ausgleichsabgabe zahlen (§ 160 SGB IX; § 77 SGB IX a. F.). Die Meldung erfolgt an die für den Arbeitgeber beziehungsweise die Arbeitgeberin zuständige Agentur für Arbeit, welche die entsprechenden Informationen auch an das zuständige Integrationsamt weiterleitet (§ 163 SGB IX; § 80 SGB IX a. F.). Die Ausgleichsabgabe darf nur für besondere Leistungen zur Förderung der Teilhabe schwerbehinder-



Foto: DGUV

„Insgesamt wird der Leistungskatalog für Menschen mit Behinderung und für von Behinderung bedrohten Menschen erweitert.“

ter Menschen am Arbeitsleben einschließlich begleitender Hilfe im Arbeitsleben und nur subsidiär verwendet werden (§ 160 Abs. 5 SGB IX; § 77 SGB IX a. F.). Einen besonderen Schutz genießen schwerbehinderte Menschen vor Kündigung. Diese bedarf der vorherigen Zustimmung des Integrationsamtes (§ 168 SGB IX; § 85 SGB IX a. F.; siehe zum Verfahren insgesamt §§ 168 bis 175 SGB IX). Besondere Rechte und Pflichten kommen der Schwerbehindertenvertretung als Ergänzung zu den allgemeinen Mitarbeitendenvertretungen zu (§§ 176 ff SGB IX; §§ 93 SGB IX a. F.). Die für die Rechtsanwendung wichtigste Regelung beinhaltet § 178 Abs. 2 S. 3 SGB IX. Eine Kündigung eines schwerbehinderten Menschen ist (absolut) unwirksam, wenn diese ohne vorherige Beteiligung der Schwerbehindertenvertretung ausgesprochen wird.

Die Zuständigkeit für die Durchführung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben obliegt in den Ländern dem Amt für die Sicherung der Integration schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben (Integrationsamt) in enger Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit (§ 184 SGB IX; § 101 SGB IX a. F.). Die Rehabilitationsträger im Sinne des § 6 SGB IX haben daneben weiterhin ihre Aufgaben zu erfüllen. Leider hat sich die Idee der Inklusion der Menschen mit Behinderungen noch nicht vollständig beim Gesetzgeber durchgesetzt, sonst wären inzwischen alle Integrationsämter als „Inklusionsämter“ neu bezeichnet worden.

Die eher formalen Aufgaben der Integrationsämter sind

- die Erhebung und Verwendung der Ausgleichsabgabe,
- der Kündigungsschutz,
- die begleitende Hilfe im Arbeitsleben,
- die zeitweilige Entziehung der besonderen Hilfen für schwerbehinderte Menschen (§ 200 SGB IX; § 117 SGB IX a. F.).

Bei jedem Integrationsamt wird ein Beratender Ausschuss für behinderte Menschen gebildet, der die Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben fördert, das Integrationsamt bei der Durchführung der besonderen Regelungen für schwerbehinderte Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterstützt und bei der Vergabe der Mittel der Ausgleichsabgabe mitwirkt. Der Ausschuss besteht aus zehn Mitgliedern (zwei Arbeitnehmerinnen beziehungsweise Arbeitnehmern, zwei Arbeitgeberinnen beziehungsweise Arbeitgebern, zwei Vertreterorganisationen behinderter Menschen, je ein Land bzw. Bundesagentur; siehe § 186 Abs. 1, 2 SGB IX; § 103 SGB IX a. F.).

Die Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit sind deutlich vielfältiger und bewegen sich im Kernbereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe hierzu § 187 SGB IX; § 104 SGB IX a. F.). Bei der Zentrale der Bundesagentur wird ebenfalls ein Beratender Ausschuss für behinderte Menschen gebildet, der die Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben durch Vorschläge fördert und die Bundesagentur bei der Durchführung der übertragenen Aufgaben unterstützt (§ 188 SGB IX; § 105 SGB IX a. F.).

Entsprechend der Zuständigkeit tragen die Länder bzw. die Bundesagentur für Arbeit die Kosten und bringen die erforderlichen Mittel auf. Zusätzlich können durch Dritte getragene mit besonderer fachlicher Qualifikation ausgestattete Integrationsfachdienste zur Durchführung der Maßnahmen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben beteiligt werden; dies können private, kirchliche oder Träger der freien Wohlfahrt sein. Werden die Dienste im Auftrag der Integrationsämter oder Rehabilitationsträger tätig, werden sie vom Auftraggebenden vergütet. Die Einzelheiten sind in §§ 192 bis 198 SGB IX (109 bis 115 SGB IX a. F.) geregelt.

Besondere Einrichtungen

Können schwerbehinderte Menschen nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt am Arbeitsleben teilhaben, stehen ihnen besondere Einrichtungen zur Verfügung. Schwerbehinderte Menschen können zum Beispiel in Inklusionsbetrieben (früher: Integrationsprojekte) beschäftigt sein. Dabei handelt es sich um „rechtlich und wirtschaftlich selbständige Unternehmen oder unternehmensinterne oder von öffentlichen Arbeitgeberinnen beziehungsweise Arbeitgebern geführte Betriebe oder Abteilungen zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, deren Teilhabe an einer sonstigen Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf Grund von Art oder Schwere der Behinderung oder wegen sonstiger Umstände voraussichtlich trotz Ausschöpfens aller Fördermöglichkeiten und des Einsatzes von Integrationsfachdiensten auf besondere Schwierigkeiten stößt“ (§ 215 Abs. 1 SGB IX; § 132 Abs. 1 SGB IX a. F.). Darüber hinaus können schwerbehinderte Menschen in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig sein. Dies ist eine Einrichtung, die sie am Arbeitsleben teilhaben lässt und in das Arbeitsleben eingliedern soll, sofern sie wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können (§ 219 Abs. 1 SGB IX; § 136 SGB IX a. F.). Es ist zu erwarten, dass trotz einiger Flexibilisierungsinstrumente der im internationalen Vergleich hohe Grad der Beschäftigung von (Schwer-)behinderten Menschen in Werkstätten nicht gesenkt wird, sodass im Umkehrschluss festgestellt werden muss, dass ihre Inklusion auf dem ersten Arbeitsmarkt in Deutschland auch künftig nur unterdurchschnittlich gelingen wird.²⁹

Personenbeförderung

Als besondere Leistung erhalten schwerbehinderte Personen eine unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr. Hierfür trägt der Bund die Kosten im

Fern- und Nahverkehr, soweit sich solche Betriebe überwiegend in der Hand des Bundes befinden (auch in Verkehrsverbänden); im übrigen Nahverkehr tragen die Länder die Aufwendungen (§ 234 SGB IX; § 151 SGB IX a. F.).

Fazit

Die UN-BRK wirkt als bindender völkerrechtlicher Vertrag in das nationale Recht der Bundesrepublik Deutschland hinein. Hinsichtlich der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen werden diese Rahmenvorgaben durch das Bundesteilhabegesetz im nationalen Sozialleistungsrecht umgesetzt. Der neue Begriff der Menschen mit Behinderungen in § 2 Abs. 1 SGB IX knüpft insoweit an den Begriff der Konvention an, ohne diesen vollständig zu übernehmen. Insbesondere hinsichtlich der zeitlichen Komponente ist die Definition des SGB IX enger.

Das Bundesteilhabegesetz tritt stufenweise in Kraft. Für die Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand sind die ab dem 1. Januar 2018 wirkenden Änderungen im Teil 1 des SGB IX (§§ 1 bis 89) von praktischer Relevanz. Das gegliederte System des Rehabilitationsrechts wird auch durch die neue Gesetzeslage fortgeschrieben. Die wesentliche Verbesserung für die Betroffenen wird durch die weitreichende Verpflichtung der Verfahrensbeteiligten zur Koordination des Leistungsgeschehens erwartet. Neu wird durch § 7 Abs. 2 IX in Verbindung mit §§ 9 bis 24 SGB IX eine umfassende vorrangige Geltung der bundesweit einheitlichen Regelungen zu den Themenfeldern „Einleitung der Rehabilitation von Amts wegen“, „Erkennung und Ermittlung von Rehabilitationsbedarfen“ sowie „Koordination der Leistungen“ geschaffen. Für die Verwaltungen stellen praktisch die zeitlichen Vorgaben im Zusammenhang einer Erstattung selbstbeschaffter Leistungen eine Herausforderung dar. Für das Leistungserbringungsrecht setzt § 38 SGB IX zwingend anzuwendende Standards.

Der Gesetzgeber favorisiert zur Umsetzung eine Vereinbarung auf Ebene der Spitzenverbände der Rehabilitationsträger. Ebenfalls mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 wurde das Schwerbehindertenrecht in Teil 3 des SGB IX (§§ 151 bis 241) neu kodifiziert. Dort ergeben sich die wesentlichen inhaltlichen Änderungen in dem Bereich der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben. ●



Fußnoten

- [1] Gesetz vom 23.12.2016, BGBl. I 2016, S. 3234.
- [2] Deutschland hat mit 23 Staaten solche Abkommen abgeschlossen (siehe für den Bereich der Rentenversicherung die Übersicht im Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/2_Rente_Reha/01_rente/01_grundwissen/05_rente_und_ausland/01a_grundlagen/01_02_grundlagen_sozialversabkommen.html). In der Diskussion ist aktuell z. B. ein Sozialversicherungsabkommen mit Russland, Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, WD 6 – 3000 – 011/17. Unter: www.bundestag.de/blob/501058/6f66857004dd01b9307c05ca3279559b/wd-6-011-17-pdf-data.pdf.
- [3] Siehe hierzu Frotscher: Internationales Steuerrecht, München, 4. Auflage 2015, § 5.
- [4] Amtsblatt Nr. L 116 vom 30.04.2004.
- [5] Amtsblatt L 284/2009 vom 30.10.2009.
- [6] EUGH vom 07.02.1991, C-227/89, Slg. 1991, I-323; vom 05.02.2002, Rs. C-277/99, Slg. 2002, I-1261.
- [7] Siehe hierzu Eichenhofer: Sozialrecht, 10. Auflage, Tübingen 2017, Rz. 75.
- [8] Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 10.12.1948, 183. Plenarsitzung, A/RES/217 A (III).
- [9] Zur Wirkungsweise völkerrechtlicher Verträge im deutschen Recht siehe BVerfG vom 15.12.2015, 2 BvL 1/12, BVerfGE 141, 1, 15 ff., 26 ff. zum Grundsatz der Völkerrechtsfreundlichkeit.
- [10] General Assembly Resolution 2200 A (XXI).
- [11] Resolution 61/106 der Generalversammlung der UNO, in Kraft getreten am 03.05.2008.
- [12] Vgl. zum Beispiel BSG vom 15.10.2014, B 12 KR 17/12 R, BSGE 117, 117, 124.
- [13] Siehe hierzu zum Beispiel Kainz, NZS 2017, 649, 653 f.; Keil, SGB 2017, 447-452.
- [14] International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die ICF dient fach- und länderübergreifend als einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen. Mit der ICF können die bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst werden (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/). Siehe hierzu vertiefend Reimann in: von Maydell/Ruland/Becker: Sozialrechtshandbuch, 5. Auflage, Baden-Baden 2012, § 28, Rz. 17 ff.
- [15] Z. B. Busse: SGB 2017, 307, 307.
- [16] Oberscheven. In: DGUV Forum, Heft 9/2017, S. 19.
- [17] Z. B. Schmitt. In: NZS 2018, 247, 250.
- [18] Bt.-Drs. 18/9522, S. 192.
- [19] Zur Problematik des § 14 SGB IX siehe Oberscheven in: DGUV Forum, Heft 9/2017, S. 19 f.
- [20] Siehe insoweit auch die Gesetzesbegründung in Bt.-Drs. 18/9522, S. 192. Vgl. kritisch zu den sich aus dem gegliederten Reha-System ergebenden Folgeproblematiken Mrozynski: ZFSH/SGB 2017, 450, 453 ff.
- [21] Siehe hierzu vertiefend zum Beispiel Busse: SGB 2017, 307 309 ff.
- [22] BVerfG vom 08.10.1997, 1 BvR 9/97, BVerfGE 96, 288, 301; vom 19.01.1999, 1 BvR 2161/94, BVerfGE 99, 341, 356 f.
- [23] Dabei ist zu beachten, dass § 10 SGB I als Grundsatznorm des Leistungsrechts den Begriff der Menschen mit Behinderungen voraussetzt und nicht definiert.
- [24] Kritisch hierzu Mrozynski: ZFSH/SGB 2017, 450, 450 ff.
- [25] Nach Kainz, NZS 2017, 649, 651 handelt es sich um „limitierende Umweltfaktoren“.
- [26] Siehe auch Busse: SGB 2017, 307, 307 f.
- [27] Siehe hierzu weitergehend Schmitt: NZS 2018, 247, 249 f.
- [28] Siehe zu gemeinsamen Empfehlungen und der Rolle der BAR Oberscheven: DGUV Forum, Heft 9/2017, S. 22.
- [29] Siehe hierzu Schmitt: NZS 2018, 247, 251 f. m. w. N.

Kennziffern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 2017

Die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der neun gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie der 24 Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand für das Jahr 2017 liegen seit Kurzem vor. Der folgende Beitrag enthält die aktuellen Trends zu Unfällen, Berufskrankheiten, Rentenbestand und Leistungsaufwendungen. Organisation und Umfang der Versicherung sowie die Aufbringung der Mittel werden ebenfalls beschrieben.

1 Organisation

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben ihre Verwaltungsstrukturen modernisiert. Die Zahl der gewerblichen Berufsgenossenschaften wurde durch Fusionen im vergangenen Jahrzehnt von 35 auf neun reduziert. Beginnend mit der Neuorganisation im öffentlichen Bereich zum 1. Januar 1998 hat sich die Zahl der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand von 54 auf 24 mehr als halbiert. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Verwaltungsgemeinschaften und Kooperationen. Zum 1. Januar 2016 wurde die bisher letzte Fusion wirksam. Dabei schlossen sich die Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft und die Unfallkasse Post und Telekom (UK PT) zur Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation zusammen. Um die Aussagekraft der Vorjahresvergleiche in den Tabellen zu erhöhen, wurden die Angaben der Unfallkasse Post und Telekom auch in den Vorjahren der gewerblichen Wirtschaft zugerechnet.

Die Zahl der bei den Unfallversicherungsträgern tätigen Personen ist gegenüber

Autor und Autorin

Wolfram Schwabbacher

Referat Statistik der DGUV
E-Mail: statistik@dguv.de

Katharina Forsch

Referat Statistik der DGUV
E-Mail: statistik@dguv.de



Foto: bauka/fotolia.com

dem Vorjahr um 0,6 Prozent auf nun 22.256 gestiegen. Davon gehörten 17.151 (+60) zum Verwaltungspersonal und 5.105 (+69) zum Personal der Prävention.

2 Unternehmen und Einrichtungen

Bei den Mitgliedern der DGUV waren 2017 insgesamt 4.058.967 Unternehmen beziehungsweise Einrichtungen zu verzeichnen. Davon entfielen 3.358.553 auf den Zuständigkeitsbereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand betreuten 700.414 Unternehmen und Einrichtungen.

In der gewerblichen Wirtschaft war im Jahr 2017 die Entwicklung der Zahl der Unternehmen in den verschiedenen Berufsgenossenschaften uneinheitlich: Der größte Anstieg ist mit 3,7 Prozent bei der Berufsgenossenschaft Holz und Metall zu verzeichnen. Bei der BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse ist der Rück-

gang mit 1,9 Prozent am größten. Bei den übrigen Berufsgenossenschaften bewegen sich die Veränderungen zwischen -1,1 Prozent und +2,1 Prozent. Insgesamt ist die Unternehmenszahl im Vergleich zum Vorjahr um 35.606 gestiegen (+1,1 Prozent).

Bei den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand zählen als zugehörige Unternehmen Bund, Länder, Gemeindeverbände, Kommunen, Hilfeleistungsunternehmen, Privathaushalte und selbständige Unternehmen nach § 125 Abs. 3, § 128 Abs. 4 und § 129 Abs. 3 SGB VII. Für das Berichtsjahr 2017 wurden 24.319 Unternehmen, 509.827 Privathaushalte, die Personen beschäftigen, und 21.988 Unternehmen ermittelt, die Hilfe leisten. Gegenüber dem Vorjahr ist damit auch hier die Gesamtzahl der Unternehmen auf nun 556.134 (+0,6 Prozent) gestiegen.

Außerdem sind die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand für die

Einrichtungen in der Schüler-Unfallversicherung zuständig. Dazu gehören Einrichtungen der Tagesbetreuung (inkl. Tagespflege), allgemeinbildende, berufliche und Hochschulen. Die Anzahl der Einrichtungen ist im Vergleich zum Vorjahr um 720 auf 144.280 gestiegen (+0,5 Prozent).

In Abbildung 1 (Seite 48) ist der langjährige Verlauf der Zahl der Mitgliedsunternehmen und Einrichtungen dargestellt. Dabei zeigt sich ein deutlicher Anstieg seit 1987, der während der Ausweitung der Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger auf die neuen Bundesländer um 1991 noch an Dynamik gewann.

3 Versicherte und Vollarbeiter

Bei den Unfallversicherungsträgern der DGUV waren 2017 etwa 63,6 Millionen Menschen im Rahmen der allgemeinen Unfallversicherung und 17,5 Millionen Menschen in der Schülerunfallversicherung gegen die Folgen von Arbeits-, Wege-, Schul- und Schulwegunfälle sowie Berufskrankheiten versichert. Hierbei handelt es sich zunächst um die Beschäftigten in der gewerblichen Wirtschaft und im öffentlichen Dienst. Daneben gibt es per Satzung oder freiwillig versicherte Unternehmer und Unternehmerinnen. Einen weiteren wesentlichen Teil der Versicherten machen Kinder in Tagesbetreuung (inklusive Tagespflege), Schülerinnen und Schüler sowie Studierende¹ aus. Außerdem umfasst der Kreis der Versicherten bestimmte Sondergruppen, die per Gesetz ebenfalls unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung stehen. Zu nennen sind insbesondere ehrenamtlich Tätige, Personen in Hilfeleistungsunternehmen, nicht gewerbsmäßige Bauarbeiter und Bauarbeiterinnen, Blutspenderinnen und Blutspender, Pflegepersonen, Rehabilitanden, Entwicklungshelfer und Entwicklungshelferinnen, Arbeitslose oder etwa Strafgefangene. Einige kurzfristig versicherte Personenkreise (zum Beispiel spontane Ersthelfende in Unglücks- oder Notfällen) sind mangels statistischer Quellen unberücksichtigt.

Für die Berechnung von relativen Arbeitsunfallquoten (vgl. Abschnitt 4.1) werden versicherte Teilzeitbeschäftigte statistisch in Vollarbeiter (Vollzeitarbeitsleistungen)

umgerechnet. Ein Vollarbeiter entspricht der durchschnittlich von einer vollbeschäftigten Person im produzierenden Gewerbe und Dienstleistungsbereich tatsächlich geleisteten – nicht der tariflichen – Arbeitsstundenzahl. Berücksichtigt werden die kalendarischen Arbeitstage, die durchschnittlichen Urlaubs- und Krankheitstage sowie die bezahlten Wochenstunden.

Für 2017 beträgt die Zahl der Vollarbeiter bei den Mitgliedern der DGUV insgesamt 41.272.482 und ist damit gegenüber dem Vorjahr um 3,0 Prozent gestiegen. Davon entfallen 36.012.390 Vollarbeiter auf den Bereich der gewerblichen Wirtschaft, was gegenüber dem Vorjahr einen Zuwachs um 3,1 Prozent darstellt. Von diesen wurden 56,2 Milliarden Arbeitsstunden geleistet; das sind 2,4 Prozent mehr als im Vorjahr. Im öffentlichen Bereich ist die Vollarbeiterzahl um 2,6 Prozent auf 5.260.092 gestiegen. Die Bestimmung der Rechengröße Vollarbeiter wird für die 17,5 Millionen Versicherten der Schüler-Unfallversicherung nicht vorgenommen. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Versicherten in der Schüler-Unfallversicherung ebenfalls gestiegen (+1,0 Prozent).

4 Arbeits- und Wegeunfälle

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

4.1 Begriffe und Unfallquoten

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

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

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

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

Jede versicherte Tätigkeit – ob als Teilzeit- oder als Vollzeitbeschäftigung oder als kurzfristige Aktivität wie das Blutspenden – bringt jedoch ein eigenes Wegeunfallrisiko mit sich. Darüber hinaus kann dieselbe versicherte Person in mehr als einem Versicherungsverhältnis stehen und entsprechend mehr versicherte Wege zurücklegen. Daher werden die Wegeunfälle auf die Zahl der Versicherungsverhältnisse bezogen. Diese Zahl wird bei denjenigen Gruppen, die eine deutlich geringere Zahl von versicherten Wegen zurücklegen als Unternehmer und Unternehmerinnen, abhängig Beschäftigte sowie Schüler und Schülerinnen, entsprechend dem tatsächlichen Risiko gewichtet. Für das Berichtsjahr ergeben sich insgesamt 49.519.377 gewichtete Versicherungsverhältnisse (ohne Schüler-Unfallversicherung). ▶

[1] Im Folgenden werden diese Versichertengruppen der besseren Lesbarkeit wegen mit der Bezeichnung „Schüler“ abgekürzt.

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

	2015	2016	2017	Veränd. v. 2016 auf 2017 (%) ²
Organisation				
UV-Träger	34	33	33	0,0
Sektionen und Bezirksverwaltungen ¹	72	71	70	- 1,4
Umfang der Versicherung				
Unternehmen/Einrichtungen	4.037.712	4.019.468	4.058.967	+ 1,0
Vollarbeiter ²	39.402.061	40.069.831	41.272.482	+ 3,0
Versicherte	79.784.640	79.955.636	81.075.494	+ 1,4
<i>davon in der Schüler-UV</i>	17.170.607	17.327.432	17.507.145	+ 1,0
Versicherungsverhältnisse ²	86.714.883	90.928.624	91.950.868	+ 1,1
Entgelt¹				
Der Beitragsberechnung zugrunde gelegtes Entgelt				
in 1.000 € ¹	921.721.717	956.791.849	995.473.298	+ 4,0
pro (GBG-)Vollarbeiter ¹	26.790	27.380	27.643	+ 1,0
Arbeits- und Wegeunfälle				
Meldepflichtige Arbeitsunfälle ²	866.056	877.071	873.522	- 0,4
je 1.000 Vollarbeiter	21,98	21,89	21,16	- 3,3
je 1 Mio. geleisteter Arbeitsstunden	14,00	13,94	13,57	- 2,7
Meldepflichtige Schulunfälle	1.244.577	1.241.139	1.212.550	- 2,3
je 1.000 Schüler	72,48	71,63	69,26	- 3,3
Meldepflichtige Wegeunfälle ²	179.181	186.070	190.968	+ 2,6
je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse	3,78	3,85	3,86	+ 0,1
Meldepflichtige Schulwegunfälle	110.200	111.216	109.375	- 1,7
je 1.000 Schüler	6,42	6,42	6,25	- 2,7
Meldepflichtige Unfälle zusammen²	1.045.237	1.063.141	1.064.490	+ 0,1
Meldepflichtige Schülerunfälle zusammen	1.354.777	1.352.355	1.321.925	- 2,3
Neue Arbeitsunfallrenten ²	14.460	14.132	13.625	- 3,6
je 1.000 Vollarbeiter	0,367	0,353	0,330	- 6,4
Neue Schulunfallrenten	541	479	451	- 5,8
je 1.000 Schüler	0,032	0,028	0,026	- 6,8
Neue Wegeunfallrenten ²	4.809	4.716	4.607	- 2,3
je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse	0,102	0,098	0,093	- 4,7
Neue Schulwegunfallrenten	248	228	208	- 8,8
je 1.000 Schüler	0,014	0,013	0,012	- 9,7
Neue Unfallrenten zusammen²	19.269	18.848	18.232	- 3,3
Neue Schülerunfallrenten zusammen	789	707	659	- 6,8
Tödliche Arbeitsunfälle ²	470	424	451	+ 6,4
Tödliche Schulunfälle	21	10	11	
Tödliche Wegeunfälle ²	348	311	280	- 10,0
Tödliche Schulwegunfälle	40	31	38	+ 22,6
Tödliche Unfälle zusammen²	818	735	731	- 0,5
Tödliche Schülerunfälle zusammen	61	41	49	+ 19,5

	2015	2016	2017	Veränd. v. 2016 auf 2017 (%) ³	
Berufskrankheiten (BK'en)					
Verdachtsanzeigen	76.991	75.491	75.187	-	0,4
Entschiedene Fälle	76.090	80.029	77.330	-	3,4
davon:					
BK-Verdacht bestätigt	37.149	40.056	38.080	-	4,9
Anerkannte Berufskrankheiten	16.802	20.539	19.794	-	3,6
darunter neue BK-Renten	5.049	5.365	4.956	-	7,6
Berufliche Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt	20.347	19.517	18.286	-	6,3
BK-Verdacht nicht bestätigt	38.941	39.973	39.250	-	1,8
Todesfälle infolge einer BK ⁷	2.963	2.573	2.580	+	0,3
Renten					
Rentenbestand	815.778	803.462	789.338	-	1,8
Verletzte und Erkrankte	704.858	694.836	683.552	-	1,6
Witwen und Witwer	100.717	99.038	97.024	-	2,0
Waisen	10.174	9.562	8.740	-	8,6
Sonstige	29	26	22	-	15,4
Umlagesoll^{4,5} der gewerblichen Berufsgenossenschaften in €	10.905.393.185	11.247.446.637	11.558.915.667	+	2,8
Umlagebeitrag⁶ der UV-Träger der öffentl. Hand in €	1.428.360.783	1.482.972.275	1.550.107.970	+	4,5
Aufwendungen in €					
Prävention	1.122.624.434	1.168.921.061	1.197.669.530	+	2,5
Entschädigungsleistungen	9.943.042.518	10.258.348.130	10.472.262.561	+	2,1
darunter: Heilbehandlung, sonst. Rehabilitation	4.270.919.732	4.463.909.055	4.598.690.601	+	3,0
Finanzielle Kompensation	5.672.122.786	5.794.439.074	5.873.571.959	+	1,4
Verwaltung und Verfahren	1.422.566.934	1.453.740.711	1.497.919.180	+	3,0

Quelle: DGUV

[1] nur gewerbliche Berufsgenossenschaften

[2] ohne Schüler-Unfallversicherung

[3] Prozent nur bei Fallzahl > 10

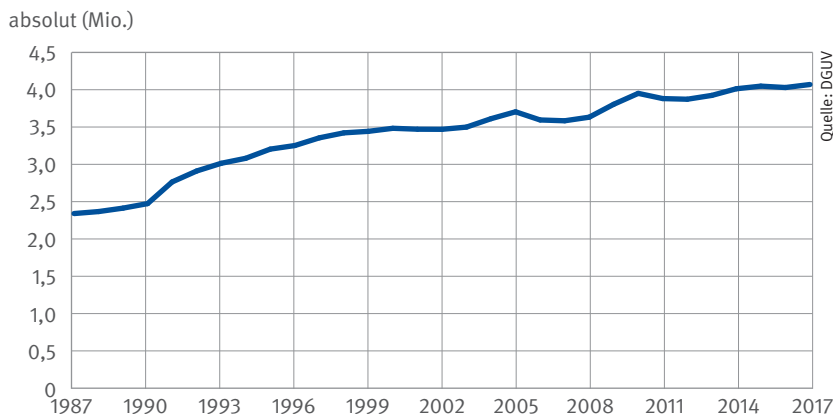
[4] BG HM: ohne Berücksichtigung der Auslandsunfallversicherung

[5] 2015: inkl. Umlagebeitrag für die UK PT

[6] 2015: ohne UK PT

[7] Die Anzahl der Todesfälle der Jahre 2005 bis 2015 wurde korrigiert. Die korrigierten Werte für alle Berichtsjahre sind auf www.dguv.de unter Zahlen und Fakten/Veröffentlichungen (Webcode d566486) abrufbar.

Abbildung 1: Unternehmen/Beitragspflichtige, Haushalte und Hilfeleistungsunternehmen sowie Bildungseinrichtungen



4.2 Meldepflichtige Arbeitsunfälle

Im gewerblichen und öffentlichen Bereich waren im Berichtsjahr 873.522 meldepflichtige Arbeitsunfälle zu verzeichnen; dies sind 0,4 Prozent weniger als im Vorjahr. Da die Zahl der Vollarbeiter gleichzeitig gestiegen ist, ist das Risiko, einen Arbeitsunfall zu erleiden, je 1.000 Vollarbeiter von 21,89 im Vorjahr auf 21,16 im Jahr 2017 um 3,3 Prozent gefallen.

Die Zahl der geleisteten Arbeitsstunden ist im Vergleich zum Vorjahr in etwas geringerem Ausmaß als die der Vollarbeiter gestiegen, wodurch die Häufigkeit der meldepflichtigen Arbeitsunfälle je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden etwas weni-

ger stark um 2,7 Prozent gesunken ist. Diese Unfallquote betrug im Berichtsjahr 13,57, während sie im Vorjahr noch bei 13,94 gelegen hatte.

Die Darstellung der Häufigkeitsquoten der meldepflichtigen Arbeitsunfälle getrennt nach den verschiedenen Bereichen der gesetzlichen Unfallversicherung für die vergangenen Jahre in den Tabellen 1 (Seite 48) und 2 (Seite 49) verdeutlicht die strukturell bedingten Unterschiede. In Tabelle 1 ist die Häufigkeit der meldepflichtigen Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter dargestellt, in Tabelle 2 je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden.

Die Quoten sind bei fast allen Berufsge nossenschaften gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen. Die deutlichste Abnahme verzeichnen die BG Holz und Metall sowie die Träger der öffentlichen Hand mit bis zu 6,9 Prozent. Den einzigen Anstieg gibt es bei der BG für Handel und Warenlogistik um 0,8 Prozent.

4.3 Meldepflichtige Wegeunfälle

Bei den Wegeunfällen handelt es sich um alle Unfälle auf dem Weg zwischen Wohnung und Ort der versicherten Tätigkeit, nicht etwa nur um Straßenverkehrsunfälle. Die Straßenverkehrsunfälle werden in den Geschäftsergebnissen nicht gesondert ausgewiesen; sie stellen zwar den überwiegenden Teil der Wegeunfälle, finden sich aber auch zu einem geringen Anteil bei den Arbeitsunfällen (zum Beispiel bei Berufskraftfahrern).

Im Bereich der Prävention unterstützt die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung die Arbeit des Deutschen Verkehrssicherheitsrats (DVR) in fachlicher und finanzieller Hinsicht. Bei beruflichen Tätigkeiten im Straßenverkehr bestehen zusätzliche Präventionsmöglichkeiten, zum Beispiel durch die Unfallverhütungsvorschrift „Fahrzeuge“ (DGUV Vorschrift 70) sowie spezielle Schulungsprogramme und Informationen für Versicherte, die aus beruflichen Anlässen am Straßenverkehr teilnehmen beziehungsweise durch ihn gefährdet sind.

Tabelle 1: Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter

	2014	2015	2016	2017	Veränd. v. 2016 auf 2017 (%)
UV in der gewerblichen Wirtschaft¹	23,37	23,00	22,95	22,21	- 3,22
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	18,26	18,34	18,36	18,10	- 1,38
102 BG Holz und Metall	39,45	36,97	37,17	34,59	- 6,95
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	18,39	18,31	18,39	18,14	- 1,38
104 BG der Bauwirtschaft	55,87	55,49	55,29	53,64	- 2,98
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	35,17	34,91	34,21	33,33	- 2,56
106 BG Handel und Warenlogistik	23,66	22,90	22,90	23,08	+ 0,79
107 BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	39,15	42,56	43,29	42,97	- 0,76
108 Verwaltungs-BG	12,96	12,69	12,55	12,00	- 4,36
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	15,84	15,88	16,32	15,68	- 3,89
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)²	14,71	14,96	14,65	14,00	- 4,41
Insgesamt	22,27	21,98	21,89	21,16	- 3,31
Schüler-Unfallversicherung					
Schulunfälle je 1.000 Schüler	75,00	72,48	71,63	69,26	- 3,31

[1] inkl. UK PT [2] Ohne UK PT

Quelle: DGUV

Tabelle 2: Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden

	2014	2015	2016	2017	Veränd. v. 2016 auf 2017 (%)
UV in der gewerblichen Wirtschaft¹	14,98	14,65	14,62	14,24	- 2,60
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	11,71	11,68	11,69	11,60	- 0,74
102 BG Holz und Metall	25,29	23,55	23,68	22,17	- 6,35
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	11,79	11,66	11,71	11,63	- 0,75
104 BG der Bauwirtschaft	35,81	35,34	35,22	34,39	- 2,36
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	22,54	22,23	21,79	21,37	- 1,94
106 BG Handel und Warenlogistik	15,17	14,58	14,58	14,79	+ 1,44
107 BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	25,10	27,11	27,58	27,54	- 0,12
108 Verwaltungs-BG	8,31	8,08	7,99	7,69	- 3,75
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	10,16	10,12	10,39	10,05	- 3,28
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)²	9,43	9,53	9,33	8,97	- 3,80
Insgesamt	14,27	14,00	13,94	13,57	- 2,69

Tabelle 3: Meldepflichtige Wegeunfälle je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse

	2014	2015	2016	2017	Veränd. v. 2016 auf 2017 (%)
UV in der gewerblichen Wirtschaft¹	3,73	3,75	3,82	3,83	+ 0,3
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	3,85	4,01	4,07	4,02	- 1,2
102 BG Holz und Metall	4,16	4,09	4,12	4,20	+ 2,1
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	3,33	3,28	3,42	3,41	- 0,5
104 BG der Bauwirtschaft	3,15	3,18	3,12	3,09	- 1,1
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	3,03	3,03	2,99	3,01	+ 0,5
106 BG Handel und Warenlogistik	4,09	4,12	4,11	4,16	+ 1,3
107 BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	3,99	4,28	4,57	4,58	+ 0,1
108 Verwaltungs-BG	3,52	3,52	3,55	3,50	- 1,4
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	4,24	4,27	4,49	4,57	+ 1,8
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)²	3,86	3,99	4,07	4,01	- 1,5
Insgesamt	3,75	3,78	3,85	3,86	+ 0,1
Schüler-Unfallversicherung					
Schulunfälle je 1.000 Schüler	6,43	6,42	6,42	6,25	- 2,7

[1] inkl. UK PT [2] Ohne UK PT

Quelle: DGUV

Bei den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand liegt der Arbeitsschwerpunkt bei der Schulwegsicherheit, bedingt durch die große Zahl der versicherten Personen in der Schüler-Unfallversicherung. Mit den Landes- und Ortsverkehrswachten werden auf regionaler Ebene Fortbildungen für Multiplikatoren angeboten (Lehrkräfte sowie Erzieherinnen und Erzieher). Unterstützt wird die Arbeit durch Aktionen und Medien zur Verkehrserziehung und Schulwegsicherheit.

Im Jahr 2017 ereigneten sich 190.968 meldepflichtige Wegeunfälle. Das entspricht gegenüber 2016 einer Zunahme um 2,6 Prozent. Bezogen auf 1.000 (gewichtete)

Versicherungsverhältnisse (vgl. Abschnitt „Unfallquoten“) gab es eine sehr geringe Zunahme um 0,1 Prozent von 3,85 im Vorjahr auf 3,86 im Berichtsjahr. Die Entwicklung der Wegeunfallquoten bei den Berufsgenossenschaften liegt zwischen +2,1 und -1,4 Prozent (vgl. Tabelle 3, Seite 49).

4.4 Neue Arbeitsunfallrenten

Die Zahl der schweren Arbeitsunfälle, bei denen es erstmals zur Zahlung einer Rente oder eines Sterbegeldes gekommen ist, ist von 14.132 im Vorjahr um 3,6 Prozent auf 13.625 im Jahr 2017 zurückgegangen. Dabei hat ihre Häufigkeit je 1.000 Vollarbeiter von 0,353 auf 0,330 im Berichtsjahr um 6,4 Prozent abgenommen. Bezogen auf 1 Million

geleistete Arbeitsstunden ist ein Rückgang um 5,8 Prozent zu verzeichnen, von 0,225 im Jahr 2016 auf 0,212 im Berichtsjahr. Die Aufgliederung dieser beiden Unfallquoten nach den verschiedenen Bereichen der gesetzlichen Unfallversicherung für die vergangenen Jahre ist in den Tabellen 4 und 5 (jeweils Seite 50) dargestellt. Zunahmen bei den neuen Arbeitsunfallrenten je 1.000 Vollarbeiter waren nur zu verzeichnen bei der BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (+1,2 Prozent) und der BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe (+0,6 Prozent). Bei den anderen Berufsgenossenschaften und den Trägern der öffentlichen Hand gingen die Quoten mit bis zu 20,5 Prozent bei der BG Rohstoffe und chemische Industrie teilweise deutlich zurück. ▶

Tabelle 4: Neue Arbeitsunfallrenten je 1.000 Vollarbeiter

	2014	2015	2016	2017	Veränd. v. 2016 auf 2017 (%)
UV in der gewerblichen Wirtschaft¹	0,394	0,388	0,375	0,349	- 6,8
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,520	0,487	0,492	0,392	- 20,5
102 BG Holz und Metall	0,568	0,510	0,494	0,440	- 11,1
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,375	0,375	0,362	0,360	- 0,4
104 BG der Bauwirtschaft	1,246	1,454	1,374	1,192	- 13,3
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,418	0,373	0,383	0,385	+ 0,6
106 BG Handel und Warenlogistik	0,392	0,351	0,341	0,321	- 6,0
107 BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	0,848	0,847	0,823	0,819	- 0,4
108 Verwaltungs-BG	0,194	0,196	0,192	0,186	- 3,3
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,197	0,197	0,178	0,180	+ 1,2
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)²	0,222	0,220	0,203	0,199	- 2,1
Insgesamt	0,372	0,367	0,353	0,330	- 6,4
Schüler-Unfallversicherung					
Schulunfälle je 1.000 Schüler	0,028	0,032	0,028	0,026	- 6,8

Tabelle 5: Neue Arbeitsunfallrenten je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden

	2014	2015	2016	2017	Veränd. v. 2016 auf 2017 (%)
UV in der gewerblichen Wirtschaft¹	0,253	0,247	0,239	0,224	- 6,2
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,334	0,310	0,314	0,251	- 20,0
102 BG Holz und Metall	0,364	0,325	0,315	0,282	- 10,5
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,240	0,239	0,230	0,231	+ 0,3
104 BG der Bauwirtschaft	0,799	0,926	0,875	0,764	- 12,7
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,268	0,237	0,244	0,247	+ 1,3
106 BG Handel und Warenlogistik	0,251	0,224	0,217	0,206	- 5,4
107 BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	0,543	0,539	0,524	0,525	+ 0,2
108 Verwaltungs-BG	0,125	0,125	0,122	0,119	- 2,7
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,126	0,125	0,113	0,116	+ 1,8
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)²	0,142	0,140	0,129	0,127	- 1,5
Insgesamt	0,239	0,234	0,225	0,212	- 5,8

Tabelle 6: Neue Wegeunfallrenten je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse

	2014	2015	2016	2017	Veränd. v. 2016 auf 2017 (%)
UV in der gewerblichen Wirtschaft¹	0,109	0,102	0,099	0,093	- 5,7
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,151	0,133	0,151	0,129	- 14,5
102 BG Holz und Metall	0,149	0,133	0,122	0,117	- 4,7
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,117	0,111	0,108	0,105	- 3,4
104 BG der Bauwirtschaft	0,102	0,106	0,096	0,098	+ 2,0
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,092	0,091	0,073	0,075	+ 2,5
106 BG Handel und Warenlogistik	0,119	0,110	0,106	0,096	- 9,3
107 BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	0,105	0,094	0,085	0,101	+ 18,3
108 Verwaltungs-BG	0,091	0,088	0,086	0,082	- 3,8
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,100	0,092	0,100	0,085	- 15,3
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)²	0,102	0,098	0,090	0,092	+ 2,1
Insgesamt	0,108	0,102	0,098	0,093	- 4,7
Schüler-Unfallversicherung					
Schulunfälle je 1.000 Schüler	0,014	0,014	0,013	0,012	- 9,7

[1] inkl. UK PT [2] Ohne UK PT

4.5 Neue Wegeunfallrenten

Die Zahl der neuen Wegeunfallrenten ist um 2,3 Prozent von 4.716 im Jahr 2016 auf 4.607 im Berichtsjahr gesunken. Dabei ist das Unfallrisiko je 1.000 (gewichteter) Versicherungsverhältnisse um 4,7 Prozent von 0,098 auf 0,093 gefallen. Tabelle 6 zeigt, dass die Veränderung der Quote gegenüber dem Vorjahr in den verschiedenen Bereichen eine breite Streuung aufweist. Während lediglich bei drei Berufsgenossenschaften Anstiege von bis zu 18,3 Prozent zu verzeichnen sind, sanken die Quoten bei den übrigen Berufsgenossenschaften um bis zu 15,3 Prozent.

4.6 Verhältnis von neuen Unfallrenten zu meldepflichtigen Unfällen

Im Jahr 2017 kamen auf 1.000 meldepflichtige Arbeitsunfälle 16 neue Arbeitsunfallrenten, auf 1.000 meldepflichtige Wegeunfälle hingegen 24 neue Wegeunfallrenten. Daraus ist zu ersehen, dass Wegeunfälle im Vergleich zu Arbeitsunfällen weitaus häufiger besonders schwere Folgen haben.

4.7 Tödliche Unfälle

Bei den tödlichen Arbeitsunfällen ist gegenüber dem im Vorjahr erreichten Tiefstand ein Anstieg um 27 Fälle auf 451 Todesfälle zu verzeichnen. Bei den tödlichen Wegeunfällen, deren Zahl um 31 Fälle auf 280 zurückging, wurde ein neues Allzeittief erreicht.

Während auf 1.000 neue Arbeitsunfallrenten 33 tödliche Arbeitsunfälle kamen, entfielen auf 1.000 neue Wegeunfallrenten mit 61 tödlichen Wegeunfällen fast doppelt so viele Todesfälle. Dies verdeutlicht – ebenso wie die entsprechende Aussage in Abschnitt 4.6 – die überproportionale Schwere der Wegeunfälle gegenüber den Arbeitsunfällen.

5 Schul- und Schulwegunfälle

Im Berichtsjahr ereigneten sich 1.321.925 meldepflichtige Schülerunfälle (Schul- und Schulwegunfälle). Die Pflicht zur Unfallanzeige besteht in der Schüler-Unfallversicherung dann, wenn der Versicherte getötet oder so verletzt wird, dass er ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen muss. Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der Schülerunfälle gesunken (–2,3 Prozent). Der Anteil der 109.375 meldepflichtigen Schulwegunfälle liegt bei 8,3 Prozent. Das Schülerunfallrisiko ist im Berichtsjahr ebenfalls gesunken (–3,3 Prozent). Die Rate liegt bei 75,5 Schülerunfällen je 1.000 versicherter Schüler und Schülerinnen.

Bei der Zahl der neuen Schülerunfallrenten ist ein Rückgang um 6,8 Prozent auf insgesamt 659 erstmalige Entschädigungen zu verzeichnen. Der Anteil der neuen Schulwegunfallrenten liegt bei 31,6 Prozent. Das Risiko einer schweren Verletzung ist demnach bei Schulwegunfällen um ein Vielfaches höher als bei Schulunfällen.

Die Zahl der tödlichen Schülerunfälle stieg um acht Fälle auf 49. Der überwiegende Teil der tödlichen Schülerunfälle ereignete sich auf dem Schulweg. Im Jahr 2017 lag deren Anteil bei 77,6 Prozent.

6 Berufskrankheiten

6.1 Listen-Berufskrankheitensystem und Erweiterung

In Deutschland gilt ebenso wie in vielen anderen Ländern ein gemischtes Berufskrankheitensystem (Liste und Einzelfälle). Berufskrankheiten sind nach § 9 Abs. 1 SGB VII diejenigen „Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheit bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden“. In diese Liste können ausschließlich Erkrankungen verursacht sind und die durch besondere gefährdende Einwirkungen aufgenommen werden, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Durch die Vierte Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung vom 10. Juli 2017 (BGBl. I S. 2299) wurde die Liste mit Wirkung zum 1. August 2017 bisher letztmalig ergänzt. Darüber hinaus ist nach § 9 Abs. 2 SGB VII eine nicht in der Liste aufgeführte Krankheit anzuerkennen und zu entschädigen, wenn nach neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen die sonstigen Voraussetzungen des Abs. 1 erfüllt sind.

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

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

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

6.2 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit

Für Ärzte und Ärztinnen besteht nach § 202 SGB VII eine Anzeigepflicht bei begründetem Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit. Für Unternehmer und Unternehmerinnen besteht eine Meldepflicht gemäß § 193 Abs. 2 SGB VII bereits, wenn es Anhaltspunkte für eine Berufskrankheit bei Versicherten in den Unternehmen gibt. Bei Vorliegen entsprechender Anhaltspunkte müssen auch Krankenkassen eine Anzeige erstatten. Aber auch Versicherte und andere Stellen können den Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit melden. Der Unfallversicherungsträger prüft von Amts wegen durch das Feststellungsverfahren, ob tatsächlich eine Berufskrankheit i. S. v. § 9 Abs. 1 oder 2 SGB VII vorliegt. Naturgemäß ist die Zahl der Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit höher als die Zahl der Fälle, bei denen sich im Feststellungsverfahren dieser Verdacht bestätigt.

Im Jahr 2017 sind bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand 75.187 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit eingegangen: Dies stellt gegenüber dem Vorjahr einen Rückgang um 304 Fälle beziehungsweise um 0,4 ▶

Prozent dar. In der Schüler-Unfallversicherung sind Berufskrankheiten erwartungsgemäß seltene Ereignisse. Im Berichtsjahr wurden 114 BK-Verdachtsanzeigen registriert. Bei der Mehrzahl dieser Fälle handelt es sich um Hauterkrankungen.

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

Die Hautkrankheiten stellen mit 27.695 Anzeigen den größten Anteil. Die Zahl dieser Verdachtsanzeigen hat 2015 gegenüber 2014 deutlich zugenommen, da es seitdem möglich ist, dass Hautkrebs durch natürliche UV-Strahlung als Berufskrankheit anerkannt wird, und blieb auch 2017 auf hohem Niveau. Für die hohe Zahl bei diesen Anzeigen spielt es ebenfalls eine Rolle, dass erstmals ab Berichtsjahr 2005 auch Meldungen nach § 3 BKV und Hautarztberichte statistisch bei den Verdachtsanzeigen zu erfassen sind. Mit Meldungen nach § 3 BKV wird auf die Gefahr hingewiesen, dass eine Berufskrankheit entstehen, wieder aufleben oder sich verschlimmern kann. Die Verdachtsanzeigen aufgrund von Lärmeinwirkung liegen mit 12.499 um 132 Fälle über denen des Vorjahrs, was einer Zunahme um 1,1 Prozent entspricht. Die

drittgrößte Gruppe bilden die 12.303 Anzeigen auf Verdacht einer Erkrankung aufgrund anorganischer Stäube. Diese sind im Vergleich zum Vorjahr um 3,1 Prozent gestiegen. Die Anzeigen auf Verdacht einer Erkrankung aufgrund mechanischer Einwirkungen haben sich um 226 Fälle erhöht beziehungsweise um 2,1 Prozent auf 10.909 Fälle.

6.3 Entschiedene Fälle

Die durch Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit ausgelösten Feststellungsverfahren führen zu einer der nachfolgend beschriebenen versicherungsrechtlichen Entscheidungen: Sind alle Voraussetzungen für das Vorliegen einer Berufskrankheit erfüllt – wie in Abschnitt 6.1 beschrieben –, so wird diese anerkannt. Bei bestimmten Berufskrankheiten müssen dafür besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein, etwa die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit. Sind nur diese nicht erfüllt, so wird zwar die Berufskrankheit im juristischen Sinne nicht anerkannt, es werden jedoch gegebenenfalls im Rahmen von § 3 BKV Leistungen zur Individualprävention beziehungsweise zur medizinischen Rehabilitation erbracht. Beide Fallgruppen werden statistisch als „bestätigte Berufskrankheiten“ zusammengefasst. In den übrigen Fällen muss eine Ablehnung erfolgen, weil entweder nicht nachgewie-

sen werden kann, dass die Erkrankten am Arbeitsplatz überhaupt einer entsprechenden Gefährdung ausgesetzt waren oder weil zwar der schädigende Einfluss am Arbeitsplatz festgestellt werden kann, nicht aber ein Zusammenhang zwischen dieser Einwirkung und der Erkrankung.

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

In Tabelle 8 (Seite 53) wird ein zahlenmäßiger Überblick über alle Fälle gegeben, die in den vergangenen zehn Jahren im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand entschieden worden sind. Auch hier sind die wenigen

Tabelle 7: Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit nach Krankheitsgruppen

(Unter-) Gruppe	Bezeichnung	2014	2015	2016	2017	Veränd. v. 2016 auf 2017	
						absolut	in % ¹
1	Chemische Einwirkungen	3.633	3.731	3.800	4.281	+ 481	+ 12,7
11	Metalle und Metalloide	302	325	372	348	- 24	- 6,5
12	Erstickungsgase	59	41	82	35	- 47	- 57,3
13	Lösungsmittel, Pestizide und sonst. chem. Stoffe	3.272	3.365	3.346	3.898	+ 552	+ 16,5
2	Physikalische Einwirkungen	22.114	23.884	23.395	23.727	+ 332	+ 1,4
21	Mechanische Einwirkungen	9.966	11.653	10.683	10.909	+ 226	+ 2,1
22	Druckluft	1	2	3	2	- 1	x
23	Lärm	11.757	11.874	12.367	12.499	+ 132	+ 1,1
24	Strahlen	390	355	342	317	- 25	- 7,3
3	Infektionserreger, Parasiten, Tropenkrankheiten	2.799	2.542	2.958	2.958	-	0,0
4	Atemwege, Lungen, Rippenfell, Bauchfell	15.639	15.924	15.201	15.390	+ 189	+ 1,2
41	Anorganische Stäube	12.123	12.445	11.935	12.303	+ 368	+ 3,1
42	Organische Stäube	250	234	232	239	+ 7	+ 3,0
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	3.266	3.245	3.034	2.848	- 186	- 6,1
5	Hautkrankheiten	24.355	29.573	28.881	27.695	- 1.186	- 4,1
6	Augenzittern der Bergleute	3	-	3	1	- 2	x
	Sonstige Anzeigen	3.142	1.337	1.253	1.135	- 118	- 9,4
	Insgesamt	71.685	76.991	75.491	75.187	- 304	- 0,4

[1] Prozent nur bei Fallzahl > 10

Tabelle 8: Entschiedene Fälle

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Veränderung von 2016 auf 2017	
											absolut	in %
BK-Verdacht bestätigt	23.028	25.570	31.219	34.573	35.293	36.202	36.754	37.149	40.056	38.080	- 1.976	- 4,9
davon:	12.972	16.078	15.461	15.262	15.291	15.656	16.112	16.802	20.539	19.794	- 745	- 3,6
anerkannte Berufskrankheiten												
darunter:	4.312	6.643	6.123	5.407	4.924	4.815	5.155	5.049	5.365	4.956	- 409	- 7,6
neue BK-Renten												
berufliche Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt	10.056	9.492	15.758	19.311	20.002	20.546	20.642	20.347	19.517	18.286	- 1.231	- 6,3
BK-Verdacht nicht bestätigt	36.440	37.132	37.967	37.165	36.096	36.725	38.425	38.941	39.973	39.250	- 723	- 1,8
Entschiedene Fälle insgesamt	59.468	62.702	69.186	71.738	71.389	72.927	75.179	76.090	80.029	77.330	- 2.699	- 3,4

Tabelle 9: Entschiedene Fälle 2017 nach Krankheitsgruppen

(Unter-) Gruppe	Bezeichnung	BK-Verdacht bestätigt				BK-Verdacht nicht bestätigt	Entschiedene Fälle insgesamt
		anerkannte Berufskrankheiten		berufl. Verursachung best., vers.-rechtl. Voraus. fehlen	Insgesamt (Sp. 1, 3)		
		Insgesamt	darunter neue BK-Renten				
				1	2		
1	Chemische Einwirkungen	667	489	12	679	3.318	3.997
11	Metalle und Metalloide	37	27	-	37	326	363
12	Erstickungsgase	12	-	-	12	32	44
13	Lösungsmittel, Pestizide und sonst. chem. Stoffe	618	462	12	630	2.960	3.590
2	Physikalische Einwirkungen	8.126	861	109	8.235	15.838	24.073
21	Mechanische Einwirkungen	1.446	617	109	1.555	9.967	11.522
22	Druckluft	1	-	-	1	4	5
23	Lärm	6.649	220	-	6.649	5.593	12.242
24	Strahlen	30	24	-	30	274	304
3	Infektionserreger, Parasiten, Tropenkrankheiten	1.332	55	-	1.332	1.478	2.810
4	Atemwege, Lungen, Rippenfell, Bauchfell	5.185	2.968	258	5.443	10.915	16.358
41	Anorganische Stäube	4.555	2.653	-	4.555	8.150	12.705
42	Organische Stäube	89	59	-	89	171	260
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	541	256	258	799	2.594	3.393
5	Hautkrankheiten	4.448	557	17.907	22.355	6.568	28.923
6	Augenzittern der Bergleute	-	-	-	-	-	-
	Fälle gemäß DDR-BKVO-Liste	4	3	-	4	57	61
	Sonstige Krankheiten	32	23	-	32	1.076	1.108
	Insgesamt	19.794	4.956	18.286	38.080	39.250	77.330

Quelle: DGUV

Fälle aus dem Bereich der Schüler-Unfallversicherung enthalten. Im Berichtsjahr wurden insgesamt 77.330 Feststellungsverfahren abgeschlossen. Dabei wurde in 38.080 Fällen – und damit in 49,2 Prozent – der Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit bestätigt. Unter diesen bestätigten Fällen waren 19.794 anerkannte Berufskrankheiten im engeren Sinn, von denen wiederum in 4.956 Fällen eine Rente, Abfindung oder Sterbegeld gezahlt wurde (neue Berufskrankheitenrenten).

In den übrigen 18.286 bestätigten Fällen – überwiegend Hauterkrankungen – waren die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt. Der in den Jahren 2010 und 2011 deutlich erkennbare Anstieg bei den Fällen, bei denen die berufliche Verursachung festgestellt wurde, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen aber fehlen, ist durch die verbesserte Dokumentation der § 3-Maßnahmen in der Stufe 1 des Stufenverfahrens Haut zu begründen. In 39.250 Fällen musste eine Ablehnung erfolgen.

In Tabelle 9 (Seite 53) sind die entschiedenen Fälle des Berichtsjahres nicht nur nach Art der versicherungsrechtlichen Entscheidung, sondern zusätzlich nach Krankheitsgruppen aufgegliedert. Es wird unter anderem deutlich, dass es besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nur bei bestimmten Berufskrankheiten gibt. Dadurch ist die Rangfolge der häufigsten Berufskrankheiten auch unterschiedlich, je nachdem, ob man die anerkannten oder die bestätigten Fälle betrachtet.

„Die Zahl der meldepflichtigen Arbeitsunfälle ist im Jahr 2017 um 0,4 Prozent auf 873.522 Unfälle leicht zurückgegangen.“

6.4 Übergangsleistungen

Wenn eine versicherte Person eine gefährdende berufliche Tätigkeit wegen der Entstehung, des Wiederauflebens oder der Verschlimmerung einer Berufskrankheit aufgibt, gleicht der Träger der Unfallversicherung eine hierdurch verursachte Verdiensteinbuße oder einen anderen wirtschaftlichen Nachteil aus. Diese Übergangsleistung nach § 3 Abs. 2 BKV kann als einmalige Zahlung bis zur Höhe der Jahresvollrente gewährt werden. Es können aber auch monatliche

Zahlungen bis zur Höhe eines Zwölftels der Vollrente für längstens fünf Jahre erfolgen.

Im Jahr 2017 wurden von den Unfallversicherungsträgern insgesamt 3.215 Übergangsleistungen gewährt, davon 3.090 im Bereich der gewerblichen Wirtschaft. Ihre Verteilung nach Krankheitsgruppen und Unfallversicherungsträgern weist deutliche Schwerpunkte auf: Mit 1.404 Fällen sind 43,7 Prozent durch Hautkrankheiten begründet, die überwiegend bei den Be-

rufgenossenschaften Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Holz und Metall, sowie Nahrungsmittel und Gastgewerbe zu finden sind. In weiteren 1.107 Fällen (34,4 Prozent) handelt es sich um obstruktive Atemwegserkrankungen, die zu 63,9 Prozent auf die BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe entfallen. Weitere 559 Übergangsleistungen (17,4 Prozent) wurden aufgrund von Erkrankungen durch mechanische Einwirkungen erbracht. Es verbleiben 145 Fälle (4,5 Prozent), die sich auf die übrigen Erkrankungen verteilen.

Tabelle 10: Aufwendungen für Heilbehandlung in Euro

	2014	2015	2016	2017	Veränd. v. 2016 auf 2017 (%)
Ambulante Heilbehandlung	1.386.659.529	1.461.353.326	1.517.590.121	1.543.751.424	+ 1,7
Zahnersatz	15.633.996	15.234.095	15.517.087	14.805.235	- 4,6
Ambulante Heilbehandlung und Zahnersatz zusammen	1.402.293.526	1.476.587.421	1.533.107.208	1.558.556.658	+ 1,7
Stationäre Behandlung	1.104.642.301	1.088.059.084	1.137.314.319	1.180.433.499	+ 3,8
Häusliche Krankenpflege	12.512.625	11.813.468	11.740.073	12.523.986	+ 6,7
Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege zusammen	1.117.154.926	1.099.872.551	1.149.054.392	1.192.957.485	+ 3,8
Verletztengeld	657.367.531	678.986.352	710.209.661	735.071.033	+ 3,5
Besondere Unterstützung	1.401.482	1.677.692	1.622.389	1.831.787	+ 12,9
Verletztengeld und besondere Unterstützung zusammen	658.769.013	680.664.044	711.832.050	736.902.820	+ 3,5
Gewährung der Pflege	163.030.937	174.815.878	190.111.567	201.600.052	+ 6,0
Pflegegeld	110.598.015	112.990.727	116.546.085	121.807.119	+ 4,5
Entschädigung für Wäsche- und Kleiderverschleiß	17.172.965	17.455.191	17.958.920	18.143.637	+ 1,0
Übrige Heilbehandlungskosten	1.172.580	1.243.948	1.001.263	1.037.446	+ 3,6
Sozialversicherungsbeiträge bei Verletztengeld	226.486.983	231.359.832	247.445.079	259.733.904	+ 5,0
Reisekosten bei Heilbehandlung und Pflege	216.872.864	235.167.700	252.563.706	263.505.642	+ 4,3
Haushaltshilfe und Kinderbetreuung	5.673.359	5.928.808	6.661.799	6.252.252	- 6,1
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	44.202.737	45.882.499	49.761.566	53.576.179	+ 7,7
Verletztengeld bei Unfall des Kindes	2.528.834	2.271.919	2.630.863	2.723.021	+ 3,5
Sonstige Heilbehandlungskosten zusammen	787.739.274	827.116.503	884.680.850	928.379.252	+ 4,9
Insgesamt	3.965.956.739	4.084.240.519	4.278.674.499	4.416.796.216	+ 3,2

Quelle: DGUV

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

	2014	2015	2016	2017	Veränd. v. 2016 auf 2017 (%)
Sachleistungen	88.554.893	89.096.504	88.598.997	88.651.629	+ 0,1
Übergangsgeld	45.209.468	45.379.635	44.058.682	43.221.248	- 1,9
Sonstige Barleistungen	457.228	533.710	630.175	269.362	- 57,3
Sozialversicherungsbeiträge bei Übergangsgeld	25.247.303	24.783.648	24.484.549	23.722.479	- 3,1
Reisekosten	7.553.180	7.584.029	7.229.905	6.874.610	- 4,9
Haushaltshilfe	285.166	230.359	198.766	214.267	+ 7,8
Sonstige ergänzende Leistungen	4.978.085	5.253.429	5.522.433	5.300.880	- 4,0
Übergangsleistungen	14.037.393	13.817.899	14.511.049	13.639.910	- 6,0
Insgesamt	186.322.716	186.679.212	185.234.556	181.894.385	- 1,8

Quelle: DGUV

7 Rentenbestand

1991 hatten die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im Rahmen der Ausweitung ihrer Zuständigkeit auf die neuen Bundesländer den gesamten laufenden Rentenbestand aufgrund von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten von der Sozialversicherung der ehemaligen DDR übernommen. Damit war der Rentenbestand im Jahre 1991 um rund ein Drittel angestiegen. Ende 2017 belief er sich auf 789.338 Renten, was einem Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 1,8 Prozent entspricht.

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

- 697.086 Renten (88 Prozent) stammen aus dem Bereich der gewerblichen Wirtschaft.
- 73.633 Renten (9 Prozent) stammen aus dem Bereich der öffentlichen Hand.
- 18.619 Renten (2 Prozent) stammen aus dem Bereich der Schüler-Unfallversicherung.
- 669.480 Renten (85 Prozent) laufen aufgrund von Unfällen.
- 119.858 Renten (15 Prozent) laufen aufgrund von Berufskrankheiten.
- 683.552 Renten (87 Prozent) werden an Verletzte und Erkrankte gezahlt.
- 105.786 Renten (13 Prozent) werden an Hinterbliebene gezahlt.

8 Entschädigungsleistungen

In diesem Abschnitt werden summarisch alle Entschädigungsleistungen einschließlich der Aufwendungen im Rahmen der Schüler-Unfallversicherung dargestellt, welche Unfallversicherungsträger im Bereich der gewerblichen Wirt-

schaft und der öffentlichen Hand im Jahr 2017 für ihre Versicherten erbracht haben. Als Entschädigungsleistungen gelten die Dienst-, Sach- und Barleistungen nach Eintritt des Versicherungsfalles an Verletzte und Erkrankte sowie an Hinterbliebene. Im Einzelnen handelt es sich um Heilbehandlung inklusive Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, Pflege und Geldleistungen. Die Entschädigungsleistungen beliefen sich 2017 auf 10,472 Milliarden Euro. Das waren 213,9 Millionen Euro beziehungsweise 2,1 Prozent mehr als im Vorjahr. Darunter entfielen 4,417 Milliarden Euro auf Heilbehandlung, 182 Millionen Euro auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und 5,759 Milliarden Euro auf Renten, Abfindungen und Beihilfen.

„Die Entschädigungsleistungen beliefen sich 2017 auf 10,472 Milliarden Euro.“

8.1 Heilbehandlung

2017 lagen die gesamten Aufwendungen für Heilbehandlung einschließlich medizinischer Rehabilitation, Geldleistungen, Pflege und ergänzender Leistungen in Höhe von 4,417 Milliarden Euro um 3,2 Prozent beziehungsweise um 138 Millionen Euro über denen des Vorjahres. Ihre detaillierte Aufgliederung in Tabelle 10 (Seite 54) zeigt, dass die Kosten in fast allen Teilbereichen gestiegen sind. Hervorzuheben ist der Anstieg bei der stationären Behandlung um 43 Millionen Euro

beziehungsweise um 3,8 Prozent, bei der ambulanten Behandlung um 26 Millionen Euro beziehungsweise um 1,7 Prozent sowie beim Verletztengeld um 25 Millionen Euro (+3,5 Prozent). In den Rechnungsergebnissen werden im Rahmen der Heilbehandlungskosten auch die Aufwendungen zur Förderung der Teilhabe am Gemeinschaftsleben erfasst („soziale Reha“), die sich im Berichtsjahr auf 54 Millionen Euro (+7,7 Prozent) beliefen.

8.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Im Berichtsjahr betragen diese Aufwendungen 182 Millionen Euro. Sie waren damit um 1,8 Prozent beziehungsweise um 3,3 Millionen Euro niedriger als im Vorjahr. In Tabelle 11 (Seite 55) sind sie nach den verschiedenen Teilbereichen aufgeschlüsselt. Mit 89 Millionen Euro wurden 48,7 Prozent aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Sachleistungen aufgewendet. Auf Übergangsgeld entfielen mit 43 Millionen Euro weitere 23,8 Prozent der Kosten.

8.3 Renten, Beihilfen und Abfindungen

Die gesamten Aufwendungen dieser Art in Höhe von 5,759 Milliarden Euro weisen 2017 gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg um 1,4 Prozent auf; sie sind in Tabelle 12 näher aufgeschlüsselt. Mit 5,655 Milliarden Euro wurden 98 Prozent davon für Renten an Verletzte, Erkrankte und Hinterbliebene ausgegeben, wobei 4,194 Milliarden Euro auf Versichertenrenten entfielen und 1,460 Milliarden Euro auf Hinterbliebenenrenten. Darüber hinaus wurden für Beihilfen an Hinterbliebene 18 Millionen Euro und für Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene 86 Millionen Euro aufgewendet. ▶

9 Steuerungskosten für Prävention

Die Unfallversicherungsträger haben gemäß § 15 SGB VII den gesetzlichen Auftrag, Unfallverhütungsvorschriften zu erlassen, zu deren Einhaltung die Unternehmen beziehungsweise Einrichtungen in ihrem Zuständigkeitsbereich verpflichtet sind. Die Unfallversicherungsträger tragen die Steuerungskosten, die bei der Einleitung von Präventionsmaßnahmen anfallen. Dagegen werden die Durchfüh-

rungskosten, deren Umfang statistisch nicht erfasst wird, die jedoch mit Sicherheit um ein Vielfaches höher liegen, von den Unternehmen und Einrichtungen getragen.

2017 haben die Unfallversicherungsträger 1,198 Milliarden Euro für Prävention, arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste und Erste Hilfe ausgegeben. Diese Aufwendungen lagen um 2,5 Pro-

zent über denen des Vorjahres. Mehr als die Hälfte der Ausgaben entfiel mit 673 Millionen Euro auf die Personal- und Sachkosten der Prävention. Für die Aus- und Fortbildung von Personen, die in den Unternehmen mit der Durchführung der Prävention betraut sind, wurden 140 Millionen Euro aufgewendet. Die nähere Aufgliederung der übrigen Kosten der Prävention ist in Tabelle 13 zu finden.

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

	2014	2015	2016	2017	Veränd. v. 2016 auf 2017 (%)
Renten an Versicherte	4.005.807.364	4.039.730.388	4.131.928.899	4.194.113.521	+ 1,5
Witwen/Witwer nach § 65 Abs. 2 Nr. 2 SGB VII	7.384.037	6.414.282	5.400.074	4.183.420	- 22,5
Witwen/Witwer nach § 65 Abs. 2 Nr. 3 SGB VII	1.309.980.288	1.317.521.650	1.347.895.623	1.369.075.374	+ 1,6
Rente im Sterbevierteljahr nach § 65 Abs. 2 Nr.1 SGB VII	14.650.507	15.397.582	15.865.904	15.126.034	- 4,7
Witwen/Witwer zusammen	1.332.014.832	1.339.333.514	1.369.161.600	1.388.384.827	+ 1,4
Waisen	79.755.773	77.455.110	74.980.024	71.898.827	- 4,1
Sonstige Berechtigte	185.269	243.107	165.560	143.128	- 13,5
<i>Renten zusammen</i>	<i>5.417.763.237</i>	<i>5.456.762.118</i>	<i>5.576.236.083</i>	<i>5.654.540.304</i>	<i>+ 1,4</i>
Beihilfen nach § 71 SGB VII an					
Witwen/Witwer einmalig	14.966.887	16.161.497	16.307.772	16.278.050	- 0,2
Witwen/Witwer laufend	2.086.824	2.122.814	2.077.911	1.991.981	- 4,1
Witwen/Witwer zusammen	17.053.710	18.284.312	18.385.683	18.270.031	- 0,6
Waisen	60.069	51.081	45.858	41.433	- 9,6
<i>Beihilfen zusammen</i>	<i>17.113.779</i>	<i>18.335.392</i>	<i>18.431.542</i>	<i>18.311.464</i>	<i>- 0,7</i>
Abfindungen an					
Versicherte ¹	78.685.983	85.305.522	82.345.940	84.925.052	+ 3,1
Hinterbliebene	675.994	862.302	637.395	889.228	+ 39,5
<i>Abfindungen zusammen</i>	<i>79.361.978</i>	<i>86.167.824</i>	<i>82.983.335</i>	<i>85.814.280</i>	<i>+ 3,4</i>
Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	99.911	64.655	32.687	109.073	+ 233,7
Insgesamt	5.514.338.905	5.561.329.990	5.677.683.646	5.758.775.122	+ 1,4

[1] inkl. Gesamtvergütungen

Tabelle 13: Steuerungskosten für Prävention in Euro

	2014	2015	2016	2017	Veränd. v. 2016 auf 2017 (%)
Herstellung von Unfallverhütungsvorschriften	1.816.914	1.974.645	1.809.739	1.731.350	- 4,3
Personal- und Sachkosten der Prävention	624.136.783	632.102.447	652.527.194	672.946.189	+ 3,1
Aus- und Fortbildung (§ 23 SGB VII)	133.495.520	138.231.821	140.604.958	140.114.233	- 0,3
Zahlungen an Verbände für Prävention	107.878.332	115.422.028	122.668.692	125.644.316	+ 2,4
Arbeitsmedizinische Dienste	46.389.888	49.636.959	51.039.820	48.175.953	- 5,6
Sicherheitstechnische Dienste	26.724.970	29.346.376	29.739.425	29.250.156	- 1,6
Sonstige Kosten der Prävention	96.787.964	103.366.404	105.721.489	114.594.057	+ 8,4
Erste Hilfe (§ 23 Abs. 2 SGB VII)	45.960.866	52.543.754	64.809.744	65.213.276	+ 0,6
Insgesamt	1.083.191.237	1.122.624.434	1.168.921.061	1.197.669.530	+ 2,5

Quelle: DGUV

Tabelle 14: Gewerbliche Berufsgenossenschaften – Zusammenfassende Abschlussübersicht für das Jahr 2017

Ktgr.	Umlagewirksame Aufwendungen	€
Kontenklasse 4		
40	Ambulante Heilbehandlung	1.215.402.731
45	Zahnersatz	8.847.315
46	Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege	977.432.436
47	Verletztengeld und besondere Unterstützung	660.203.585
48	Sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen	753.894.266
49	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	161.667.437
	Insgesamt	3.777.447.770
Kontenklasse 5		
50	Renten an Versicherte und Hinterbliebene	5.050.122.078
51	Beihilfen an Hinterbliebene	16.711.502
52	Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene	79.938.912
53	Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	85.479
56	Mehrleistungen und Aufwendersersatz	82.957
57	Sterbegeld und Überführungskosten	17.307.195
58	Leistungen im Rahmen von Unfalluntersuchungen	70.914.359
59	Prävention	1.075.045.965
	Insgesamt	6.310.208.447
Kontenklasse 6 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 60/61)		
62	Zuschreibungen und sonstige Aufwendungen	–
63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	7.221.398
64	Beitragsausfälle	236.356.139
65	Beitragsnachlässe	275.377.636
66	Verluste durch Wertminderung der Aktiva und Wertsteigerung der Passiva	–
67	Zuführungen zu den Vermögen	950.621.922
69	Sonstige Aufwendungen	824.130.852
	Insgesamt	2.293.707.947
Kontenklasse 7		
70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	697.250.582
71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	143.539.985
72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	65.561.399
73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	170.878.118
74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	4.201.626
75	Vergütungen an andere für Verwaltungsarbeiten	181.420.125
76	Kosten der Rechtsverfolgung	11.586.653
77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	2.459.670
78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	1.661.175
79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	–
	Insgesamt	1.278.559.334
	Summe der umlagewirksamen Aufwendungen	13.659.923.498

Ktgr.	Umlagewirksame Erträge	€
Kontenklasse 2		
21	Sonstige Beitragseingänge	428.369.035
22	Säumniszuschläge, Stundungszinsen	25.678.032
	Insgesamt	454.047.067
Kontenklasse 3 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 30/31)		
32	Umlagewirksame Vermögenserträge aus den Betriebsmitteln	13.298.147
33	Vermögenserträge	–
34	Gewinne der Aktiva	–
35	Einnahmen aus Ersatzansprüchen	397.600.978
36	Geldbußen und Zwangsgelder	3.638.065
37	Entnahmen aus den Vermögen	413.039.211
38	Einnahmen aus öffentlichen Mitteln	2.114.332
39	Sonstige Einnahmen	817.270.031
	Insgesamt	1.646.960.764
	Summe der umlagewirksamen Erträge	2.101.007.831

Quelle: DGUV

Ermittlung des Umlagesolls:

umlagewirksame Aufwendungen	13.659.923.498
abzüglich umlagewirksamer Erträge	2.101.007.831
Umlagesoll* (Überschuss der Aufwendungen)	11.558.915.667

* BG HM: ohne Berücksichtigung der Auslandsunfallversicherung

Tabelle 15: Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand – Zusammenfassende Abschlussübersicht für das Jahr 2017

Ktgr.	Umlagewirksame Aufwendungen	€	Ktgr.	Umlagewirksame Erträge	€
Kontenklasse 4			Kontenklasse 2		
40	Ambulante Heilbehandlung	328.348.692	20	Umlagebeiträge der Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbände	1.550.107.970
45	Zahnersatz	5.957.920	21	Sonstige Beitragseingänge	44.353.120
46	Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege	215.525.048	22	Säumniszuschläge, Stundungszinsen	198.129
47	Verletztengeld und besondere Unterstützung	76.699.235		Insgesamt	1.594.659.220
48	Sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen	174.484.987	Kontenklasse 3 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 30/31)		
49	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	20.226.949	32	Umlagewirksame Vermögenserträge aus den Betriebsmitteln	2.590.859
	Insgesamt	821.242.831	33	Vermögenserträge	–
Kontenklasse 5			34	Gewinne der Aktiva	–
50	Renten an Versicherte und Hinterbliebene	604.418.225	35	Einnahmen aus Ersatzansprüchen	86.966.520
51	Beihilfen an Hinterbliebene	1.599.962	36	Geldbußen und Zwangsgelder	–
52	Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene	5.875.368	37	Entnahmen aus den Vermögen	45.385.543
53	Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	23.594	38	Einnahmen aus öffentlichen Mitteln	139.118.635
56	Mehrleistungen und Aufwendungsersatz	16.702.837	39	Sonstige Einnahmen	3.812.148
57	Sterbegeld und Überführungskosten	1.202.398		Insgesamt	277.873.705
58	Leistungen im Rahmen von Unfalluntersuchungen	8.587.093		Summe der umlagewirksamen Erträge	1.872.532.925
59	Prävention	122.623.565			
	Insgesamt	761.033.043			
Kontenklasse 6 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 60/61)					
62	Zuschreibungen und sonstige Aufwendungen	–			
63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	535.318			
64	Beitragsausfälle	57.226			
65	Beitragsnachlässe	628.133			
66	Verluste durch Wertminderung der Aktiva und Wertsteigerung der Passiva	–			
67	Zuführungen zu den Vermögen	61.204.671			
69	Sonstige Aufwendungen	8.471.857			
	Insgesamt	70.897.206			
Kontenklasse 7					
70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	145.908.007			
71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	11.702.663			
72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	10.620.343			
73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	27.564.197			
74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	1.059.571			
75	Vergütungen an andere für Verwaltungsarbeiten	19.469.397			
76	Kosten der Rechtsverfolgung	1.760.823			
77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	106.743			
78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	229.190			
79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	938.912			
	Insgesamt	219.359.846			
	Summe der umlagewirksamen Aufwendungen	1.872.532.925			
	Umlagebeitrag (Ktgr. 20)	1.550.107.970			

Quelle: DGUV

„2017 haben die Unfallversicherungsträger 1,198 Milliarden Euro für Prävention, arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste und Erste Hilfe ausgegeben.“

10 Aufbringung der Mittel

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

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

10.1 Aufbringung der Mittel und Beitragssatz im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Das Umlagesoll für 2017 beläuft sich auf 11,559 Milliarden Euro und ist damit um 311 Millionen Euro beziehungsweise um 2,8 Prozent höher als der Vorjahreswert inklusive des Umlagebeitrags der ehemaligen Unfallkasse Post und Telekom. Das beitragspflichtige Entgelt ist um 4,0 Prozent auf 995,5 Milliarden Euro gestiegen. Damit ist der durchschnittliche Beitrags-

satz gegenüber dem Vorjahr gesunken und beträgt 1,16 Prozent.

Anders als in den übrigen Zweigen der gesetzlichen Sozialversicherung, in denen in den vergangenen Jahrzehnten zum Teil erhebliche Beitragsanstiege zu verzeichnen waren, weist der durchschnittliche Beitragssatz der gewerblichen Berufsgenossenschaften in der langjährigen Entwicklung eine sinkende Tendenz auf. Dementsprechend ist der Anteil dieses Beitragssatzes am Gesamtsozialversicherungs-Beitragssatz von 4,95 Prozent im Jahr 1970 auf 2,82 Prozent im Berichtsjahr 2017 gesunken.

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

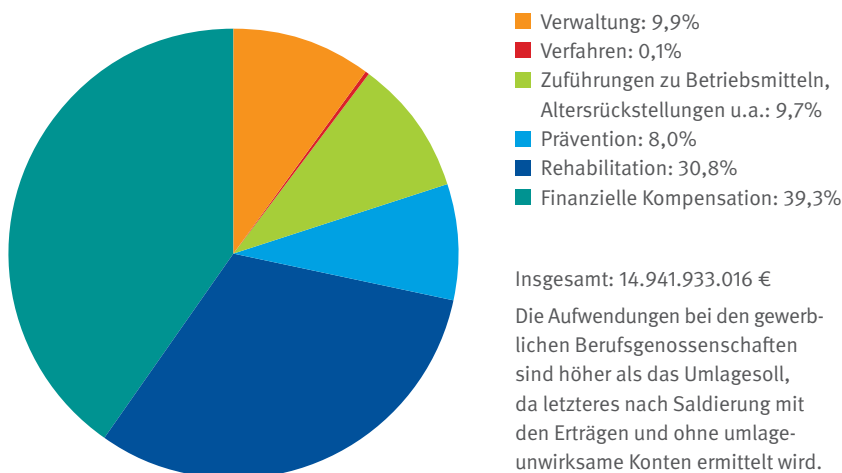
Wirtschaft als Beitrag zur gesetzlichen Unfallversicherung aufzubringen haben. Die Berufsgenossenschaften erwirtschaften nämlich auch Einnahmen, wie zum Beispiel Regresseinnahmen, die zunächst einen Teil der Aufwendungen decken, sodass nur noch die Differenz umgelegt werden muss. Dies ist übersichtlich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

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

10.2 Aufbringung der Mittel im Bereich der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand

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

Abbildung 2: Aufwendungen 2017



Quelle: DGUV

Verrechnung einer Beitragsforderung eines Unfallversicherungsträgers mit einer Altersrente auch nach erteilter Restschuldbefreiung möglich

Eine zu Beginn des Insolvenzverfahrens bestehende Auf-/Verrechnungslage besteht auch nach dessen Eröffnung gemäß § 94 InsO fort und eröffnet eine Auf-/Verrechnung in den unpfändbaren Teil einer Sozialleistung selbst noch nach Erteilung der Restschuldbefreiung.



LSG München, Urteil vom 21.03.2018 – L 13 R 25/17 –, juris

Gegenüber der beigeladenen Berufsgenossenschaft hatte der Versicherte bestandkräftige Beitragsschulden im Gesamtvolumen von 56.307,14 Euro einschließlich Säumniszuschlägen. Das erste Verrechnungsersuchen der Berufsgenossenschaft gegenüber der Rentenversicherung war datiert vom 8. Oktober 2003. Daneben bestanden weitere Forderungen verschiedener Einzugsstellen und Verrechnungsersuchen. Am 23. Dezember 2003 wurde das Insolvenzverfahren über das Vermögen des Klägers eröffnet. Mit Beschluss vom 4. Oktober 2006 wurde das Insolvenzverfahren nach Vollzug der Schlussverteilung aufgehoben und dem Versicherten mit Beschluss vom 22. März 2010 Restschuldbefreiung gewährt. Nach der Bewilligung der Altersrente verfügte der Rentenversicherungsträger im Jahr 2007 zunächst die Verrechnung mit einer Forderung einer Krankenkasse. Die hiergegen gerichtete Klage endet in einem Vergleich.

Nach Erteilung der Restschuldbefreiung schlugen die Krankenkasse sowie auch die übrigen Einzugsstellen ihre Beitragsforderungen gegenüber dem Versicherten nieder. Demgegenüber erklärte die Berufsgenossenschaft im Jahr 2014 gegenüber dem Rentenversicherungsträger, dass sie an ihrem Verrechnungsersuchen festhalte, da die Forderung in genannter Höhe nach wie vor bestehe. Nach Anhörung des Versicherten zur Verrechnung eines monatlichen Betrages von 250 Euro aus der Rente von insgesamt 590,82 Euro monatlich kam der Versicherte der ihm gegebenen Möglichkeit des Nachweises seiner Hilfebedürftigkeit nicht nach. Nachdem der Kläger der Aufforderung zum Nachweis seiner Hilfebedürftigkeit auch im gerichtlichen Verfahren nicht Folge geleistet hatte, wiesen sowohl das Sozialgericht als auch das Landessozialgericht (LSG) die Klage zurück. Unter Berufung auf entsprechende Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und des Bundesgerichtshofs zur Zulässigkeit der Verrechnung von Beitragsforderungen gegen unpfändbare Teile einer Sozialleistung im Insolvenzverfahren und während einer der Restschuldbefreiung vorausgehenden Wohlverhaltensperiode

nach § 52 i. V. m. § 51 Abs. 2 SGB I, was auch durch § 294 Abs. 3 InsO nicht ausgeschlossen sei, befand das LSG München die Verrechnungsmöglichkeit in die unpfändbaren Teile der Rente auch für die Zeit nach Erteilung der Restschuldbefreiung.

Aus der fehlenden Durchsetzbarkeit der Insolvenzforderung nach der Erteilung der Restschuldbefreiung ergebe sich zwar, dass diese Forderungen grundsätzlich nicht mehr gegen neu entstehende Forderungen des Schuldners aufgerechnet werden könnten. Allerdings habe der Gesetzgeber mit der Vorschrift des § 51 Abs. 2 SGB I die Sozialleistungsträger bei der Durchsetzung von Beitrags- und Erstattungsforderungen im Wege der Auf- oder Verrechnung gegenüber anderen Gläubigern bewusst privilegiert, denen (bereits) durch die Unpfändbarkeit die Möglichkeit versperrt sei, ihre Forderungen insoweit durch Zwangsvollstreckung durchzusetzen. Das Insolvenzverfahren ändere hieran nichts (ebenso wenig die Erteilung der Restschuldbefreiung), da hiermit lediglich das vom Insolvenzbeschluss betroffene pfändbare Vermögen betroffen sei, auf das die Vorschriften der InsO zur Anwendung gelangen.

Das Gericht bestätigt die bereits in der Literatur vertretene Auffassung (Bigge/Peters-Lange, ZIP 2014, 2114), dass § 301 InsO, der die Durchsetzung von Insolvenzforderungen ausschließt und sie damit zu „unvollkommenen“ Verbindlichkeiten ausgestaltet, deren Erfüllbarkeit und insbesondere Aufrechnungsmöglichkeiten bestehen lässt. Dies ergibt auch der Blick auf § 301 Abs. 2 InsO, der die Rechte der Absonderungsberechtigten durch die Restschuldbefreiung unberührt lässt und damit „erst recht“ Aufrechnungsmöglichkeiten als stärkerer Rechtsposition Geltung erhält. Das LSG hat bestätigt, dass auch das Grundgesetz der bestehenden Auf- und Verrechnungsmöglichkeit nach § 51 Abs. 2 SGB I bis zur Grenze der Bedürftigkeit nicht entgegenstehe, da die gesetzgeberische Entscheidung zugunsten einer Privilegierung von Sozialleistungsträgern gegenüber anderen Gläubigern zu einer hinzunehmenden Ungleichbehandlung führen dürfe. Für die Praxis besteht damit – zumal die Revision nicht zugelassen wurde – Klarheit zu einer bislang noch nicht entschiedenen Fallgestaltung und bestätigt eine bereits bestehende Praxis bei den Berufsgenossenschaften.



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

Neuer Chefarzt für Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin im Bergmannstrost

Prof. Dr. Hermann Wrigge ist seit Mai der neue Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin sowie Schmerztherapie im BG Klinikum Bergmannstrost Halle. „Mit Prof. Wrigge konnten wir einen Experten auf dem Gebiet der Anästhesie und Intensivmedizin gewinnen, der in der Patientenversorgung und in der Forschung für uns als Unfallklinikum wichtige Ansätze verfolgt“, so Prof. Dr. Dr. Gunther O. Hofmann, Ärztlicher Direktor des Bergmannstrost. Prof. Wrigge folgt auf Priv.-Doz. Dr. Ralph Stuttmann, der die Klinik zwanzig Jahre geleitet hat und sich in den geplanten Ruhestand verabschiedet.

Prof. Wrigge wechselt von der Universitätsmedizin Leipzig, wo er eine Professur für Anästhesiologie innehat und seit 2010 die Geschicke von Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Operative Intensivtherapie leitend mitverantwortet hat. Er ist zudem Leitender Notarzt der Stadt Leipzig sowie Ärztlicher Leiter der ADAC Luftrettungsstation Leipzig.



Foto: BG Klinikum Bergmannstrost Halle

Prof. Dr. Hermann Wrigge ist neuer Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin sowie Schmerztherapie im BG Klinikum Bergmannstrost Halle.



Foto: Privat

Helene Hammelrath ist neue Vorstandsvorsitzende der Stiftung Behindertensport des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS).

Stiftung Behindertensport mit neuen Vorstandsmitgliedern

Die langjährige Bergisch Gladbacher Landtagsabgeordnete Helene Hammelrath ist zur neuen Vorstandsvorsitzenden der Stiftung Behindertensport des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) gewählt worden. Ebenfalls neu im Vorstand: der mehrfache Paralympics-Sieger Rainer Schmidt. Außerdem gehören weiterhin Friedhelm Julius Beucher, Dr. Michael Rosenbaum und Thomas Urban dem Vorstand an, während Gerhard Knapp sein Amt auf eigenen Wunsch nach langer verdienstvoller Arbeit niedergelegt hat.

Die Stiftung wurde 1993 gegründet und hat seither zahlreiche Projekte rund um den Behindertensport gefördert. Diese erfolgreiche Arbeit soll fortgesetzt werden. Zu Ihrer neuen Aufgabe sagt Helene Hammelrath: „Der Behindertensport braucht zweierlei: noch mehr Zuwendung seitens Politik und Öffentlichkeit sowie mehr Zuwendungen von Stiftern und Spendern. Dafür werde ich mich einsetzen.“

Neuer Ärztlicher Direktor in der BG Unfallklinik Murnau

Privatdozent Dr. Fabian Stuby ist seit 1. Juli 2018 neuer Ärztlicher Direktor der BG Unfallklinik Murnau. Der Facharzt für allgemeine Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie war zuletzt Stellvertretender Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie in der BG Klinik Tübingen.

Stuby folgt in Murnau auf Prof. Dr. Volker Bühren, der im März 2018 in den Ruhestand verabschiedet wurde. „Die BG Unfallklinik Murnau ist in erster Linie auf besonders schwere Verletzungen spezialisiert – darauf vertrauen die Patienten“, so Stuby. „Das System der gesetzlichen Unfallversicherung ist mir bestens vertraut und ich freue mich, die bestehenden Strukturen in Murnau dahingehend noch weiter ausbauen und entwickeln zu können.“

Nach Stationen in Visp, dem BG Klinikum Duisburg und dem Bethesda Krankenhaus Duisburg wechselte Stuby 2001 an die BG Klinik Tübingen und habilitierte sich 2015 an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen.



Foto: BG Kliniken

Dr. Fabian Stuby ist neuer Ärztlicher Direktor der BG Unfallklinik Murnau.

Erklärvideo Arbeiten unter der Sonne



Foto: Screenshot

Sonne, Sonnenschein und gesunde Haut – das muss kein Widerspruch sein, solange man sich richtig verhält. Wer häufig im Freien arbeitet, sollte sich im Sommer unbedingt gegen die Sonne schützen. Denn zu viel UV-Strahlung kann nicht nur die Haut verbrennen, sie kann auch zu hellem Hautkrebs führen. Damit dies nicht passiert und die Haut ein Leben lang gesund bleibt, sollte man einige Dinge beachten. Wann ist es besser, die direkte Sonneneinstrahlung zu meiden? Welche Schutzmaßnahmen gibt es? Welchen Lichtschutzfaktor sollte eine Sonnencreme mindestens

haben? Diese und weitere Fragen zum Arbeiten unter der Sonne beantwortet das neue Erklärvideo der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), das zeigt, wie eine Gärtnerin, ein Müllwerker und ein Pflasterleger sich vor UV-Strahlung schützen können.

i

Das Video kann kostenlos angeschaut und heruntergeladen werden auf: www.dguv.de (Webcode: d1181677)

Emotionen im Straßenverkehr



Frust, Stress, Aggression – Emotionen wirken sich auf unser Verhalten im Straßenverkehr aus. Und: Sie sind ein Risiko für Unfälle. Die neue Schwerpunktaktion des DVR gemeinsam mit den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen macht darauf aufmerksam und sagt, wie man mit Emotionen im Straßenverkehr umgehen kann.

Mittels einer Internetseite und drei Broschüren wird erklärt, wie sich Emotionen

auf das menschliche Verhalten auswirken. Gleichzeitig werden Tipps gegeben, um gefährliche Situationen rasch zu erkennen und gelassen und verantwortungsbewusst zu handeln.

Begleitet wird die Schwerpunktaktion von zwei Gewinnspielen, einem für Leserinnen und Leser der „Emotionen“-Printmedien, einem auf der Onlineseite. Die Gewinnspiele starten am 1. Juni 2018 und enden am 28. Februar 2019. Mitmachen lohnt sich. Zu gewinnen gibt es eine Reise, ein Pedelec und moderne Kommunikationsgeräte wie Tablets und Smartphones.

i

Weitere Informationen gibt es auf der Website der Schwerpunktaktion: <https://www.risiko-check-emotionen.de/>

Impressum

DGUV Forum

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

Herausgegeben von • Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer, Glinkastraße 40, 10117 Berlin-Mitte, www.dguv.de

Chefredaktion • Gregor Doecke (verantwortlich), Sabine Herbst, Lennard Jacoby, DGUV, Berlin/Sankt Augustin/München

Redaktion • Elke Biesel (DGUV), Falk Sinß (stv. Chefredakteur), Franz Roiderer, Gesa Fritz (Universum Verlag)

Redaktionsassistentz • Steffi Bauerhenne, redaktion@dguv-forum.de

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

Vertretungsberechtigte Geschäftsführerin • Hans-Joachim Kiefer, Gernot Leinert, 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 • Wolfgang Pfaff, Taunusstraße 54, 65183 Wiesbaden, Telefon: 0611/9030-234, Telefax: -368

Herstellung • Alexandra Koch, Wiesbaden

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

Grafische Konzeption und Gestaltung • LIEBCHEN+LIEBCHEN Kommunikation GmbH, Frankfurt

Titelbild • MSSP – MICHAEL SCHWARTZ SPORTPHOTO

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.

Unterweisungs- Manager

Die flexible Software
für Ihre Unterweisungen

- **einfach, anwenderfreundlich** und zeitsparend
- **flexibel** um Ihre Inhalte erweiterbar
- **leistungsstark** durch umfangreiche Auswertungen & Statistiken

www.unterweisungs-manager.de



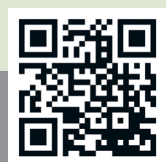
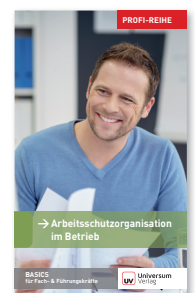
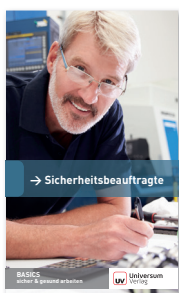
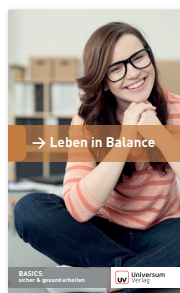
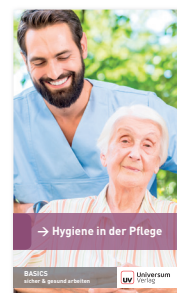
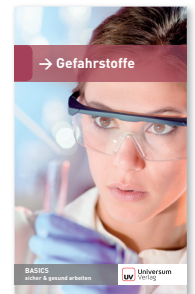
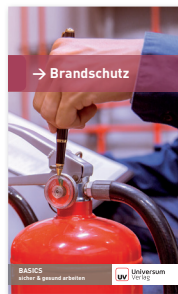
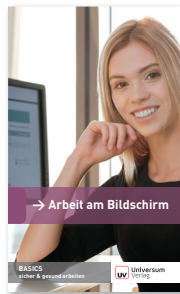
Unterweisungs-Manager
UNTERWEISEN MIT SYSTEM



Universum
Verlag

→ Grundwissen für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit

BASICS sicher & gesund arbeiten



Benötigen Sie eine **größere Stückzahl**, möchten Sie Ihr **Logo eindrucken** lassen oder **Wechelseiten einfügen**? Sprechen Sie uns an:

basics@universum.de
oder Tel. 0611 9030-271

→ Mehr Infos zur Reihe: www.universum.de/basics

Jetzt bestellen!

- **Telefonisch** unter: 06123 9238-220
- **Online** unter: www.universum.de/basics
- **Per E-Mail** an: basics@universum.de