

Diskussionsforum Teilhabe und Prävention

Herausgegeben von:

Dr. Alexander Gagel & Dr. Hans-Martin Schian

in Kooperation mit:

Prof. Dr. Wolfhard Kohte

Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg

Prof. Dr. Ulrich Preis

Institut für Deutsches und
Europäisches Sozialrecht,
Universität zu Köln

PD Dr. Felix Welti

Institut für Sozialrecht und
Sozialpolitik in Europa, Christian-
Albrechts-Universität zu Kiel

Februar 2007

Forum B

Schwerbehindertenrecht und betriebliches Gesundheitsmanagement
– Diskussionsbeitrag 3/2007 –

§ 84 Abs. 2 SGB IX gilt auch für Beamte

von Dr. Alexander Gagel und Marcus Schian

Wie so oft bei Neuerungen, so hagelte es auch bei Einführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements in § 84 Abs. 2 SGB IX Einwände, die sich aber nach und nach als vorschnell erwiesen und widerlegt wurden. Das gilt auch für den erfassten Personenkreis und die betroffenen Arbeitgeber. Zunächst wurde bestritten, dass mit der Wahl des Wortes „Beschäftigte“ auch weniger behinderte oder nicht behinderte Arbeitnehmer gemeint seien¹. Inzwischen hat sich aber gestützt auf Wortlaut und Konstruktion des § 84 Abs. 2 SGB IX eine herrschende Meinung gebildet, dass alle Personen gemeint sind, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen².

In der Diskussion ist aber noch in jüngster Zeit, auch bezogen auf § 84 Abs. 1 SGB IX, die Frage, ob Beamte hiervon auszunehmen sind³. Dem wollen wir nachgehen. Es wird sich zeigen, dass auch hier die Einwände zu kurz gegriffen waren⁴.

Die Meinung, § 84 SGB IX gelte nicht für Beamte, versucht im Wesentlichen, dies über eine im Ergebnis nicht tragfähige Interpretation der Begriffe „Beschäftigte“ und „Arbeitgeber“ zu begründen. Daher wird im Folgenden zunächst klargestellt, welche Bedeutung diese Begriffe im SGB IX haben. Anschließend zeigen wir auf, dass Sinn und Zweck, Einzelheiten des Wortlauts und das Verhältnis zum BBG keine Anhaltspunkte dafür bieten, Beamte bzw. öffentliche Arbeitgeber aus dem Geltungsbereich des § 84 SGB IX herauszunehmen.

Dr. Alexander Gagel

Marcus Schian

Dr. Hans-Martin Schian

¹ Brose, DB 2005,391; Namendorf/Natzel, DB 2005,1794

² s. u.a. Schröder in Hauck/Noftz, SGB IX, § 84 Rz.9; Seel in Ernst/Adlhoch/Seel, SGB IX, § 84 Rz. 63; Klaesberg PersR 2005, 427,429; Steiner, PersV 2006,417, 419; v. Steinau-Steinrück/ Hagemeyer NJW-Spezial 2005,129;

³ Für Einbeziehung der Beamten: u.a. Neumann in Neumann/Pahlen/ Majerski-Pahlen, SGB IX, § 84 Rz. 10; Bauschke, RiA 2006, 97,104; Klaesberg, PersR 2005, 427, 429; a.A. Steiner, PersV 2006, 417, 419 ff;

⁴ So auch Beitrag B 3/2004 und Beitrag 7/2005 in diesem Forum

Wir möchten Sie auch auf die Sammlung aller bisher erschienenen Diskussionsbeiträge im Internet unter www.iqpr.de aufmerksam machen und Sie herzlich einladen sich an der Diskussion durch eigene Beiträge und Stellungnahmen zu beteiligen.

I. Unsere Thesen

1. **Das SGB IX, Teil 2, gilt auch für Beamte.**
2. **Auch Beamte sind Beschäftigte iSd § 84 SGB IX.**
3. **Die Beschreibung des betrieblichen Eingliederungsmanagements ist auf Beamtenverhältnisse übertragbar.**
4. **Nach der gesetzlichen Definition in § 71 Abs. 1 SGB IX werden von dem Begriff „Arbeitgeber“ in diesem Gesetz auch die öffentlich-rechtlichen Arbeitgeber erfasst.**
5. **Eine ausdrückliche Nennung der öffentlichen Arbeitgeber in § 84 SGB IX war nicht erforderlich.**
6. **Die Verortung im SGB IX statt im Bundesbeamtengesetz (BBG) entspricht verbreiteter Gesetzestechnik.**
7. **Das BBG enthält in den §§ 42ff. keine Spezialregelung, die dem SGB IX vorgeht. Die Prävention ist dort nicht geregelt.**
8. **§ 84 SGB IX konkretisiert die beamtenrechtliche Fürsorgepflicht (§ 79 BBG).**

II. Personeller Geltungsbereich des SGB IX

1. Begriff des Beschäftigten

Der zweite Teil des **SGB IX gilt für alle** schwerbehinderten oder gleichgestellten Menschen i.S.v. § 2 SGB IX (§ 68 Abs. 1 SGB IX). Schon daraus folgt, dass auch die tariflich beschäftigten **Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst und die Beamten** durch die Regelungen des SGB IX geschützt werden. Deshalb muss auch der Begriff „Beschäftigte in § 84 Abs. 2 SGB IX in dem Sinne verstanden werden, dass der öffentliche Dienst einbezogen ist. Es sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, wieso wegen des über die schwerbehinderten Beschäftigten hinaus erweiterten Personenkreises eine Einschränkung für Beamte gelten sollte. Im Gegenteil spricht die Einbeziehung der Vertretungsgremien Richtern und Staatsanwälten in das Eingliederungsverfahren nach § 84 Abs. 1 SGB IX und in das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX aber auch an vielen anderen Stellen (u.a.: § 72 Abs. 2, 81 Abs. 1, 83) für die Erstreckung auf Beamte; denn die Heranziehung dieser Gremien wäre sinnlos, wenn § 84 SGB IX nicht auch für Richter und Staatsanwälte gelten würde. Eine Unterscheidung zwischen diesen Gruppen und Beamten wäre vollends unverständlich.

Ein weiteres klares Indiz dafür, dass der Begriff „Beschäftigte“ im SGB IX auch Beamte erfasst, ist § 73 SGB IX, der klarstellt, dass Arbeitsplätze im Sinne des Teils II des SGB IX auch die Stellen sind, auf denen Beamte **beschäftigt** werden.

2. Begriff des Arbeitgebers

Der **Begriff des Arbeitgebers ist in § 71 Abs. 1 SGB IX gesetzlich definiert**. Er umfasst danach auch die öffentlich-rechtlichen Arbeitgeber. Diese Definition **gilt auch für § 84 SGB IX**. Damit ist klargestellt, dass § 84 SGB IX auch für die Arbeitgeber des Öffentlichen Dienstes gilt. Die gegenteilige Meinung hätte übrigens zur Konsequenz, dass nicht nur die Beamten ausgeschlossen wären, sondern auch die tariflich beschäftigten Arbeitnehmer des Öffentlichen Dienstes.

Die **öffentlichen Arbeitgeber** sind zwar **an einzelnen Stellen des SGB IX gesondert erwähnt**, nämlich in den §§ 71, 82 und 128. In den §§ 82 und 128 geschieht dies aber nur deshalb, weil **dort zusätzliche Pflichten** für die öffentlichen Arbeitgeber begründet werden⁵. Im Rückschluss wird deutlich, dass die sonstigen Pflichten ohne weiteres auch für öffentlich-rechtliche Arbeitgeber gelten. Die gesonderte Erwähnung in § 71 SGB IX hat damit zu tun, dass die Geltung der für Arbeitgeber aufgestellten Vorschriften auch für die öffentlich-rechtlichen Arbeitgeber klargestellt werden sollte. Zweitens ist diese Fassung darauf zurückzuführen, dass zuvor unterschiedliche Pflichtenätze für Betriebe (6%) und Verwaltungen (10%) bestanden⁶; es bestand ein Bedürfnis klarzustellen, dass der neue Satz einheitlich für alle galt.

3. Dieselben Begriffe sind an anderer Stelle unstreitig

Im Übrigen ist beispielsweise für **§ 81 SGB IX**, der ebenfalls die Begriffe „Arbeitgeber“ und „Beschäftigte“ verwendet, **geklärt**, dass hier auch öffentliche Arbeitgeber bzw. (schwerbehinderte) Beamte erfasst sind⁷. Dies zeigt sich auch dort u.a. daran, dass die öffentlich-rechtlichen Vertretungsgremien einbezogen werden.

III. Schutzgedanke des § 84 SGB IX

Gegen die Geltung des § 84 SGB IX für Beamte wird auch angeführt, dass eine **Gefährdung des Beschäftigungsverhältnisses** bei Beamten nicht in Betracht komme. Das ist aber in mehrfacher Weise unzutreffend. Zum einen gilt dies nicht für die **Probebeamten und Widerrufsbeamten, denn** in diesen Fällen ist eine Entlassung aus dem Dienst wegen gesundheitlicher und anderer Probleme in weitem Umfang möglich (§§ 31/32 BBG). Viel wesentlicher ist aber zu erkennen, dass auch die Zuruhesetzung wegen **Dienstunfähigkeit einen Verlust des Beschäftigungsverhältnisses** darstellt und **das gilt auch für** die verschiedenen Möglichkeiten eines anderweitigen Einsatzes⁸, die **§ 42a BBG** aufzeigt⁹.

⁵ In § 82 geht es um eine zusätzliche Verpflichtung schwerbehinderte Bewerber zu einem Vorstellungsgespräch einzuladen. In § 128 werden öffentliche Arbeitgeber verpflichtet die Vorschriften und Grundsätze für die Besetzung von Beamtenstellen so zu gestalten, dass die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen gefördert wird.

⁶ Großmann in GK-SGB IX §71 Rz. 87

⁷ Vgl. statt vieler Adlhoch in Ernst/Adlhoch/Seel, § 81 Rz. 12, 83 mwN. , u.a. BAG 19.9.1979, AP Nr. 2 zu § 11 SchwbG

⁸ s. z.B. zur Änderungskündigung Brose, Beitrag B 4/2005 in diesem Forum

⁹ § 42a BBG lautet:

- (1) Von der Versetzung des Beamten in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit kann abgesehen werden, wenn der Beamte unter Beibehaltung seines Amtes seine Dienstpflichten noch während mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit erfüllen kann (begrenzte Dienstfähigkeit).

Gefährdungen aus personenbedingten oder dienstlichen Gründen, die in § 84 Abs. 1 SGB IX angesprochen werden, sind ebenfalls nicht ausgeschlossen. Es liegt bei Beamten lediglich die Schwelle regelmäßig etwas höher. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass § 84 Abs.2 SGB IX im Gegensatz zu Abs. 1 gar keine Gefährdung des Arbeitsplatzes voraussetzt. Im Vordergrund steht die Früherkennung und Frühintervention mit dem Ziel, dauerhafte Leistungseinbußen und Leistungsausfälle zu vermeiden.

IV. Einzelheiten des Wortlauts

Gegen die Geltung des § 84 SGB IX für Beamte wird ferner geltend gemacht, dass der **Sprachgebrauch**, insbesondere von Absatz 2, auf die **Privatwirtschaft** zugeschnitten sei. Das ist teilweise richtig. Die Heranziehung der Servicestellen kommt bei Beamten weniger in Betracht. Der übrige Text lässt aber keinen Anhalt erkennen, dass er für Beamte bzw. öffentliche Arbeitgeber nicht gelten soll. Er ist ohne weiteres auf den öffentlichen Dienst übertragbar. Im Gegenteil streiten, wie oben dargelegt, die Begrifflichkeiten und der Verweis auf § 93 SGB IX eindeutig für die Anwendbarkeit auf diesen Personenkreis.

V. Verhältnis zum BBG

Der weitere Einwand, eine Erstreckung des § 84 Abs. 2 SGB IX auf Beamte **hätte im BBG geregelt werden müssen**, weil dort die Fürsorge für Beamte abschließend geregelt sei, **ist ebenfalls unzutreffend**. Die **§§ 42 und 42a BBG** enthalten lediglich Vorschriften über anderweitige Beschäftigung oder Zuruhesetzung bei Dienstunfähigkeit. Sie **enthalten aber keine Regelung der Prävention im Vorfeld der Dienstunfähigkeit**, um die es bei § 84 Abs. 2 SGB IX geht. Im Übrigen ist es keine ungewöhnliche **Gesetzestechnik**, Spezialgesetze durch andere Gesetze, die ein bestimmtes Problem eingehend regeln, zu ergänzen.

Bei § 84 SGB IX handelt es sich nicht um eine Konkurrenznorm zu den §§ 42, 42a BBG sondern um eine weitere Konkretisierung der allgemeinen Fürsorgepflicht (§ 79 BBG).
(These 6)

Zum Schluss übermitteln wir auszugsweise eine Zuschrift aus dem Kreis der Nutzer des Forums:

-
- (2) Die Arbeitszeit des Beamten ist entsprechend der begrenzten Dienstfähigkeit herabzusetzen. Er kann mit seiner Zustimmung auch in einer nicht seinem Amt entsprechenden Tätigkeit eingeschränkt verwendet werden.
 - (3) Von einer eingeschränkten Verwendung des Beamten nach Absatz 2 soll abgesehen werden, wenn ihm nach § 42 Abs. 3 ein anderes Amt oder eine andere Tätigkeit übertragen werden kann.
 - (4) § 42 Abs.1 Satz 3 sowie die §§ 44, 46a und 47 gelten entsprechend. § 65 Abs. 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, dass von der regelmäßigen Arbeitszeit des Beamten unter Berücksichtigung der verminderten Arbeitszeit nach Absatz 2 auszugehen ist.

§ 42 Abs.3 regelt die Voraussetzungen unter denen von der Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit abgesehen werden soll, weil ein anderes Amt derselben oder einer anderen Laufbahn zur Verfügung steht.

Herr Dr. rer. nat. Michael Karpf schreibt uns zu der These von Steiner, § 84 Abs. 2 SGB IX gelte nicht für Beamtenverhältnisse (PersV 2006, 422, 427):

„...Der Feststellung des Autors (Steiner, Anm. d. Red.) widerspreche ich ausdrücklich. Er hat § 84 Abs. 2 SGB IX isoliert betrachtet, ohne weitere Regelungsinhalte von Teil II SGB IX zu beachten...“

Der Begriff Arbeitgeber im Sinne des SGB IX erschließt sich aus dem Klammerzusatz in § 71 Abs. 1 Satz 1: Unter der Bezeichnung „Arbeitgeber“ werden private und öffentliche Arbeitgeber zusammengefasst. Der nachfolgende Abs. 3 konkretisiert, dass als öffentliche Arbeitgeber im Sinne des zweiten Teils des SGB IX unter anderem auch oberste Bundes- und Landesbehörden mit ihren nachgeordneten Dienststellen gelten.

Erklärtes Ziel von § 84 Abs. 2 SGB IX ist, den Arbeitsplatz zu erhalten. Die Legaldefinition des Begriffs „Arbeitsplatz“ ergibt sich aus § 73 Abs. 1 SGB IX: „Arbeitsplätze in Sinne des Teils 2 sind alle Stellen auf denen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, Beamte und Beamtinnen, Richter und Richterinnen sowie Auszubildende und andere zu ihrer beruflichen Bildung Eingestellte beschäftigt werden“. In diesem Satz wird das Prädikat „beschäftigt“ verwendet. Menschen, die beschäftigt werden, werden nach allgemeinem Terminus „Beschäftigte“ genannt. Zu den Beschäftigten zählen deshalb neben Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen auch Beamte und Beamtinnen.

... Da Teil 2 SGB IX für alle schwerbehinderten Menschen gilt, ist zumindest die Diskussion, ob § 84 Abs. 2 SGB IX auch schwerbehinderte Beamtinnen und Beamte erfasst, überflüssig.

<p>Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.</p>
--

Das betriebliche Eingliederungsmanagement – Der Weg in eine gesunde Zukunft

Allgemeines

Gutes Betriebsklima, zufriedene Beschäftigte, ein niedriger Krankenstand und kaum Beschwerden – mit solchen positiven Nachrichten möchte jeder Betrieb gerne auf sich aufmerksam machen. Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten werden aufgrund hoher Leistungsanforderungen und schwierig werdender Rahmenbedingungen dabei immer bedeutender.

Auch das MASGF soll ein Arbeitsort sein, an dem sich die Beschäftigten gesundheitlich wohlfühlen, zufrieden sind und gute Leistungen erbringen können. Natürlich liegt es auch im ureigensten Interesse aller Beschäftigten, den gestiegenen Anforderungen des Arbeitslebens gewachsen zu sein und bis ins Alter gesund und einsatzfähig zu bleiben. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist die betriebliche Gesundheitsförderung.

Betriebliches Eingliederungsmanagement – ein wichtiger Baustein der Gesundheitsförderung!

Betriebliches Eingliederungsmanagement – Was ist das?

Ziel des betrieblichen Eingliederungsmanagements ist es, die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten, möglichst frühzeitig eine bestehende Arbeitsunfähigkeit zu überwinden bzw. einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen, um so langfristig den Arbeitsplatz zu erhalten.

Im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements sollen Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen daher entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten geboten werden. Gemeinsam mit den betroffenen Beschäftigten wird nach Möglichkeiten gesucht, wie die Arbeitsunfähigkeit überwunden bzw. mit welchen Mitteln oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann, damit sie schneller gesund werden und möglichst frühzeitig wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren können.

Mögliche finanzielle Einbußen, vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, Arbeitslosigkeit oder ein erschwerter Arbeitsstart aufgrund langer krankheitsbedingter Abwesenheit werden vermieden oder verringert. Zudem können etwaige die Gesundheit beeinträchtigende Bedingungen am Arbeitsplatz erkannt und abgebaut werden, was auf Dauer die Gesundheit schützt, die Lebensqualität verbessert sowie die Leistungsfähigkeit und Arbeitsmotivation erhöht.

Betriebliches Eingliederungsmanagement – Wann kommt es zur Anwendung?

Das betriebliche Eingliederungsmanagement ist ein Angebot an alle Beschäftigten und richtet sich nicht nur an schwer behinderte oder gleichgestellte Beschäftigte. Es ist in allen Fällen durchzuführen, in denen Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind.

Betriebliches Eingliederungsmanagement – Wer ist in der Pflicht?

Das betriebliche Eingliederungsmanagement ist eine Aufgabe des Arbeitgebers. Seit dem 1. Mai 2004 sind alle Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet, ein betriebliches Eingliederungsmanagement für Beschäftigte mit längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten durchzuführen, unabhängig von Betriebsgröße oder Branchenzugehörigkeit. Die Durchführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements können Arbeitgeber

(innerbetrieblich) einem so genannten Integrationsteam übertragen. Dies ist jedoch nicht zwingend erforderlich.

Betriebliches Eingliederungsmanagement – Wie funktioniert es?

Im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagement setzt sich ein Mitglied des Integrationsteams als zentrale Ansprechpartnerin bzw. zentraler Ansprechpartner mit den Beschäftigten in Verbindung, die innerhalb eines Jahres länger als 6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind. Es geht hierbei darum, über das betriebliche Eingliederungsmanagement zu informieren, das Interesse an der Gesundheit des Beschäftigten und der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu vermitteln sowie Hilfen und Unterstützungsleistungen aufzuzeigen.

Stimmen die betroffenen Beschäftigten der Durchführung des betrieblichen Eingliederungsmanagement zu, wird gemeinsam überlegt, was konkret getan werden kann, um die Arbeitsunfähigkeit der betroffenen Beschäftigten zu überwinden bzw. seine Arbeitsfähigkeit zu erhalten und welche Institutionen diesen Prozess unterstützen können. Anschließend werden die notwendigen Schritte besprochen und das Integrationsteam hat dann die Aufgabe, die benötigten Hilfen und Unterstützungsleistungen einzuleiten, zu organisieren und zu koordinieren. Dies können inner- oder außerbetriebliche Maßnahmen sein, z.B.

- Ergonomische Umgestaltung des Arbeitsplatzes,
- Stufenweise Wiedereingliederung in den Betrieb,
- Außerbetriebliche Unterstützungsmaßnahmen durch die Integrationsämter, die Rentenversicherung oder die Agentur für Arbeit (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wie etwa berufliche Qualifizierungsmaßnahmen, Leistungen zur Rehabilitation oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben, die beim zuständigen Leistungsträger beantragt werden müssen).

Wichtig ist es, die Beschäftigten in der Umsetzungsphase zu begleiten und sie bei Schwierigkeiten zu unterstützen und nicht zu überfordern sowie gegebenenfalls auch korrigierend einzugreifen. Nach Abschluss der Maßnahmen und einer gelungenen Wiedereingliederung wird ein Rückkehrgespräch geführt, bei dem das Ergebnis sowie die Zufriedenheit und Bewertung des betrieblichen Eingliederungsmanagement besprochen werden sollen.

Betriebliches Eingliederungsmanagement – Pflicht- oder freiwillige Teilnahme?

Die Teilnahme am betrieblichen Eingliederungsmanagement ist freiwillig. Das betriebliche Eingliederungsmanagement und alle sich daraus ergebenden Maßnahmen können nur eingeleitet werden, wenn betroffene Beschäftigte einverstanden sind. Es liegt auf der Hand, dass alle Maßnahmen und Schritte nur erfolgreich sein können, wenn und solange sie von den betroffenen Beschäftigten mitgetragen und mitgegangen werden. Insoweit sollen die Beschäftigten auch die Sicherheit haben, dass ihnen keine beruflichen Nachteile oder personalrechtliche Konsequenzen entstehen, wenn sie am Wiedereingliederungsverfahren nicht teilnehmen oder dieses vorzeitig abbrechen. Sollte das Angebot des betrieblichen Eingliederungsmanagements zu früh kommen oder gekommen sein, kann es selbstverständlich auch zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch genommen bzw. fortgesetzt werden.

Betriebliches Eingliederungsmanagement – Wer ist im Integrationsteam?

Das Integrationsteam besteht in der Regel aus Vertreterinnen und Vertreter des Arbeitgebers, des Personalrates sowie der Schwerbehindertenvertretung. Zur Unterstützung können weitere kompetente interne und externe Partner, wie der betriebsärztliche Dienst, Rehabilitationsträger und das Integrationsamt, einbezogen werden.

Betriebliches Eingliederungsmanagement – Was ist mit dem Datenschutz?

Ein wirksamer Datenschutz und ein sorgfältiger Umgang mit persönlichen Daten von betroffenen Beschäftigten ist eine Grundvoraussetzung für das betriebliche Eingliederungsmanagement. Dem Datenschutz und sorgfältigen Umgang mit persönlichen Daten kommt eine besondere Bedeutung zu, weil das Gelingen oder Scheitern der Wiedereingliederung wesentlich vom Vertrauen der Beschäftigten in das betriebliche Eingliederungsmanagement abhängt.

Das „Klären des Hilfebedarfes“ im betrieblichen Eingliederungsmanagement bedeutet nicht, dass der Arbeitgeber die Diagnose der Erkrankung ermitteln soll. Betroffene Beschäftigte sind nicht verpflichtet, Auskunft über die Diagnose ihrer Erkrankung oder diesbezügliche ärztliche Aussagen bzw. Unterlagen zu erteilen. Für das Betriebliche Eingliederungsmanagement ist es jedoch hilfreich, gesundheitliche Beeinträchtigungen von Beschäftigten zu kennen, um eine Aussage darüber treffen zu können, ob es Einschränkungen im Einzelfall bei den Einsatzmöglichkeiten von Beschäftigten gibt, die geplanten Maßnahmen das Krankheitsgeschehen positiv beeinflussen können oder bestimmte Arbeitsbedingungen im Haus ursächlich für Erkrankungen von Beschäftigten sind.

Persönliche Daten sowie Inhalte der geführten Gespräche werden absolut vertraulich behandelt. Sie dürfen im Rahmen der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen nur mit ausdrücklicher Zustimmung der betroffenen Beschäftigten an Dritte weitergegeben werden. Alle schriftlichen Aufzeichnungen und sonstigen Unterlagen, die im Zusammenhang mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement von Beschäftigten anfallen, werden vertraulich aufbewahrt. Sie werden in einem gesonderten Vorgang in der zuständigen Personalstelle verwahrt. Sie unterliegen nicht der allgemeinen Akteneinsicht. Einsicht in die Unterlagen haben alle am Verfahren beteiligten Stellen und Personen. Kopien der vorhandenen Unterlagen dürfen nicht gefertigt werden. Spätestens zwei Jahre nach Abschluss des Verfahrens sind alle Unterlagen zu vernichten.

Zurück ins Berufsleben - Neue Aufgabe für die Prävention

Keiner rechnet damit, aber es trifft viele von uns, jeden Tag: Ein Unfall zerstört die Hand, der Arzt stellt die Diagnose Krebs oder psychische Probleme stören die Lebensplanung. Damit die Beschäftigungsfähigkeit erhalten bleibt oder wiedererlangt werden kann, braucht es professionelle und individuelle Hilfe.

Diesen Ansatz verfolgt das Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitationsrecht) mit dem § 84 Absatz 2 zur betrieblichen Prävention, der zum 1. Mai 2004 in Kraft trat. Mit den im Sozialgesetzbuch festgeschriebenen neuen Klärungspflichten der Arbeitgeber zur betrieblichen Prävention wird der Leitfaden der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) zum Disability Management aus dem Jahre 2001 in nationales Recht umgesetzt. Die Pflicht zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit von Beschäftigten beugt Arbeitslosigkeit und Schwerbehinderung vor, reduziert Frühverrentungen und erspart Leistungen der Rehabilitationsträger, wirkt sich aber auch auf das Kündigungsrecht aus. Es ist absehbar, dass das „betriebliche Eingliederungsmanagement“ eine arbeitsrechtliche Voraussetzung von krankheitsbedingten Kündigungen oder bei Kündigung

gen von Schwerbehinderten wird. Erste Gerichtsentscheidungen gibt es bereits. Viele Personalverantwortliche werden dadurch jetzt erst auf die neue Rechtsvorschrift im zweiten Teil des SGB IX aufmerksam, die das Schwerbehindertenrecht regelt und die mit „betrieblicher Prävention“ überschrieben ist.

Erweiterter Präventionsauftrag

Betriebliches Eingliederungsmanagement geht über den Gesundheits- und Arbeitsschutz (Primärprävention) und die betriebliche Gesundheitsförderung (Sekundärprävention) hinaus. Die im Arbeitsschutzgesetz geregelten Pflichten der Arbeitgeber umfassen keine konkrete Ermittlung und Betreuung einzelner Beschäftigter, die unter einer Erkrankung von längerer Dauer leiden. Diese Aufgabe war bisher allein den Trägern der Sozialversicherung zugewiesen. Die 84er-Pflicht der Arbeitgeber bezieht sich auf Verletzungen oder Krankheiten jeglicher Ursache – gleichgültig ob die Ursache im Beruf oder im Privatleben liegt. Die Arbeitgeber müssen also mehr tun als früher, damit kranke Beschäftigte ihre Leistungsfähigkeit wiedererlangen. Damit wird der demographischen Entwicklung Rechnung getragen, wonach künftig die immer älter werdende Bevölkerung fit fürs Arbeitsleben bleiben muss. Der deutsche Gesetzgeber greift damit die Strategie der Europäischen Union zur „Employability“ auf, wonach die Beschäftigungsfähigkeit erhalten bleiben soll.

Ein Jahr nach der Gesetzesänderung konzentriert man sich immer noch auf die Behebung des Informationsdefizits. Das hat sich bei der Auftakt-

Von **Dr. jur. Friedrich Mehrhoff**. Der Autor leitet den Stabsbereich für Rehabilitationsstrategien und -grundsätze im Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG).



Friedrich.Mehrhoff
@hvbg.de

Sozialgesetzbuch IX § 84 Absatz 2

„Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwer behinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement). Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwer behinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 erbracht werden. Die zuständige Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwer behinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.“

veranstaltung der JOB-Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung gezeigt.

Besonders Klein- und Mittelbetriebe, die vom Anwendungsbereich des § 84 Abs. 2 SGB IX ebenso erfasst sind, kennen die neuen Pflichten vielfach noch nicht. Erst allmählich befassen sich Betriebe, Versicherer und Wissenschaft mit den Inhalten eines betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Paradigmenwechsel in der sozialen Sicherung

Wird ein Beschäftigter längerfristig krank, so wechselt er von der betrieblichen Welt in eine Welt der Medizin und Rehabilitation, die überwiegend von gesetzlichen Versicherern gemanagt wird (Sachleistungsprinzip). An dieser Leistungsverantwortung der sozialen Versicherer (Kranken-, Unfall-, Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit) ändert der § 84 Abs. 2 SGB IX zwar nichts. Aber es kommen die Arbeitgeber und die Betriebe als Akteure zur Früherkennung und Verantwortliche für die Gesundheit kranker Beschäftigter dazu. Die vorhandenen Frühwarnsysteme und die Methoden zum Case-Management werden sich künftig noch mehr als bisher auf die betrieblichen Belange und deren Akteure einstellen. Das bedarf innovativer Modelle und integrativer Angebote in der sozialen Sicherung, die das Potential der Arbeitgeber einerseits nutzen und andererseits vorhandene Erfahrungen und Ressourcen in Betrieben nutzbar machen. Für die sozialen Versicherer bedeutet das noch mehr Kooperation im Sinne von Leistungen „aus einer Hand“ gegenüber den Betrieben. Egal ob diese Aufgabe die gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation übernehmen oder andere regionale oder gewerbespezifische Angebote entwickelt werden – arbeitsplatzbezogene Dienstleistungen werden durch das betriebliche Eingliederungsmanagement allemal gefördert.

Rehabilitationsstrategien als Teil der Prävention

Rehabilitation und Prävention gehören zusammen wie zwei Seiten einer Medaille: Beide vermeiden die Nachteile von Krankheiten. Von beiden Aktionsradien profitieren alle Beteiligten der sozialen Sicherung. Das betriebliche Eingliederungsmanagement kann als Katalysator dienen, um die oft nebeneinander agierenden Akteure zu vernetzen. Ein Blick in die Zuständigkeit der Ministerien (BMGS/BMWA) oder in das gegliederte deutsche Sozialversicherungssystem (Kranken- und Renten-

versicherung) liefert prominente Beispiele. Sogar in der gesetzlichen Unfallversicherung, in der Prävention und Rehabilitation sowie alle Leistungen bis zur Rente aus einer Hand gewährt werden, bedarf es stets großer Anstrengungen, damit verschiedene Abteilungen und Fachleute miteinander kooperieren. Die erweiterte Dimension der betrieblichen Prävention verspricht Fortschritte im vernetzten Denken und Handeln. So wird das betriebliche Eingliederungsmanagement als Querschnittsaufgabe aller Aktivitäten im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) bewertet und Case-Management in der gesetzlichen Unfallversicherung zu einem Disability Management im Sinne von betriebsnahen Angeboten mit dem Ziel „Return to Work“. Reflexwirkungen entstehen bei Dienstleistern in der sozialen Sicherung. So kümmern sich Arbeitsmediziner zunehmend um ein betriebliches Eingliederungsmanagement und damit um Rehabilitationselemente im Sinne der beruflichen Teilhabe. Forschungsinstitute widmen sich der Qualität in Prävention und Rehabilitation. Berufsförderungswerke, die bisher Umschulungen auf Kosten der Sozialversicherer durchgeführt haben, nutzen nun ihre Kontakte zu den Betrieben, um sie in Fragen der betrieblichen Prävention zu beraten. Insgesamt entwickeln sich im Umfeld des betrieblichen Eingliederungsmanagements neue Dienstleistungen für Akteure einerseits in der Prävention und andererseits in der Rehabilitation – jeweils mit direktem Arbeitsplatzbezug.

Profitieren statt verrechtlichen

Die neue Rechtspflicht der Arbeitgeber sollte als Chance genutzt werden, um gleichermaßen wirtschaftlich und sozial zu handeln. Denn unabhängig von der gesetzlichen Pflicht profitieren Arbeitgeber davon, Fehlzeiten zu reduzieren, Entgeltfortzahlungen zu sparen, Beiträge für Sozialversicherungen zu senken und das Image eines gesunden Unternehmens zu erhöhen. Kleinbetriebe geraten zudem schnell an die Existenzgrenze, wenn spezialisierte Mitarbeiter plötzlich länger ausfallen. Der § 84 Abs. 2 SGB IX sollte also nicht nur als gesetzliche Last, sondern langfristig als betriebs- und volkswirtschaftliche Herausforderung aufgefasst werden. Angebote im und für den Betrieb, die erfolgreiches Eingliederungsmanagement ermöglichen, müssen den Vorzug vor bürokratischen Hürden erhalten. Arbeitsgerichte und Integrationsämter, die künftig die Anforderungen für ein betriebliches Eingliederungsmanagement als Voraussetzung für eine Kündigung rechtlich bewerten müssen, sollten nach Betriebsgröße differenzieren. Das gilt aber auch für Rehabilitations-

Internet

www.Jobs-ohne-barrieren.de/
www.dvfr.de
www.disability-manager.de
www.arge-bfw.de
www.bar-frankfurt.de
www.fleischerei-bg.de

träger, die gemäß § 84 Abs. 3 SGB IX den Arbeitgebern Prämien und Beitragsnachlässe gewähren können. Einige Modelle werden bereits erprobt. Das Potential und die Kreativität der Betriebe wird unterstützt von den oben genannten zahlreichen Initiativen der Dienstleister in der sozialen Sicherung.

Mit den Beschäftigten rechnen

Ohne Vertrauen und Unterstützung der Beschäftigten sowie weiterer betrieblicher Akteure, die alle in § 84 Abs. 2 SGB IX aufgezählt sind, können Arbeitgeber nicht erfolgreich sein. Differenziert nach Betriebsgrößen bedarf es bereits bei der Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements vertrauensbildender Maßnahmen. Denn der Umgang mit Schwerverletzten und Erkrankten sowie mit sensiblen Daten verlangt eine gemeinsame Überzeugung der Sozialpartner im Betrieb und ist mit der Einführung einer Gymnastik in der Mittagspause oder einer Raucherentwöhnung nicht zu vergleichen. In einer Integrationsvereinbarung können Details für den transparenten Umgang miteinander im Betrieb verabredet werden. Es kommt wesentlich darauf an, wie kranke Mitarbeiter angesprochen werden. Dies fängt mit einem geeigneten Anschreiben an und hört nicht zuletzt mit der Schulung von Vorgesetzten auf. Auch die Betriebsärzte und arbeitsmedizinischen Dienste spielen, je nach den individuellen Besonderheiten der Betriebe, eine wichtige Rolle für ein erfolgreiches betriebliches Eingliederungsmanagement.

Betriebsräten gewährt der § 84 Abs. 2 SGB IX nicht nur ein rechtliches Druckmittel bei der Einführung der neuen Rechtspflicht, sondern eine Mitverantwortung für die Vermeidung von Folgen einer Langzeitarbeitslosigkeit. Für den Fall, dass sich der Betriebsrat einem betrieblichen Eingliederungsmanagement widersetzt, stehen dem Arbeitgeber die bekannten Rechtsmittel des Arbeitsrechts zur Verfügung. Die Schwerbehindertenvertretungen spielen nicht nur eine wichtige Rolle bei der betrieblichen Eingliederung von anerkannten Schwerbehinderten. Der § 84 Abs. 2 SGB IX i.V.m. §§ 2, 3 SGB IX liefern die rechtlichen Argumente, um auch die von Schwerbehinderungen bedrohten Beschäftigten frühzeitig zu erkennen und sie bereits im Betrieb zu unterstützen. Künftig werden noch mehr als bisher reine Rechtsvertre-

ter, die nur den arbeitsrechtlichen Bestandschutz der Mitarbeiter im Blickfeld haben, weniger die eigentlichen Interessen der Beschäftigten vertreten und damit weit weniger gefragt sein als Case-Manager, die sich auch der Gesundheit und der umfassenden Erhaltung der Arbeitskraft der Beschäftigten widmen.

Internationale Herausforderung: Disability Management

Return-to-Work-Strategien geraten weltweit und zunehmend in das Blickfeld von Politikern, Regierungen, Betrieben, Versicherern und Dienstleistern in der sozialen Sicherung. Die Grundlage bildet der oben genannte Leitfaden zum Disability Management der ILO, den die Sozialpartner empfohlen haben. Einige Länder der Welt widmen sich der Führungsaufgabe, Qualitätskriterien der neuen Dienstleistung „betriebliches Eingliederungsmanagement“, also Disability Management zu definieren, weiter zu entwickeln und zu verbreiten. Disability Management in Deutschland ist also ein integriertes Gesundheitsmanagement und dient konkret der Erhaltung der Leistungsfähigkeit von Menschen, die im Arbeitsleben stehen, sowie der Vermeidung von Arbeitslosigkeit und Frühverrentungen.

Da sich die deutschen gewerblichen Berufsgenossenschaften bereits seit Jahrzehnten mit ihren Berufshelfern der Qualität von „Return to Work“ widmen, hat deren Hauptverband (HVBG) in Sankt Augustin ein Bildungsprogramm und die Zertifizierungsrechte aus Kanada erworben, mit dem den Disability-Managern neun wesentliche Kompetenzen vermittelt werden. Seit dem Jahre 2004 wurden in Deutschland bereits über 230 Zertifikate zum „Certified Disability Management Professional“ (CDMP) ausgehändigt. Um erfolgreiche Dienstleistungen zu sichern, hat der HVBG neben einem eigenen Weiterbildungsangebot einen Bildungsverbund initiiert, um ein gemeinsames Gütesiegel zu etablieren und die bisherigen Bildungsprogramme der einzelnen Sozialversicherungsträger möglichst miteinander zu vernetzen. Neben dem Bundesverband der Unfallkassen gehören dem Bildungsverbund derzeit die Arbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke und die Innungskrankenkasse Schleswig-Holstein an. ■

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Handlungsempfehlungen zum
**Betrieblichen
Eingliederungsmanagement**



Vorwort: „Blick hinter die Kulissen“	3
1 Auf einen Blick	5
Betriebliches Eingliederungsmanagement – Ziele und Nutzen	5
Betriebliches Eingliederungsmanagement nach „Schema F“?	5
· Betriebliches Eingliederungsmanagement – individuell und dynamisch	5
· Dialog und Konsens	6
· Aus den Erfahrungen lernen	6
2 Grundlagen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements	7
Gesundheitsförderung als Betriebskultur	7
Die gesetzliche Regelung des § 84 Abs. 2 SGB IX im Überblick	8
· Ziel des Betrieblichen Eingliederungsmanagements	8
· Beteiligte Personen und Stellen	8
BEM – letztlich ein Gewinn für alle Beteiligten im Betrieb/in der Dienststelle	10
· Aus der Sicht der Arbeitgeber	10
· Aus der Sicht der Beschäftigten	11
· Aus der Sicht der Schwerbehindertenvertretung, der Betriebs- und Personalräte ...	12
Häufig gestellte Fragen	13
· Anwendungsbereich des § 84 Abs. 2 SGB IX	13
· Beteiligung der betroffenen Person	15
· Folgen eines fehlenden BEM für den Arbeitgeber	16
· Umsetzung des BEM	17
Hinweise zur Handhabung des Datenschutzes	20
· Grundsätzliches	20
· Umgang mit Daten im BEM	21
3 Betriebliches Eingliederungsmanagement im Einzelfall	25
Aufgaben und Rollen der Beteiligten im Einzelfall	25
Die Prozesskette	26
· Der Verfahrensablauf im Überblick	26
· Die Schritte im Betrieblichen Eingliederungsmanagement	27
4 Einzelfallübergreifender systematischer Ansatz des BEM	35
5 Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements	37
Organisation der Einführung als Projekt	37
Phasen der Einführung	37
· Überzeugungsarbeit, Aufklärung, Sammlung von Informationen	37
· Auftragsklärung für die Einführung	38

Impressum

Herausgeber:

Landschaftsverband
Rheinland
–Integrationsamt–
50663 Köln
Tel. 02 21/8 09-0

Landschaftsverband
Westfalen-Lippe
–Integrationsamt–
48133 Münster
Tel. 02 51/5 91-01

Autoren:

Ulrich Adlhoch
Karin Fankhaenel
Johannes Magin
Dr. Helga Seel
Birgit Westers
Gerhard Zorn

Layout:

Grafisches Atelier im
Landwirtschaftsverlag GmbH,
48084 Münster

Druck:

LV Druck im Landwirtschafts-
verlag GmbH, 48084 Münster

- Projektorganisation 38
- Projektstart und Beginn der operativen Arbeit 38
- Erste Zwischenbilanz 38
- Abschluss des Projekts und Überführung in die betriebliche Praxis 38
- Möglichkeit und Bedeutung externer Hilfen** 38
- Mögliche Stolpersteine und wie man sie vermeidet** 39
- Leistungen der Integrationsämter** 40

6 Praxisteil 41

- Materialien zur Prozesskette** 41
- Fragen zur Vorbereitung des Erstkontaktes / Erstgesprächs 41
- Hinweise für den Arbeitgeber zum Erstkontakt 41
- Gesprächsleitfaden für das Erstgespräch 42
- Vereinbarung über den Schutz persönlicher Daten im Rahmen von
Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements 45
- Datenblatt für das Betriebliche Eingliederungsmanagement 46
- Maßnahmen-Blatt Betriebliches Eingliederungsmanagement 47
- Checkliste zur Vorbereitung einer Fallbesprechung 48
- Organisation und Protokoll Arbeitsversuch 49
- Hinweise zur Gestaltung einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung zum BEM** 50
- Vorschlag für eine Präsentation vor der Geschäftsleitung** 51

Abkürzungsverzeichnis 54

Blick hinter die Kulissen

„BEM“ ist zunächst eine Aufgabe des Arbeitgebers und gilt für alle Beschäftigten. Er ist verpflichtet, im Einzelfall alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um die Arbeitsunfähigkeit seines Mitarbeiters oder seiner Mitarbeiterin zu beenden, weiterer Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten. Damit dies gelingt, braucht der Arbeitgeber „Mitspieler“. Das ist in erster Linie der oder die Betroffene selbst, denn nur mit dessen/deren Zustimmung können in Frage kommende Maßnahmen umgesetzt werden. Das sind aber auch weitere Akteure im Betrieb oder der Dienststelle, nämlich der Betriebs- oder Personalrat, und, wenn es sich um schwerbehinderte oder gleichgestellte Beschäftigte handelt, die Schwerbehindertenvertretung.


Auch von außen kommt Unterstützung: Partner außerhalb des Betriebes/der Dienststelle sind die Rehabilitationsträger und bei schwerbehinderten Menschen die Integrationsämter. Diese externen Stellen sollen die Beteiligten im Betrieb bei der Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements unterstützen, zum einen durch Leistungen, die im Einzelfall erforderlich sind, zum anderen aber auch bei der generellen Einführung des „Betrieblichen Eingliederungsmanagements“ im Betrieb oder der Dienststelle.

Neben Unsicherheiten und auch Widerständen gegen die neue Vorschrift wird immer wieder die Frage gestellt: „Betriebliches Eingliederungsmanagement – wie sollen wir das denn bei uns überhaupt umsetzen?“

Wir – das Integrationsamt des Landschaftsverbandes Rheinland in Köln und das Integrationsamt des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Münster – haben uns zum Ziel gesetzt, Betriebe und Dienststellen bei der Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements zu unterstützen. Ausgehend von der Maßgabe, dass es nicht für alle Betriebe und Dienststellen ein einheitliches Vorgehen geben kann, haben wir uns vorgenommen, „Handlungsempfehlungen“ zu erarbeiten.

Nun sind Handlungsempfehlungen nur so gut, wie sie für die Umsetzung in der betrieblichen Praxis taugen. Aus diesem Grund haben wir uns Unterstützung aus den Betrieben und Dienststellen geholt und uns extern beraten lassen. Die Erarbeitung der Grundlagen für Handlungsempfehlungen sollte im Dialog mit denjenigen, die sie letzten Endes in ihrem Betrieb/in ihrer Dienststelle anwenden sollen, erfolgen. Dies geschah in zwei Workshops: In einem Workshop beim Integrationsamt in Münster mit Schwerbehindertenvertretungen und in einem Workshop beim Integrationsamt in Köln mit Arbeitgebervertretern. Bei der Zusammensetzung der Workshops war eine Mischung aus Vertretern der privaten Wirtschaft und des öffentlichen Dienstes wie auch aus großen und kleinen Betrieben/Dienststellen gegeben. Wir bedanken uns bei allen ganz herzlich für die konstruktive Mitwirkung.

Weitere Unterstützung haben wir uns von Herrn Johannes Magin geholt, der die Workshops moderiert hat und als Unternehmensberater fundierte Erfahrungen bei der Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements einbringen konnte.



Grundlage der Handlungsempfehlungen ist das dialogische Grundprinzip

Die „Handlungsempfehlungen“, die wir Ihnen hier vorstellen, beinhalten in ihrem ersten Teil Ausführungen zur Vorschrift und Vorschläge zu ihrer Umsetzung. Wir beleuchten die Vorschrift aus verschiedenen Perspektiven, gehen auf die uns immer wieder gestellten Auslegungsfragen ein und schlagen für die Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements eine Prozesskette vor, die die Akteure bei der praktischen Arbeit unterstützen soll. Wichtig ist, dass dies keine starr einzuhaltende Schrittfolge sein soll, sondern ein Leitfaden, der flexibel anzuwenden ist.

Im zweiten Teil, dem Praxisteil, bieten wir einzelne Handlungshilfen wie zum Beispiel Checklisten oder Gesprächsleitfäden an, die für das Betriebliche Eingliederungsmanagement im Einzelfall wie auch für ein standardisiertes Verfahren hilfreich sein sollen.

Da der Erfolg des Betrieblichen Eingliederungsmanagement sehr von seiner Einführung im Betrieb bzw. in der Dienststelle abhängt, finden Sie in diesem Praxisteil dazu auch eine Vorlage für eine PowerPoint-Präsentation.

Wir hoffen sehr, dass es uns gelingt, die Akteure bei der konkreten Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements zu unterstützen und so dazu beizutragen, dass die Vorschrift in den Betrieben und Dienststellen eine positive Wirkung entfaltet.

Köln, Münster im November 2005

Ulrich Adlhoch
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
– Integrationsamt –

Dr. Helga Seel
Landschaftsverband Rheinland
– Integrationsamt –

Betriebliches Eingliederungsmanagement – Ziele und Nutzen

Mit den Regelungen rund um die „Prävention“ überträgt der Gesetzgeber einen Teil der Verantwortung für die Gesundheit der Beschäftigten dem Betrieb bzw. der Dienststelle. Auf den Einzelfall angewendet soll das Betriebliche Eingliederungsmanagement helfen, die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen, den Arbeitsplatz zu erhalten. Die Idee des Betrieblichen Eingliederungsmanagements geht aber weiter: es geht auch darum, eine Systematik für die Vorgehensweise zu entwickeln, die transparent ist und alle Beteiligten bei der Umsetzung im Einzelfall unterstützt. So trägt das BEM letztlich dazu bei, die Gesundheit der Belegschaft zu schützen, zu erhalten oder schnellstmöglich wiederherzustellen.

Dafür muss man sich zunächst einmal vor Augen führen, wie viele Stunden des Tages die Beschäftigten an ihrem Arbeitsplatz verbringen, und dass sie hier ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten einsetzen. Von daher ist es fast zwingend, Fragen der Gesundheit nicht allein dem privaten Bereich zu überlassen.

Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit, Motivation, Zufriedenheit der Belegschaft sind Zielgrößen des Eingliederungsmanagements. Betrieben und Dienststellen, die darauf ein besonderes Augenmerk legen, kommen die positiven Auswirkungen wiederum zugute. Gesunde und zufriedene Arbeitnehmer/innen sind motivierter und leistungsfähiger und haben weniger Fehlzeiten. Rein betriebswirtschaftlich gesehen kosten Zeiten der Arbeitsunfähigkeit den Arbeitgeber Geld – eine Senkung der Fehlzeiten ist in seinem eigenen Interesse.

Betriebliches Eingliederungsmanagement nach „Schema F“?

Nein eben nicht. Ein für alle Arbeitgeber vorgeschriebenes Konzept, ein fertiges Schema zum Abarbeiten gibt es nicht. Gerade der Zusatz „betrieblich“ drückt aus, dass es um ein möglichst betriebsbezogenes Vorgehen geht. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement wird in einem Großkonzern anders aussehen als in einem mittelständischen Betrieb und in einem kleinen Handwerksbetrieb noch einmal anders. Wo im Großbetrieb zum Beispiel die Einsetzung eines regelmäßigen „Runden Tisches“ sinnvoll ist, besteht in einem kleinen Betrieb dafür keine Notwendigkeit, wenn die Lösungsfindung im Einzelfall auf „dem kleinen Dienstweg“ zu erreichen ist. Wichtig ist, dass eine auf die Gegebenheiten des Betriebes/der Dienststelle abgestimmte Vorgehensweise entwickelt wird, die in jedem Einzelfall Anwendung findet, und dass dieses Vorgehen bekannt und transparent gemacht wird.

Betriebliches Eingliederungsmanagement – individuell und dynamisch

Betriebliches Eingliederungsmanagement ist also immer ein individuelles Verfahren, das genau so viele Prozessschritte umfasst, wie erforderlich sind, um im Einzelfall die Ziele zu erreichen. Das heißt, mal reichen wenige Schritte mit wenigen Akteuren aus, mal ist der Prozess aufwändiger und erfordert die Hinzuziehung mehrerer betrieblicher und außerbetrieblicher Akteure. Entscheidend ist in erster Linie das Ergebnis.

In diesem Kapitel:

- Betriebliches Eingliederungsmanagement – Ziele und Nutzen
- Betriebliches Eingliederungsmanagement nach „Schema F“?

Als System betrachtet ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement ein dynamisches Instrument. Wichtig ist, mit dem Instrument auch tatsächlich zu arbeiten; das heißt Erfahrungen sammeln und es aufgrund der Erfahrungen kontinuierlich weiterentwickeln. Ein bis ins letzte Detail ausgereiftes Konzept nützt niemandem, wenn es nicht gelebt wird. Für den Anfang ist es sicher besser, mit weniger Regelungen auszukommen und zu starten, als so lange am Konzept zu feilen, dass es für die Praxis zu kompliziert ist, eher abschreckt als hilfreich ist – und in der Schublade landet.

Dialog und Konsens

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement setzt auf Dialog und Konsens. Die beiden „Herren des Verfahrens“ sind der Arbeitgeber und der betroffene Arbeitnehmer oder die betroffene Arbeitnehmerin. Zwar verpflichtet die Vorschrift den Arbeitgeber zum Handeln, wenn die Voraussetzungen gegeben sind. Die Vorschrift sagt aber auch, dass für alles, was dann an Hilfemaßnahmen erfolgt, die Zustimmung des/der Betroffenen erforderlich ist. Das heißt, ohne seine/ihre Mitwirkung werden zum einen keine Schritte eingeleitet, zum anderen werden die einzuleitenden Maßnahmen im Dialog entwickelt.

Das Dialog- und Konsensprinzip gilt schließlich auch für die Mitwirkung der weiteren internen und externen Akteure. Sie sollen mit ihrem Sachverstand den Arbeitgeber und den Betroffenen/ die Betroffene beraten und unterstützen.

Aus den Erfahrungen lernen

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement geht vom Einzelfall aus. Die Umsetzung der Vorschrift soll aber nicht beim jeweiligen Einzelfall stecken bleiben. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten eines einzelnen Mitarbeiters können betriebliche Ursachen haben, die bei Kollegen wiederum zu Fehlzeiten führen können. Eine rechtzeitige Behebung der betrieblichen Schwachstelle hilft, dies zu vermeiden.

Das heißt, wenn die Erfahrungen aus dem Einzelfall ausgewertet werden, lassen sich daraus wertvolle allgemeine Erkenntnisse für den Betrieb/die Dienststelle ableiten, zum Beispiel in Hinblick auf eine allgemeine Gesundheitsförderung im Betrieb oder in Hinblick auf effektive Helfer-Strukturen.

*Betriebliches Eingliederungsmanagement –
individuell und dynamisch*

*BEM Betriebliches
Eingliederungsmanagement*

Gesundheitsförderung als Betriebskultur

Gesundheitsförderung als Unternehmensstrategie zielt auf das Wohlbefinden der Beschäftigten. Menschen, die mit ihrer Arbeitssituation zufrieden sind, sind produktiv und seltener krank. Geringe krankheitsbedingte Fehlzeiten senken die Kosten. Betriebliche Gesundheitsförderung dient aber genauso den Beschäftigten, schließlich geht es um ihre Gesundheit. In der Arbeitswelt ist zu beobachten, wie die Anforderungen und die Arbeitsdichte immer mehr zunehmen. Aussagen wie: „Immer weniger Beschäftigte müssen immer mehr leisten“ sind längst keine leeren Behauptungen mehr. Der steigende Arbeitsdruck bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten. So steht sicherlich auch die Zunahme seelischer Erkrankungen in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dieser Entwicklung.

Eine weitere Beobachtung gilt der demografischen Entwicklung: Im Jahr 2005 gibt es in Deutschlands Betrieben und Dienststellen erstmals mehr Mitarbeiter, die über 50 Jahre alt sind als unter 30. Und im Jahr 2015 wird jeder dritte Beschäftigte in Deutschland älter als 50 Jahre sein. Verknüpft man die demografische Entwicklung mit der steigenden Arbeitsbelastung für den Einzelnen, so bedeutet dies, dass die Belegschaften altern und gleichzeitig ihre Arbeitskraft intensiver genutzt wird. Vor diesem Hintergrund wird die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten nur gelingen, wenn auf die Ressourcen Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit besser geachtet wird als bisher. Prävention im Sinne einer Gesundheitsförderung muss zum integralen Bestandteil des Geschehens in den Betrieben und Dienststellen werden.

Die Gesundheitsförderung als Unternehmensstrategie ist ein umfassender Ansatz. Sie beinhaltet die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Betrieb/in der Dienststelle, den Arbeitsschutz, das heißt die Vermeidung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, geht aber auch über diese „klassischen“ Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Belegschaft hinaus. Ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsvorsorge und -fürsorge im Betrieb/in der Dienststelle ist die betriebliche Suchtprävention für alkoholabhängige und -gefährdete Beschäftigte, aber auch für andere Suchtformen wie Medikamentenabhängigkeit, Konsum illegaler Drogen und Spielsucht. Gesundheitsförderung als Unternehmensstrategie nimmt z. B. auch das Führungsverhalten der Vorgesetzten in den Blick, um psychische Stressoren und „Krankmacher“ zu vermeiden. Durch Informationen, Aktionswochen u.ä. fördert der Betrieb/die Dienststelle ferner eine gesunde Lebensführung seiner Beschäftigten, auch im privaten Bereich. Damit verbunden ist die berechnete Erwartung, dass sich jeder Beschäftigte eigenverantwortlich um seine Gesundheit bemüht.

Betriebliche Prävention als Teil der Gesundheitsförderung umfasst alle Anstrengungen, die dazu beitragen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu vermeiden. Wenn gesundheitliche Schwierigkeiten bereits aufgetreten sind, geht es bei der Prävention darum, durch geeignete Maßnahmen diese zu beseitigen oder zumindest eine Verschlimmerung zu verhindern. In diese umfassenden Ansätze von betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement eingebettet. Es befasst sich mit der Reaktion auf Arbeitsunfähigkeitszeiten von einigem Gewicht und den Möglichkeiten zu ihrer Überwindung und künftigen Verringerung. Das BEM ist somit Bestandteil der Gesundheit als Betriebskultur.

In diesem Kapitel:

- Gesundheitsförderung als Betriebskultur
- Die gesetzliche Regelung des § 84 Abs. 2 SGB IX im Überblick
- BEM – letztlich ein Gewinn für alle Beteiligten im Betrieb/in der Dienststelle
- Häufig gestellte Fragen
- Hinweise zur Handhabung des Datenschutzes

Der steigende Arbeitsdruck bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten

Die gesetzliche Regelung des § 84 Abs. 2 SGB IX im Überblick

BEM ist im SGB IX gesetzlich verankert

Mit der Novellierung des SGB IX durch das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen ist das BEM gesetzlich eingeführt worden. Das BEM hat seinen Standort in dem mit der amtlichen Überschrift „Prävention“ versehenen § 84. Dessen Abs. 2 Satz 1 bestimmt wörtlich: „Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als 6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (Betriebliches Eingliederungsmanagement).“ Betriebliches Eingliederungsmanagement verfolgt also das Ziel, im Betrieb mit den dort vorhandenen Akteuren und Strukturen sowie unter Nutzung der dort gegebenen oder herstellbaren spezifischen Potenziale Beschäftigte gesund und arbeitsfähig zu halten bzw. deren Arbeitsfähigkeit wieder (vollständig) herzustellen. Die gesetzliche Verpflichtung zum BEM in § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX zielt darauf ab, durch geeignete Gesundheitsprävention das Arbeitsverhältnis im Einzelfall möglichst dauerhaft zu sichern. Dieser einzelfallbezogene Ansatz sollte aus der Sicht der Integrationsämter ergänzt werden um ein gemeinsam im Betrieb/in der Dienststelle vereinbartes systematisches Vorgehen zur Sicherstellung eines erfolgreichen BEM.

Ziel des Betrieblichen Eingliederungsmanagements

Das Ziel des BEM ist es, den Ursachen von Arbeitsunfähigkeitszeiten einer/eines Beschäftigten gemeinsam nachzugehen, nach Möglichkeiten zu suchen, künftige Arbeitsunfähigkeitszeiten zu vermeiden oder zumindest zu verringern, Rehabilitationsbedarfe zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit der Beschäftigten frühzeitig zu erkennen und entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen rechtzeitig einzuleiten. Das BEM nutzt somit sowohl dem einzelnen Beschäftigten als auch seinem Arbeitgeber und den Sozialversicherungssystemen.

Beteiligte Personen und Stellen

Am BEM sind mehrere Personen/Stellen innerhalb und außerhalb des Betriebs/der Dienststelle beteiligt:

Der Arbeitgeber

Zur Durchführung des BEM ist der Arbeitgeber verpflichtet. Er hat zunächst die Aufgabe,

- zu überprüfen, ob die Voraussetzungen, die einen BEM-Prozess im Einzelfall gemäß § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX auslösen, gegeben sind (Dauer der AU-Zeiten bezogen auf die letzten 12 Monate),
- das BEM-Verfahren durch eine erste Kontaktaufnahme mit der/dem Beschäftigten zu starten.

Der Arbeitgeber bleibt für den gesamten Ablauf des BEM-Prozesses (letzt-) verantwortlich, auch wenn er innerbetrieblich ein Integrationsteam, den Betriebsarzt oder die Schwerbehindertenvertretung mit der Durchführung der weiteren Verfahrensschritte, der Veranlassung von Maßnahmen (z. B. ärztliche Untersuchungen, Einschaltung des Beratenden Ingenieurs des Integrationsamtes) beauftragt hat.

Die/der Beschäftigte

Sie/er muss der Einleitung des BEM-Verfahrens zustimmen, sonst kann es keine weiteren Aktivitäten zur Überwindung oder Verringerung der Arbeitsunfähigkeitszeiten geben. Sie/er ist am gesamten weiteren Prozess zu beteiligen. Dies geschieht entweder durch die Einbeziehung in einzelne Maßnahmen (z.B. eine Arbeitsplatzbegehung durch den Beratenden Ingenieur des Integrationsamtes) oder, soweit sie/er selbst nicht aktiv handeln muss, durch eine regelmäßige Unterrichtung über den Stand der Angelegenheit durch den Arbeitgeber.

Das BEM dient der Überwindung bzw. der Vorbeugung von Arbeitsunfähigkeit und soll den Arbeitsplatz der/des Beschäftigten sichern helfen. Es handelt sich also um eine Maßnahme zugunsten der/des Beschäftigten. Daher treffen sie/ihn Mitwirkungspflichten. Sie/er muss Auskünfte erteilen, z. B. über besondere Belastungen am Arbeitsplatz (betriebliche Ursachen der Arbeitsunfähigkeit, Name und Anschrift der behandelnden Ärzte usw.), und an der Aufklärung der Auswirkungen ihrer/seiner gesundheitlichen Probleme auf seine berufliche Leistungsfähigkeit mitwirken. Auch ärztliche Untersuchungen, z. B. durch den Betriebsarzt oder einen Rehabilitationsmediziner, zur Feststellung eines Bedarfs an medizinischer Rehabilitation werden von der Mitwirkungspflicht erfasst. Die Preisgabe der äußerst sensiblen gesundheitlichen Daten bzw. der Daten über Behinderungen und deren Folgen kann Beschäftigten nur dann zugemutet werden, wenn der Schutz dieser personenbezogenen Daten während des gesamten BEM-Verfahrens gewährleistet ist. Das bedeutet, dass sensible Daten nur dann und insoweit offenbart werden müssen, wie sie für die Sachverhaltsermittlung in dem jeweiligen BEM-Verfahren von Bedeutung sind. Ferner ist die Zahl derjenigen, die von diesen sensiblen Daten Kenntnis erlangen, auf das unumgänglich Notwendige zu beschränken. Die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen durch den Arbeitgeber und alle übrigen Beteiligten des BEM-Prozesses ist von ausschlaggebender Bedeutung für die vertrauensvolle Mitwirkung der Beschäftigten beim BEM und für die Gewissheit der Beschäftigten, dass das Verfahren tatsächlich in ihrem Interesse und nicht zur Vorbereitung einer Kündigung durchgeführt wird. Erteilt die/der Beschäftigte ihre/seine Zustimmung zur Einleitung des BEM-Verfahrens nicht oder zieht er/sie diese Zustimmung später zurück oder beteiligt er/sie sich im weiteren Ablauf des BEM-Prozesses nicht mehr an den erforderlichen Maßnahmen, so endet das BEM-Verfahren an dieser Stelle. Der Arbeitgeber ist in diesem Fall nicht mehr zu einer Durchführung von Maßnahmen im Rahmen des BEM verpflichtet.

Der Schutz der personenbezogenen Daten muss während des gesamten BEM-Verfahrens gewährleistet sein

Die Schwerbehindertenvertretung, Betriebs-/Personalrat

Weitere Akteure des BEM-Prozesses sind die Schwerbehindertenvertretung (bei schwerbehinderten Beschäftigten) sowie der Betriebs- oder Personalrat. Sie dürfen von sich aus die Einleitung eines BEM beim Arbeitgeber anstoßen (s. dazu § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB IX für die Schwerbehindertenvertretung, § 80 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 4, 6, 8 und 9 BetrVG für die Betriebsräte und die §§ 68 Abs. 1 Nrn. 1, 3 und 4 BPersVG, 64 Nrn. 1, 4 – 6 LPVG NW für die Personalräte). Die Beschäftigtenvertretungen unterstützen den BEM-Prozess, sie bringen eigene Vorschläge ein und fördern das Verfahren durch Unterstützung der/des einzelnen Beschäftigten im Rahmen ihrer Aufgabenstellung nach dem Schwerbehinderten-, Betriebsverfassungs- bzw. Personalvertretungsrecht. Die Schwerbehindertenvertretung beispielsweise, aber auch ein Betriebs- oder Personalratsmitglied



kann Teilaufgaben des BEM-Prozesses im Einvernehmen mit dem Arbeitgeber übernehmen. Im Betrieb/in der Dienststelle kann ein Integrationsteam gebildet werden, das beispielsweise aus der Schwerbehindertenvertretung, einem Betriebs- und Personalratsmitglied sowie weiteren innerbetrieblichen Akteuren wie dem Betriebsarzt und der Arbeitssicherheitsfachkraft bestehen kann. Diesem Integrationsteam kann der Arbeitgeber, nachdem er den Erstkontakt zu dem betroffenen Beschäftigten hergestellt und dessen Zustimmung zum BEM-Verfahren eingeholt hat, die weitere Durchführung des BEM-Prozesses im Betrieb/in der Dienststelle übertragen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Absprachen, die gemeinsam vom Beschäftigten, dem Arbeitgeber (Vertreter), der Schwerbehindertenvertretung und dem Betriebs-/Personalratsmitglied im Rahmen des BEM-Verfahrens getroffen worden sind, danach auch gemeinsam getragen und umgesetzt werden. Das muss auch für evtl. notwendige betriebsverfassungs- bzw. personalvertretungsrechtliche Mitbestimmungsverfahren gelten, in denen es um die im BEM abgesprochene (Personal-)Maßnahme geht. Das BEM ist in § 84 Abs. 2 SGB IX als Kooperationsprozess angelegt. Ein erfolgreiches BEM braucht deshalb zuverlässige Partner und wechselseitiges Vertrauen in das Worthalten aller Beteiligten.

*BEM braucht
zuverlässige Partner und
wechselseitiges Vertrauen*

holt hat, die weitere Durchführung des BEM-Prozesses im Betrieb/in der Dienststelle übertragen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Absprachen, die gemeinsam vom Beschäftigten, dem Arbeitgeber (Vertreter), der Schwerbehindertenvertretung und dem Betriebs-/Personalratsmitglied im Rahmen des BEM-Verfahrens getroffen worden sind, danach auch gemeinsam getragen und umgesetzt werden. Das muss auch für evtl. notwendige betriebsverfassungs- bzw. personalvertretungsrechtliche Mitbestimmungsverfahren gelten, in denen es um die im BEM abgesprochene (Personal-)Maßnahme geht. Das BEM ist in § 84 Abs. 2 SGB IX als Kooperationsprozess angelegt. Ein erfolgreiches BEM braucht deshalb zuverlässige Partner und wechselseitiges Vertrauen in das Worthalten aller Beteiligten.

Der BEM-Verantwortliche im Klein- oder Mittelbetrieb: z. B. der Betriebsarzt

Fehlt insbesondere in Klein- oder Mittelbetrieben eine Beschäftigtenvertretung oder kommt es nicht zur Bildung eines Integrationsteams, so hat der Arbeitgeber z. B. die Möglichkeit, den Betriebsarzt mit der Durchführung der einzelnen BEM-Verfahren zu beauftragen.

Partner außerhalb des Betriebs/der Dienststelle

Als mögliche externe Beteiligte und Ansprechpartner für Rehabilitationsleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und für Leistungen zur begleitenden Hilfe im Arbeitsleben nach dem Schwerbehindertenrecht nennt § 84 Abs. 2 SGB IX die Rehabilitationsträger (Krankenkasse, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) sowie die Integrationsämter bei schwerbehinderten Menschen.

Diese externen Beteiligten sollen ihre Leistungen zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit, zur ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung, zur beruflichen Qualifizierung und zur Gewährleistung des Unfallschutzes und der Arbeitssicherheit in den BEM-Prozess einbringen. Ihre Beteiligung empfiehlt sich erst dann, wenn die Sachverhaltsermittlung und die Gespräche während des innerbetrieblich durchgeführten einzelnen BEM-Verfahrens konkret nahelegen zu überprüfen, ob Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. zur begleitenden Hilfe im Arbeitsleben sinnvoll erscheinen.

BEM – letztlich ein Gewinn für alle Beteiligten im Betrieb/in der Dienststelle

Aus der Sicht der Arbeitgeber

Auf den ersten Blick sehen viele Arbeitgeber mit der in § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX verankerten Pflicht zur Durchführung eines BEM nur mehr Bürokratie, mehr personellen Aufwand, das heißt mehr Kosten auf sich zukommen.



Die Vorteile erfolgreicher Eingliederungsbemühungen jedoch bestehen in

- einer Verringerung künftiger Fehlzeiten bei dem einzelnen betroffenen Beschäftigten, aber möglicherweise auch der Fehlzeiten anderer Beschäftigter, indem Erkenntnisse bezüglich krankmachender Faktoren im Betrieb, die in einem Einzelfall gewonnen worden sind, zur Verbesserung der fraglichen Arbeitsbedingungen genutzt werden. Eine Verringerung der AU-Zeiten bedeutet, je nach Umfang dieser Verringerung, eine entsprechende Kostensparnis.
- einem Instrument, um in Zeiten alternder Belegschaften erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Wissensträgerinnen und Wissensträger durch frühzeitiges Erkennen von Rehabilitationsbedarfen sowie durch frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen gesundheitlich zu stabilisieren, damit sie dem Betrieb länger zur Verfügung stehen können.
- einer Verbesserung des Betriebsklimas und des Images des Arbeitgebers. Auch die zunächst nicht von einem BEM direkt betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter achten darauf, wie ein Unternehmen mit älteren und gesundheitlich beeinträchtigten Kolleginnen und Kollegen umgeht. BEM macht den Betrieb fair und vorbildlich im Umgang mit älteren und gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Dies fördert ihre Identifikation mit dem Betrieb/der Dienststelle. Außerdem zeigt sich der Arbeitgeber mit der Einführung eines BEM sozial kompetent und weitblickend in der Personalarbeit. Dies ist ein nicht zu unterschätzender Imagefaktor, auch bei Kunden und bei der Rekrutierung neuer – vor allem auch jüngerer – Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.



Fazit: Die Vorteile für die Arbeitgeber überwiegen!

Aus der Sicht der Beschäftigten

„Krankheitszeiten, Krankheitsdiagnosen, die Gesundheit insgesamt sind Privatsache. Deshalb stehen in einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des behandelnden Arztes auch keine Krankheitsdiagnosen, sondern nur die Dauer der Arbeitsunfähigkeit. BEM macht aus dieser Privatsache eine „betriebsöffentliche Angelegenheit“. Was ist, wenn das BEM-Verfahren keinen Erfolg hat und weitere Arbeitsunfähigkeitszeiten zu befürchten sind? Habe ich dann nicht an der Vorbereitung meiner krankheitsbedingten Kündigung mitgewirkt?“

Arbeitsunfähigkeitszeiten sind nie Privatsache gewesen. Sie belasten den Betrieb/die Dienststelle mit Lohnfortzahlungskosten, Kolleginnen/Kollegen müssen die Arbeit zusätzlich übernehmen. Die Solidargemeinschaft der Versicherten wird ebenfalls mit Kosten belastet (z. B. mit Krankengeld oder den Kosten von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen). Wichtiger aber ist, dass das BEM zur persönlichen Gesunderhaltung der/des einzelnen Beschäftigten wesentlich beitragen kann. Betrieblichen Ursachen von Arbeitsunfähigkeitszeiten wird nachgegangen. Einer möglicherweise drohenden Chronifizierung von Krankheiten kann vorgebeugt werden, wenn man den Ursachen der Krankheit auf den Grund geht. Der arbeitende Mensch verbringt – jedenfalls wenn er in Vollzeit beschäftigt ist – während der Zeit seiner Erwerbstätigkeit ein Drittel des Tages am Arbeitsplatz. Erkenntnisse aus BEM-Verfahren, die beispielsweise zu belastungsmindernden Veränderungen in der Arbeitsorganisation, zu einer ergonomischen Arbeits-



platzgestaltung oder zur Reduzierung psychischer Stressfaktoren (u. a. auch im Verhalten von Führungskräften) führen, aber auch die stufenweise Wiedereingliederung nach längerer Krankheit besitzen vor diesem Hintergrund erhebliche Bedeutung für die Gesundheit jeder/ jedes Beschäftigten.



Fazit: Die Vorteile für die Beschäftigten überwiegen!

Aus der Sicht der Schwerbehindertenvertretung, der Betriebs- und Personalräte

„Das BEM ist ein Verfahren, in dem sich die Interessen und Rechte des einzelnen (schwerbehinderten) Beschäftigten, des Arbeitgebers, der Belegschaft und der Interessenvertretungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vermischen. Die klare Rollenaufteilung und Arbeitsteilung – hier Arbeitgeber, dort die Beschäftigtenvertretungen, die an der Seite des einzelnen Mitarbeiters, der einzelnen Mitarbeiterin stehen – geht uns verloren. Evtl. müssen wir uns im Einzelfall auf Wunsch des Beschäftigten auf Kompromisse einlassen, die mit unseren grundsätzlichen Anschauungen als Arbeitnehmervertretungen nicht in Einklang stehen. Indem wir uns an BEM-Verfahren intensiv beteiligen, nehmen wir dem Arbeitgeber ein Gutteil seiner Verantwortung ab und müssen uns bei misslungenem BEM sogar noch vor dem Beschäftigten rechtfertigen.“

Letztlich wissen auch die Beschäftigtenvertretungen um die erheblichen Vorteile eines vernünftig gestalteten BEM-Verfahrens im Betrieb/in der Dienststelle. Sie gewinnen einen systematischen Ansatz für die betriebliche Gesundheitsförderung im Interesse der Beschäftigten. Ein BEM-Verfahren, das zu einer systematischen Auswertung der betrieblichen Gesundheitsgefährdungspotenziale und „krankmachender“ innerbetrieblicher Faktoren einschließlich des Führungsverhaltens von Vorgesetzten führt, bietet den Beschäftigtenvertretungen Ansätze, um ihrerseits Initiativen zur gesundheitsfördernden Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu ergreifen. Die Betriebsräte können damit ihren entsprechenden Aufgaben nach den §§ 89 und 92 a BetrVG zur Verbesserung der Beschäftigungssituation und nach § 90 Abs. 2 BetrVG zur menschengerechten Gestaltung der Arbeitsbedingungen, die Personalräte ihren vergleichbaren Aufgaben nach § 75 Abs. 3 Nrn. 11 und 16 BPersVG bzw. § 72 Abs. 3 Nr. 5 und Abs. 4 Nrn. 7 und 10 LPVG NW effektiv und kompetent nachkommen.



Fazit: Die Vorteile für die Schwerbehindertenvertretungen, Betriebs- und Personalräte überwiegen!

Häufig gestellte Fragen

Die Regelung des § 84 Abs. 2 SGB IX wirft viele offene Fragen auf. Rechtsprechung ist praktisch kaum vorhanden. Die nachfolgenden Fragen und Antworten zum BEM spiegeln die Auffassung der Integrationsämter des Landschaftsverbandes Rheinland und des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe auf der Grundlage der aktuell vorhandenen Literatur und der vereinzelt Rechtsprechung wider. Die weitere Klärung zu den strittigen Rechtsfragen zu BEM durch die höchstrichterliche Rechtsprechung bleibt abzuwarten.

Anwendungsbereich des § 84 Abs. 2 SGB IX

Gilt § 84 Abs. 2 SGB IX nur für schwerbehinderte und gleichgestellt behinderte Menschen, oder für alle Beschäftigte?

Nach fast einhelliger Auffassung gilt § 84 Abs. 2 SGB IX für alle Beschäftigte. Dies ergibt sich aus dem Wortlaut der Vorschrift. In dem Text der Vorschrift ist der Adressatenkreis genannt („Sind Beschäftigte...“) und weiter geregelt, dass die notwendigen Maßnahmen immer mit der Interessenvertretung i.S.d. § 93 SGB IX, aber nur bei schwerbehinderten und gleichgestellten behinderten Menschen auch mit der Schwerbehindertenvertretung abzuklären sind.

Gibt es Ausnahmen für befristet eingestellte Aushilfskräfte, Teilzeitkräfte etc.?

Grundsätzlich gilt die Vorschrift für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in einem regulären Beschäftigungsverhältnis stehen. Daher gilt sie selbstverständlich auch für alle Teilzeitkräfte unabhängig von der wöchentlichen Stundenzahl. Der Arbeitsplatzbegriff des § 73 SGB IX mit seinen Ausnahmen gilt hier nicht, da allein auf den Beschäftigten abzustellen ist. Insofern gilt die Vorschrift auch für Aushilfskräfte, wobei hier zu berücksichtigen ist, dass natürlich auch hier alle Pflichten des Arbeitgebers mit dem Ende des Arbeitsverhältnisses enden.

Was bedeutet „innerhalb eines Jahres“?

Bei der Jahresfrist ist nicht auf das Kalenderjahr, sondern darauf abzustellen, ob die betroffene Person in den letzten zwölf Monaten insgesamt länger als 6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig war. Nur diese Berechnung ist mit dem Ziel des BEM, der Gesundheitsprävention am Arbeitsplatz, vereinbar. Eine sinnvolle Gesundheitsprävention hat keinen Bezug zu dem jeweiligen Kalenderjahr sondern muss allein darauf abstellen, dass bei einem Beschäftigten über einen bestimmten Zeitraum gehäufte oder längerfristige Erkrankungen vorliegen.

Wie berechnet sich die Frist von 6 Wochen?

Bei dieser Frage ist zu unterscheiden, ob die Erkrankung länger als 6 Wochen ununterbrochen besteht oder die Frist von 6 Wochen durch mehrere Arbeitsunfähigkeitstage zu berechnen ist. Die erste Frist ist leicht zu bestimmen. Eine Erkrankung über 6 Wochen – 42 Tage – erfüllt die Voraussetzungen. Bei mehreren Erkrankungen ist abzustellen auf die Zahl der Arbeitstage und die Frist dann unter Berücksichtigung der üblichen Arbeitswoche zu berechnen. Arbeitet die betroffene Person in der 5-Tage-Woche, liegen die gesetzlichen Voraussetzungen nach 30 Arbeitstagen mit Arbeitsunfähigkeitsmeldung vor. In der 6-Tage-Woche sind 36 Arbeitstage mit Arbeitsunfähigkeitsmeldung erforderlich.



Muss für die zu zählenden Tage eine AU-Bescheinigung vorliegen?

Nein! Häufig muss erst ab dem dritten Tag einer Erkrankung eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt werden. Bei den beiden ersten Tagen liegt jedoch bereits eine Arbeitsunfähigkeit vor, so dass selbstverständlich beide Tage mit zu zählen sind.

Zählen nur „echte“ Krankheitszeiten oder auch AU-Zeiten wegen Kuren, Reha-Maßnahmen, etc.?

In die Berechnung der 6-Wochen-Frist fließen zunächst alle Zeiten der Arbeitsunfähigkeit mit ein. Die Berücksichtigung der Gründe für krankheitsbedingte Fehlzeiten erfolgt erst im weiteren Verlauf des BEM, i.d.R. bereits beim Erstgespräch.



Was bedeutet „wiederholt arbeitsunfähig“?

Es ist ausschließlich auf die zeitliche Komponente der wiederholten Arbeitsunfähigkeit abzustellen (insgesamt 6 Wochen). Es kommt nicht darauf an, welche Ursachen zu der Arbeitsunfähigkeit geführt haben, also ob immer die gleiche oder ganz unterschiedliche Erkrankungen vorliegen. Einerseits können ganz unterschiedliche Symptome eine gemeinsame physische oder psychische Ursache haben. Andererseits ist der Arbeitgeber nicht immer über die Art der Erkrankung informiert. Aber auch dann, wenn alle Erkrankungen bekannt sein sollten, lohnt es sich, einen Blick auf die wirklichen Ursachen zu werfen und gemeinsam mit der betroffenen Person zu überlegen, wie die Arbeitsunfähigkeit überwunden und erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt werden kann.

Muss jeder Arbeitgeber ein BEM durchführen?

Das Gesetz trifft keine Differenzierungen etwa nach der Größe des Arbeitgebers oder seiner Beschäftigungspflicht nach dem SGB IX. Deshalb sind grundsätzlich alle Arbeitgeber verpflichtet, BEM mit ihren Beschäftigten durchzuführen.

Wann muss der Arbeitgeber tätig werden? Nach Rückkehr der betroffenen Person?

Die Vorschrift knüpft allein an die 6-Wochen-Frist an, nicht an die gesunde Rückkehr der betroffenen Person. BEM ist kein Krankenrückkehrgespräch! Insofern ist grundsätzlich auch während der Phase der Arbeitsunfähigkeit eine Kontaktaufnahme zu der betroffenen Person durchzuführen. Je nach konkreter Erkrankung ist dann das weitere Vorgehen abzustimmen. Nach einem schweren Autounfall oder bei einer langfristigen schweren Erkrankung kommen Maßnahmen am Arbeitsplatz erst in Betracht, wenn die Genesung fortgeschritten ist. Sind psychische Gründe Ursache der Erkrankung, kann es auch für die erfolgreiche Behandlung wichtig sein, konkrete Maßnahmen am Arbeitsplatz sofort zu vereinbaren. Beispiel: Ist eine Kassiererin einer Bank mehrfach Opfer eines Banküberfalls geworden und infolgedessen arbeitsunfähig, kann es notwendig sein, ihr unverzüglich die Versetzung in eine interne Abteilung zu garantieren.

Was ist, wenn keine Interessenvertretung oder keine Schwerbehindertenvertretung gewählt wurde?

Wenn keine Interessenvertretung gewählt wurde, fehlt dem Arbeitgeber der innerbetriebliche Partner für die notwendige Klärung, wie BEM im Einzelfall umgesetzt werden kann. Aus der Vorschrift kann aber nicht entnommen werden, dass die Pflicht zum BEM nur Arbeitgeber betrifft, bei denen eine Interessenvertretung vorhanden ist. Da BEM für alle Arbeitgeber gilt, kann die Ver-



pflichtung zur Durchführung von BEM nicht davon abhängig sein, ob eine Interessenvertretung gewählt wurde. Wenn keine Schwerbehindertenvertretung gewählt wurde, nimmt die Interessenvertretung an ihrer Stelle die Interessen des betroffenen schwerbehinderten Menschen wahr.

Beteiligung der betroffenen Person

Muss die betroffene Person der Durchführung eines BEM zustimmen?

Ja! Es gilt der Grundsatz „Nichts ohne uns über uns“! Daher ist die betroffene Person zunächst darüber zu informieren, warum der Arbeitgeber nach sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit an sie herantritt, welches Ziel dies hat und wer in dem Verfahren beteiligt werden soll. Vor einem weiteren Schritt ist dann zunächst die Zustimmung der betroffenen Person einzuholen. Beides sollte (zumindest auch) schriftlich erfolgen.

Kann die Zustimmung später zurückgezogen oder später erteilt werden?

Ja! Die Zustimmung kann später zurückgezogen werden, jederzeit. Es kann auch erst später die Zustimmung erteilt werden, ein BEM durchzuführen. In diesem Fall trägt die betroffene Person jedoch das Risiko, wenn bestimmte Maßnahmen nicht mehr umgesetzt werden können oder der Arbeitgeber insbesondere nach Ausspruch einer krankheitsbedingten Kündigung kein Interesse mehr an der Durchführung eines BEM hat.

Darf der Arbeitgeber den Betriebsrat/Personalrat oder die Schwerbehindertenvertretung vor der Zustimmung der betroffenen Person informieren?

Jede inhaltliche Information bedarf der Zustimmung der betroffenen Person. Der Betriebsrat/Personalrat und bei schwerbehinderten und gleichgestellt behinderten Menschen die Schwerbehindertenvertretung haben jedoch gemäß § 84 Abs. 2 Satz 7 SGB IX darüber zu wachen, dass der Arbeitgeber die ihm obliegende Pflicht zur Durchführung des BEM erfüllt. Dies ist nur dann möglich, wenn sie eine Information darüber erhalten, dass die betroffene Person innerhalb der letzten 12 Monate 6 Wochen arbeitsunfähig war. Diese Information – und nur diese – darf der Arbeitgeber daher auch ohne Einverständnis der betroffenen Person weitergeben.

Kann die betroffene Person eine Teilnahme des Betriebsrates/Personalrates oder der Schwerbehindertenvertretung bzw. eine Mitwirkung des betriebsärztlichen Dienstes ablehnen, wenn er ansonsten mit der Durchführung eines BEM einverstanden ist?

Die Beteiligung des Betriebsrates/Personalrates oder der Schwerbehindertenvertretung kann die betroffene Person ablehnen. Grundsätzlich gilt dies auch für den betriebsärztlichen Dienst, soweit der Arbeitgeber nicht aus anderen Gründen berechtigt ist, diesen hinzuzuziehen.

Muss die betroffene Person dem Arbeitgeber oder dem Integrationsteam die Diagnose der Erkrankung mitteilen?

Nein. BEM macht aber nur Sinn, wenn die Beteiligten über alle derzeitigen oder dauerhaften Einschränkungen, die aufgrund der Erkrankung am Arbeitsplatz bestehen, informiert werden. Wer die Weitergabe dieser Information verweigert, verweigert daher im Ergebnis die Durchführung eines BEM.



Kann die betroffene Person im öffentlichen Dienst zum Amtsarzt geschickt werden?

Diese Frage beantwortet sich allein nach den allgemeinen Bestimmungen, die durch § 84 Abs. 2 SGB IX nicht erweitert werden. Insofern kann eine betroffene Person, die im öffentlichen Dienst arbeitet, gegen ihren Willen dann zum Amtsarzt geschickt werden, wenn dies nach den allgemein hierfür bestehenden Vorschriften möglich ist.

Kommen Einzelheiten des BEM in die Personalakte, oder nur das Ergebnis?

In die Personalakte darf nur aufgenommen werden, dass die Durchführung eines BEM angeboten wurde, ob die betroffene Person hiermit einverstanden war oder nicht, welche konkreten Maßnahmen angeboten wurden, soweit hiervon die nach dem Arbeitsvertrag geschuldete Tätigkeit verändert wird, und ob eine Umsetzung mit Einverständnis der betroffenen Person erfolgen konnte oder nicht.

Ärztliche Aussagen und Gutachten, Stellungnahmen der Rehaträger oder des IFDs u.ä. gehören nicht in die Personalakte, sondern z.B. in die Akte beim betriebsärztlichen Dienst.

Was passiert, wenn die betroffene Person die Durchführung eines BEM ablehnt?

Zunächst hat es keine Auswirkung, wenn die betroffene Person mit der Durchführung eines BEM nicht einverstanden ist. Diese Entscheidung hat keine unmittelbare Folgen und muss auch nicht begründet werden.

Mittelbar kann diese Entscheidung jedoch Folgen haben. Hat der Arbeitgeber die Durchführung von BEM angeboten und die betroffene Person dies abgelehnt, kann sich diese in einem möglichen Verfahren vor dem Arbeitsgericht – also nach Ausspruch einer krankheitsbedingten Kündigung – nicht darauf berufen, dass ein BEM nicht durchgeführt wurde oder eine leidens- oder behindertengerechte Anpassung des Arbeitsplatzes nicht versucht wurde.

Folgen eines fehlenden BEM für den Arbeitgeber

Gibt es Sanktionen gegen den AG, wenn er kein BEM macht?

- Unmittelbar gibt es keine Sanktionen, insbesondere ist die fehlende Durchführung eines BEM nicht als Ordnungswidrigkeit in § 156 SGB IX benannt.
- Ganz überwiegend wird die Auffassung vertreten, dass eine krankheitsbedingte Kündigung, die ohne Durchführung eines BEM ausgesprochen wurde, in der Regel unverhältnismäßig und damit sozialwidrig ist. Dies ergibt sich daraus, dass der Ausspruch der krankheitsbedingten Kündigung nur als letztes mögliches Mittel (ultima ratio) zur Beseitigung der betrieblichen Beeinträchtigung (Vermeidung von Fehlzeiten) zulässig ist. Daher muss der Arbeitgeber dem/der Beschäftigten zuvor ein Betriebliches Eingliederungsmanagement anbieten und im Fall der Zustimmung auch durchführen. Auf dieses Argument kann sich die betroffene Person in einem arbeitsgerichtlichen Verfahren stützen, wenn eine krankheitsbedingte Kündigung ausgesprochen wurde, ohne dass ein BEM durchgeführt wurde.

Nach anderer Auffassung kann es bei einer krankheitsbedingten Kündigung nur auf die Umstände des Einzelfalls zum Zeitpunkt der Kündigung ankommen. Diese Auffassung weist darauf hin, dass es in der Rechtsprechung schon seit langem anerkannt sei, dass ein Arbeitgeber vor Ausspruch einer krankheitsbedingten Kündigung eine Überprüfungsverpflichtung hat, ob



der Arbeitsplatz mit zumutbarem Aufwand umgestaltet werden kann oder eine Versetzung auf einen anderen Arbeitsplatz in Betracht kommt. Dann könne es aber nicht mehr darauf ankommen, ob in der Vergangenheit nach längeren Erkrankungen der betroffenen Person im Rahmen eines BEM bereits eine solche Überprüfung stattgefunden habe.

Zum Redaktionsschluss lag eine diese Frage klärende Rechtsprechung den Herausgebern noch nicht vor.

Es wird auch die Auffassung vertreten, dass die betroffene Person oder ein Rehaträger Schadensersatzansprüche gegen den Arbeitgeber hätte. Ein solcher Anspruch ist jedoch sehr problematisch und auch für den Fall, dass er bestehen sollte, sehr schwer zu beweisen. Ein möglicher Schaden – z.B. ein Vermögensschaden aufgrund einer vorzeitigen Verrentung – müsste gerade durch das fehlende BEM verursacht worden sein.

Wie entscheidet das Integrationsamt bei einem Antrag auf Zustimmung zur Kündigung, wenn kein BEM durchgeführt wurde?

Die Praxis der Integrationsämter hierzu ist nicht einheitlich. Teilweise wird die Zustimmung verweigert, weil BEM der Kündigung als letztes Mittel vorausgehen muss.

Die Integrationsämter der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe berücksichtigen bei Entscheidungen über behinderungs-/krankheitsbezogene Kündigungen im Rahmen des ihnen zustehenden Ermessens, ob ein BEM durchgeführt wurde. Zahlreiche Aspekte, die Gegenstand eines BEM sind, kann das Integrationsamt im Rahmen des von ihm durchzuführenden Kündigungsschutzverfahrens klären, so z. B., ob begleitende Hilfen im Arbeitsleben zur Erhaltung des Arbeitsverhältnisses in Betracht kommen oder ob eine Versetzung auf einen anderen Arbeitsplatz möglich ist. Es kann dabei einen seiner Fachdienste oder einen Integrationsfachdienst einbeziehen. Bis zur Klärung dieser Fragen kann allerdings das Kündigungsschutzverfahren beim Integrationsamt erhebliche Zeit in Anspruch nehmen. Der Arbeitgeber kann wesentlich zur Verfahrensbeschleunigung beitragen, wenn er vor Antragstellung auf Zustimmung zur Kündigung ein BEM selbst initiiert und durchführt.



Umsetzung des BEM

Muss der Arbeitgeber BEM als System einführen?

Eine gesetzliche Verpflichtung zur Einführung des BEM als System mit Integrationsteam und auf der Grundlage einer Vereinbarung mit dem Betriebsrat/Personalrat besteht nicht. Das Gesetz fordert die Durchführung des BEM im Einzelfall. Kleinere Arbeitgeber werden daher auch nur auf den Einzelfall reagieren und versuchen, diesen mit Hilfe der externen Partner, also der gemeinsamen Servicestelle, der Rehaträger und ggf. des Integrationsamtes lösen. Bei größeren Arbeitgebern ab 200 Beschäftigten macht es aber Sinn, das Verfahren einheitlich und durch Einbeziehung eines festen Integrationsteams zu bearbeiten.



Wer soll mit ins Integrationsteam

Die Vertreterin/der Vertreter des Arbeitgebers kann aus dem Vorgesetzten oder einer Vertreterin/einem Vertreter der Personalabteilung oder z.B. dem Beauftragten für schwerbehinderte Menschen bestehen. Wichtig ist, dass die Person, die diese Aufgaben wahrnimmt, selbst berechtigt

ist, Entscheidungen zu treffen, oder über Rückfragen schnell Entscheidungen des Arbeitgebers z.B. über eine Veränderung des Arbeitsplatzes oder eine Versetzung herbeiführen kann. Daneben ist ein Mitglied des Betriebsrates bzw. Personalrates, die Schwerbehindertenvertretung und der werksärztliche Dienst hinzuzuziehen. Hier sollte eine regelmäßige Vertretung angestrebt werden.

Die externen Partner, also die gemeinsamen Servicestellen, die Rehabilitationsträger, das Integrationsamt, die örtlichen Fürsorgestellen oder der IFD sind nicht Mitglied des Integrations-teams und nehmen – allein aus Zeitgründen – auch i.d.R. nicht an dessen Sitzungen teil. Sie beraten das Integrationsteam lediglich zu konkreten Leistungen.



Kann der Arbeitgeber auch den „Erstkontakt“ zu der betroffenen Person auf einen anderen, z.B. ein Betriebsratsmitglied, delegieren?

Ja, wenn er zuvor das Einverständnis zur Durchführung des BEM und der Information der übrigen Beteiligten eingeholt hat.

Darf der Betriebsrat/Personalrat oder die SBV auch vor dem Arbeitgeber tätig werden und Kontakt mit der betroffenen Person aufnehmen?

Grundsätzlich ist dies natürlich nicht verboten. Soweit dies geschieht, erfolgt dies jedoch außerhalb des BEM-Verfahrens.

Wie kann man Ängste bei der betroffenen Person abbauen, wenn sich der Arbeitgeber nach sechs Wochen meldet?

Der entscheidende Punkt für den Erfolg des BEM – neben dem Datenschutz – ist die möglichst umfassende Information der Beschäftigten. Diese sollte bei Einführung des BEM über eine Betriebsversammlung und einen Rundbrief, Aushang o.ä. erfolgen. Diese umfassende Information über die Ziele, die Beteiligten und den Ablauf des Verfahrens muss dann auch erfolgen, wenn der Arbeitgeber die Zustimmung der betroffenen Person zur Durchführung des BEM einholt. In dem dann folgenden Erstgespräch ist diese Information dann nochmals zu vertiefen.

Hat die betroffene Person einen eigenen einklagbaren Anspruch auf die Durchführung von BEM?

§ 84 Abs. 2 SGB IX ist vorrangig als öffentlich-rechtliche Verpflichtung des Arbeitgebers anzusehen. Aus einer solchen Verpflichtung dürfte kein individueller Anspruch der betroffenen Person hergeleitet werden können.

Es wird jedoch die Auffassung vertreten, dass ein eigener Rechtsanspruch der betroffenen Person gegen den Arbeitgeber als Konkretisierung der allgemeinen Fürsorgepflicht des Arbeitgebers aus dem Arbeitsverhältnis besteht. Ob die Rechtsprechung dieser Auffassung folgt, muss jedoch abgewartet werden.

Kann der Betriebsrat/Personalrat oder die Schwerbehindertenvertretung die Durchführung des BEM gegen den Arbeitgeber durchsetzen?

Teilweise wird die Auffassung vertreten, dass ein solcher Anspruch besteht, wenn die Zustimmung der betroffenen Person im Einzelfall vorliegt. Gemäß § 84 Abs. 2 S. 6 SGB IX ist die



Interessenvertretung berechtigt, die Klärung zu verlangen. Dieser Anspruch kann auch im arbeitsgerichtlichen Beschlussverfahren durchgesetzt werden (§§ 2 a Abs. 1 Nr. 1, 80 Abs. 1 Nr. 1 ArbGG). Darüber hinaus gewährt § 84 Abs. 2 S. 7 SGB IX den Interessenvertretungen ein Kontrollrecht. Auch hier bleibt abzuwarten, ob die Rechtsprechung dieser Auffassung folgt.

Ein genereller Anspruch auf Einführung eines BEM kann aus § 84 Abs. 2 SGB IX direkt nicht abgeleitet werden. Die Interessenvertretungen können sich hier aber auf die einschlägigen Regelungen des Betriebsverfassungsrechtes, des Personalvertretungsrechtes und des SGB IX stützen und BEM als Maßnahme beantragen, die der Gesundheitsförderung der Beschäftigten und/oder den schwerbehinderten Menschen dient.

Ein BEM ist aber nur dann wirklich erfolgreich, wenn alle Beteiligten gemeinsam etwas für die Prävention und für die Gesundheitsvorsorge in dem Unternehmen tun wollen. Daher sollte hier auch ein gemeinsames Konzept aller Beteiligten angestrebt werden, von dem die Beschäftigten und der Arbeitgeber in gleicher Weise etwas haben.

Ist die Einführung des BEM mitbestimmungspflichtig?

Sofern der Arbeitgeber lediglich im jeweiligen konkreten Einzelfall darüber entscheidet, ob er ein BEM durchführt, besteht kein Mitbestimmungsrecht nach § 87 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG. Dagegen besteht ein Mitbestimmungsrecht in den Fällen, in denen der Arbeitgeber für alle Beschäftigten generell ein standardisiertes Verfahren zum BEM einführt.

Sollte eine Betriebsvereinbarung oder eine Integrationsvereinbarung bei Einführung des BEM als standardisiertes Verfahren abgeschlossen werden?

§ 83 Abs. 2a Nr. 5 SGB IX geht davon aus, dass in einer Integrationsvereinbarung Regelungen zu der Durchführung eines BEM getroffen werden. Es empfiehlt sich jedoch, in der Integrationsvereinbarung lediglich auf eine Betriebsvereinbarung zu verweisen bzw. zu regeln, dass hierzu eine Betriebsvereinbarung vereinbart wird. Der Grund hierfür liegt darin, dass eine Integrationsvereinbarung in erster Linie die Integration schwerbehinderter und gleichgestellter behinderter Menschen regeln soll und vornehmlich mit der Schwerbehindertenvertretung zu verhandeln ist. Der Betriebsrat/Personalrat ist dabei zu beteiligen. Da das BEM aber alle Beschäftigten betrifft, ist hier eine Vereinbarung mit dem Betriebsrat/Personalrat unter Beteiligung der Schwerbehindertenvertretung notwendig, die dann auch für alle Beschäftigten gilt. Daher empfiehlt sich eine Betriebsvereinbarung.



Hinweise zur Handhabung des Datenschutzes

Grundsätzliches

Ein wirksamer und sorgfältig gehandhabter Datenschutz ist eine Grundvoraussetzung für das Betriebliche Eingliederungsmanagement. Ihm kommt eine besondere Bedeutung zu, da das Gelingen oder Scheitern der Eingliederungsmaßnahmen wesentlich vom Vertrauen des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin in die Verfahren des BEM abhängt.

Soll die Zusammenarbeit der Beteiligten im BEM erfolgreich sein, erfordert das den Austausch schützenswerter Informationen zum Einzelfall. Hier stellt sich die Frage, wie viel muss bzw. darf ein Arbeitgeber wissen, um seiner BEM-Verpflichtung nach § 84 Abs. 2 SGB IX nachzukommen?

Das Gelingen der Eingliederungsmaßnahmen hängt wesentlich vom Vertrauen des Mitarbeiters ab

Wie viel müsste die/der betroffene Beschäftigte von seinen Krankheits- und Behinderungsdaten im BEM-Verfahren (auch) gegenüber dem Arbeitgeber offen legen, damit ein BEM erfolgreich durchgeführt werden kann?

Die Antwort auf die beiden Fragen an Arbeitgeber und Beschäftigte kann – im Sinne eines Leitsatzes – nur lauten: *Nur so viel wie unbedingt erforderlich, um ein zielführendes, der Gesundwerdung und Gesunderhaltung der/des Beschäftigten dienendes BEM durchführen zu können.*

Auf Grund seiner besonderen Bedeutung empfiehlt es sich, Regelungen zum Datenschutz als wichtigen Bestandteil der Dienst- oder Betriebsvereinbarung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement aufzunehmen.



Im Einzelnen können folgende Punkte in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung geregelt werden:

- Daten werden zu dem Zweck erhoben, um Maßnahmen der Prävention, Gesundheitsförderung und der Wiedereingliederung entwickeln zu können.
- Welche Daten erhoben werden, hängt von der jeweiligen Besonderheit des Betriebes ab, grundsätzlich können solche Daten erhoben werden, wie sie im Datenblatt vorgeschlagen werden (siehe Vorschlag Datenblatt).
- Die Daten können durch autorisierte Personen der Personalakte entnommen werden, außerdem können jene Informationen des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin verwendet werden, die er/sie der Ansprechperson mitteilt und durch vorherige schriftliche Zustimmung zur Weitergabe an Dritte (Arbeitgeber, Betriebsrat, Schwerbehindertenvertretung) freigibt.
- Auf personenbezogene Daten, die nicht dem Datenblatt oder der Personalakte entnommen werden können, dürfen Dritte (Arbeitgeber, Betriebsrat, Schwerbehindertenvertretung) nur mit vorheriger, schriftlicher Zustimmung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin zugreifen.
- Daten, die Veränderungen in der Leistung und die Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin betreffen, können dem Arbeitgeber zugänglich gemacht werden, ebenso wie Fehlbeanspruchungen am Arbeitsplatz und gegebenenfalls Gesundheitsgefahren.
- Ärztliche Diagnosen sowie Daten zur Gesundheitsprognose sind vom betroffenen Mitarbeiter mit dem Betriebsarzt zu erörtern und dürfen von diesem ohne Einverständnis des Betroffenen nicht anderen am BEM Beteiligten zugänglich gemacht werden. Dies gilt nicht für betriebliche Ursachen und Auswirkungen der Erkrankungen.
- Datenschutz und Schweigepflicht (wie z. B. die betriebsärztliche Schweigepflicht) werden durch das BEM nicht berührt. Die Erhebung und Verwendung der Daten für das BEM sollten



durch den Datenschutzbeauftragten geprüft werden.

- Die dokumentierten Maßnahmen, die im Rahmen des BEM durchgeführt wurden, dürfen in die Personalakte aufgenommen werden.

Umgang mit Daten im BEM

Offenbarung von Krankheits- oder Behinderungsdaten im BEM

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement braucht eine ausreichende Datengrundlage. Um zu bestimmen, was als ausreichende Datengrundlage zum Gesundheitsstand des/der betroffenen Beschäftigten anzusehen ist, empfiehlt sich die deutliche Unterscheidung von drei Datenkategorien:

- *Daten zur medizinischen Diagnose*

Die eigentlichen medizinischen Diagnosen sind für die Planung von Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nicht erforderlich. Nur der Betriebsarzt sollte die Diagnose kennen, um Aussagen darüber treffen zu können, ob im Einzelfall der Zeitpunkt für Maßnahmen des BEM geeignet ist bzw. ob geplante Maßnahmen des BEM dem Krankheitsgeschehen genügend Rechnung tragen.

- *Daten zur Aufklärung von Krankheitsursachen im Betrieb*

Gibt es plausible Hinweise darauf, dass bestimmte Arbeitsbedingungen mit erhöhten Erkrankungsraten von Mitarbeitern im Zusammenhang stehen, ist der Betrieb auf entsprechende Daten angewiesen, um handeln zu können. Dies betrifft nicht nur generelle Zusammenhänge, sondern auch den Einzelfall.

- *Daten zu den gesundheitsbedingten Einschränkungen der Einsatzmöglichkeiten einer Person*

Diese Daten sind für das BEM unerlässlich. Für die Planung von Maßnahmen ist es notwendig, die Einschränkungen der Einsatzmöglichkeiten einer Person zu kennen, evtl. auch erwartbare Veränderungen, die sich etwa durch den Krankheitsverlauf oder durch die Auswirkungen medizinischer oder rehabilitativer Maßnahmen ergeben können.

Im gesamten BEM ist die Befürchtung von betroffenen Beschäftigten zu berücksichtigen, dass sie sich mit der Offenbarung persönlicher Daten über ihre gesundheitliche Situation selbst schädigen könnten. Deswegen wird es v.a. auf die tatsächliche Handhabung des BEM im Betrieb ankommen, wie viel Vertrauen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen in die Beteiligten des BEM haben. Umgekehrt sollte aber der Datenschutz nicht so rigide gehandhabt werden, dass dadurch effektive Maßnahmen des BEM verhindert werden, bzw. das Vertrauen seitens des Betriebs in die Mitwirkungsbereitschaft der/des Beschäftigten untergraben wird.



Die Benennung von Gesundheits- und Behinderungsdaten als zwingende Voraussetzung für betriebliche Prävention von Beschäftigungsrisiken

§ 84 Abs. 2 SGB IX enthält eine Verpflichtung des Arbeitgebers gegenüber den Beschäftigten. Es geht insofern um die Möglichkeiten im Betrieb/in der Dienststelle, tätigkeits- und arbeitsplatzbezogen Gesundheitsförderung zu betreiben, im Konsens, gemeinsam. Im Vordergrund steht somit naturgemäß die Frage, ob betriebliche/dienstliche Faktoren (mit)ursächlich für Arbeitsunfähigkeitszeiten sind. Ohne Benennung der Ursachen, die den mehr als 6-wöchigen Arbeitsunfähigkeitszeiten im Sinne des § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX zugrunde liegen, ist diese Frage über-

haupt nicht zu beantworten. Ist ein solcher Zusammenhang allerdings offensichtlich ausgeschlossen – z. B. bei einem grippalen Infekt – so offenbart die/der Beschäftigte selbststehend die Erkrankungsursache nicht; das BEM-Verfahren endet hier bereits beim Erstkontakt. Sind allerdings Zusammenhänge zwischen Arbeitsunfähigkeitszeiten und betrieblichen Gegebenheiten denkbar, braucht der von § 84 Abs. 2 SGB IX in die Pflicht genommene Arbeitgeber Informationen von der/dem Beschäftigten, um sachgerecht Maßnahmen zur Abhilfe gemeinsam mit allen Beteiligten prüfen zu können (vgl. auch § 60 SGB I).

Der Betriebsarzt als geeigneter Moderator und Verwalter von Krankheits- und Behinderungsdaten der/des Beschäftigten

In dem Spannungsfeld zwischen dem, was der Arbeitgeber zur Durchführung des BEM im Einzelfall an Informationen unumgänglich benötigt, und dem, was ein/e Beschäftigte/r an sensiblen Krankheits-, Behinderungs- und weiteren persönlichen Daten zu offenbaren bereit ist, kann der Betriebsarzt eine entscheidende, beiden Seiten gerecht werdende Funktion einnehmen.

Der Betriebsarzt hat nach § 3 Abs. 1 des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG) unter anderem

- die Arbeitnehmer zu untersuchen, arbeitsmedizinisch zu beurteilen und zu beraten sowie die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten,
- Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen, die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten und dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung dieser Erkrankungen vorzuschlagen,
- arbeitsphysiologischen, arbeitspsychologischen und sonstigen ergonomischen sowie arbeitshygienischen Fragen (z. B. zum Arbeitsrhythmus, zur Arbeitszeit und zur Gestaltung der Arbeitsplätze und des Arbeitsablaufs sowie der Arbeitsumgebung) nachzugehen,
- insgesamt die Arbeitsbedingungen zu beurteilen sowie
- auch Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Eingliederung und Wiedereingliederung behinderter Beschäftigter in den Arbeitsprozess zu klären.

Der Betriebsarzt ist bei der Anwendung seiner arbeitsmedizinischen Fachkunde weisungsfrei (§ 8 Abs. 1 Satz 1 ASiG). Der Betriebsarzt ist nur seinem ärztlichen Gewissen unterworfen und hat die Regeln der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Arbeitgeber, den Interessenvertretungen, der Schwerbehindertenvertretung und allen übrigen Dritten strikt zu beachten (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 3 ASiG). Wichtig ist ferner, dass der Betriebsarzt ausdrücklich nicht die Aufgabe hat, Krankmeldungen der Arbeitnehmer auf ihre Berechtigung hin zu überprüfen (§ 3 Abs. 3 ASiG). Nach Auffassung der Integrationsämter ist der Betriebsarzt somit ein geeig-

Der Betriebsarzt als sachkundiger Moderator des BEM-Prozesses

neteter und sachkundiger Moderator des BEM-Prozesses in medizinischer Hinsicht. Er ist es wegen seiner Schweigepflicht gewohnt, sensible Krankheits- und Behinderungsdaten nicht ungeschützt zu offenbaren, sondern die arbeitsmedizinischen Erkenntnisse und Bewertungen daraus mit den Beteiligten im Betrieb/in der Dienststelle ohne Benennung der einzelnen Krankheitsdiagnosen zu erörtern. Damit können die Erfordernisse fachgerechter Sachverhaltsaufklärung einerseits und die berechtigten Interessen der betroffenen Beschäftigten am Schutz ihrer personenbezogenen Daten im BEM-Verfahren andererseits zusammengeführt werden.



Die Verpflichtung der übrigen Beteiligten am BEM-Verfahren zum Schutz der personenbezogenen Daten der/des Beschäftigten

Die gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX am BEM-Verfahren neben der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter und dem Arbeitgeber beteiligten Stellen unterliegen im Hinblick auf die Weitergabe personenbezogener schutzwürdiger Daten wie Krankheitsdiagnosen und Behinderungsart an den Arbeitgeber einem strengen Datenschutz:

- die Interessenvertretungen gemäß § 79 Betriebsverfassungsgesetz, § 10 Bundespersonalvertretungsgesetz und § 9 Landespersonalvertretungsgesetz NW,
- die Schwerbehindertenvertretungen gemäß den §§ 96 Abs. 7 und 97 Abs. 7 SGB IX,
- die Rehabilitationsträger und das Integrationsamt gemäß § 35 SGB I i.V.m. den §§ 67 ff SGB X.

Problematisch ist die Frage der Weitergabe von Daten für die Vertreterin bzw. den Vertreter des Arbeitgebers, wenn sie/er Vorgesetzter des Betroffenen ist oder ein/e Mitarbeiter/in der Personalabteilung. Diese könnten im weiteren Verlauf des Verfahrens in Konflikte zu ihren übrigen Aufgaben geraten.

Daher sollte bei der Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement konkret festgelegt werden, wer den Arbeitgeber in einem Integrationssteam vertritt. Ist dies z.B. der Beauftragte des Arbeitgebers für schwerbehinderte Menschen, der nicht gleichzeitig in der Personalabteilung

angesiedelt ist, könnte dieser zur Schweigepflicht auch gegenüber dem Arbeitgeber und der Personalabteilung verpflichtet werden. Ist es eine andere Person, besteht möglicherweise die Notwendigkeit, die Diskussion im Integrationsteam auf die Auswirkungen der Erkrankung auf die Tätigkeit und mögliche betriebliche Ursachen zu beschränken. Die Art der Erkrankung und andere Fragen zur Gesundheitsprognose dürfen dann nicht besprochen werden, weil der Arbeitgeber hierauf eine mögliche spätere Kündigung stützen könnte.

Alle Beteiligten unterliegen dem gesetzlichen Datenschutz



Personalakte und Aufbewahrung von einzelfallbezogenen relevanten BEM-Unterlagen mit geschützten Daten

Eine dem BEM vergleichbare Problematik im Hinblick auf die Aufbewahrung sensibler personenbezogener Daten von Beschäftigten besteht im Bereich der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen hinsichtlich gefährlicher Arbeitsstoffe. Bei diesen Untersuchungen werden aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht in einer dem Arbeitgeber zugänglichen Kartei nur der Zeitpunkt der Vorsorgeuntersuchung und die Daten eingetragen, die über die Eignung oder Nichteignung für die Beschäftigung bzw. Weiterbeschäftigung etwas aussagen. Die vom Arzt erhobenen Befunde, Diagnosen und die sonstigen medizinischen Daten werden demgegenüber nicht in dieser Kartei, sondern nur vom Arzt schriftlich festgehalten.

Diese Handhabung empfehlen die Integrationsämter auch für das BEM. Das bedeutet, dass in der Personalakte lediglich vermerkt wird, dass ein BEM durchgeführt wurde und welche Maßnahmen zur Überwindung bzw. Vorbeugung von Arbeitsunfähigkeit ergriffen wurden. Dasselbe gilt, wenn die/der Beschäftigte der Durchführung eines BEM zu Beginn oder im Prozessverlauf nicht (mehr) zustimmt. Medizinische Daten hingegen werden nicht in die Personalakte aufgenommen. Sie verbleiben bei den beteiligten Ärzten insbesondere dem Betriebsarzt (s. oben) oder bei der vom Betrieb/der Dienststelle mit der Durchführung des BEM beauftragten Einzelperson oder dem Integrationsteam.



Angesichts dieser die Interessen der Beschäftigten schützenden Regelungen sollten diese bereit sein, die zum BEM erforderlichen Informationen zu möglichen Zusammenhängen zwischen Arbeitsunfähigkeitszeiten und Arbeitsbedingungen in das vom Arbeitgeber zu verantwortende BEM-Verfahren einzubringen. Anderenfalls ist ein gesundheitsförderndes BEM nicht durchführbar.

Datenschutzrechtliche Hinweise für die Ansprechperson im Erstkontakt:¹⁾

- Zum Zwecke der Aufnahme des Erstkontaktes erhält die Ansprechperson durch die Personalabteilung Name, Abteilung und private Telefonnummer des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin.
- Diese Weitergabe personenbezogener Daten entspricht der Zweckbestimmung des Arbeitsverhältnisses (Verpflichtung aus § 84 Abs. 2 SGB IX) und dem damit verbundenen Vertrauensverhältnis mit dem/der Betroffenen und ist daher nach § 28 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BDSG erlaubt. Die Ansprechperson wird vom Datenschutzbeauftragten über die für ihn wichtigen Datenschutzbestimmungen informiert und zu deren Einhaltung verpflichtet.
- Eine Weitergabe personenbezogener Daten erfolgt nur mit Zustimmung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin, der eine Aufklärung über Art der weitergegebenen Daten sowie Sinn und Zweck der Datenweitergabe vorausgehen muss. Insbesondere wird die Ansprechperson nur mit schriftlicher Einwilligung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin ihr vom Arbeitnehmer bekannt gegebene personenbezogene Daten an Dritte – so z. B. Arbeitgeber, Betriebsrat oder Schwerbehindertenvertretung – bekannt geben oder besprechen.

¹⁾ *Datenschutzrechtliche Hinweise aus: Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sportschule Köln, Forum B: Schwerbehindertenrecht und Fragen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement – Diskussionsbeitrag Nr.3/2005, Juni 2005, S. 5f.*



Aufgaben und Rollen der Beteiligten im Einzelfall

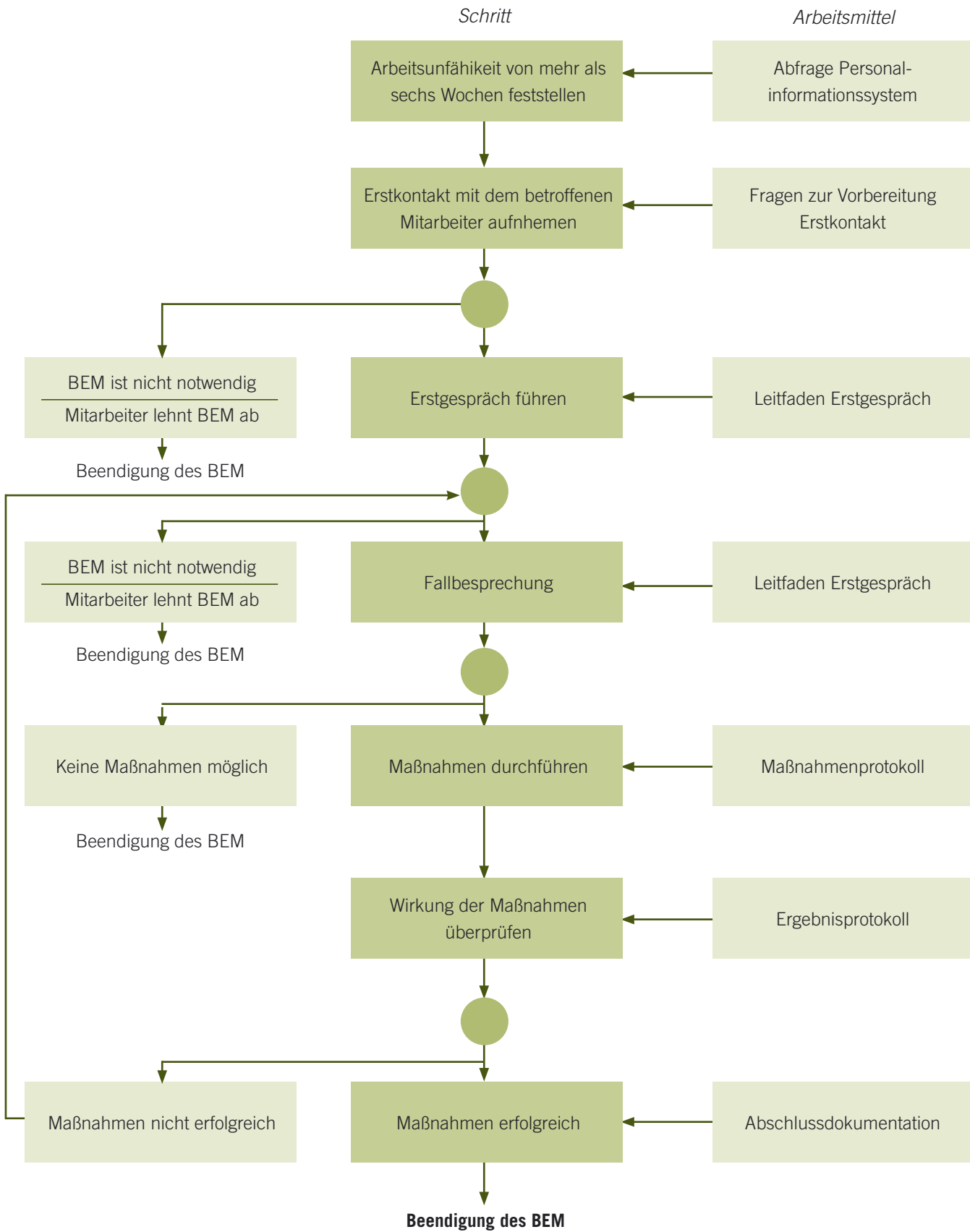
In diesem Kapitel:

- Aufgaben und Rollen der Beteiligten im Einzelfall
- Die Prozesskette

Arbeitgeber	Betriebliches Eingliederungsmanagement ist Aufgabe des Arbeitgebers. Er ist für die Einleitung und Durchführung verantwortlich, zugleich ist der Arbeitgeber „Herr des Verfahrens“.
betroffene Mitarbeiterin/ betroffener Mitarbeiter	ist „zweiter Herr des Verfahrens“. Ohne ihre/seine Bereitschaft kann Betriebliches Eingliederungsmanagement nicht durchgeführt werden. Er/sie kann das Betriebliche Eingliederungsmanagement jederzeit abbrechen. Allerdings ist seine/ihre Mitwirkung ausschlaggebend für die Feststellung, ob der Betrieb seine Pflichten für Prävention usw. erfüllt hat.
Betriebliche Interessenvertretung	Mitwirkungsrechte der betrieblichen Interessenvertretung sind durch das BEM nicht eingeschränkt. Die betriebliche Interessenvertretung wird vom Arbeitgeber im Rahmen des BEM eingeschaltet. Ihre Beteiligung kann nur durch den Mitarbeiter selbst abgelehnt werden.
Schwerbehinderten- vertretung	Bei schwerbehinderten Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen oder diesen Gleichgestellten wird vom Arbeitgeber die Schwerbehindertenvertretung verbindlich hinzugezogen.
Betriebsärztlicher Dienst	Zur Abklärung der gesundheitlichen Einschränkungen und der Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters kann der betriebsärztliche Dienst hinzugezogen werden.
externe Partner	erbringen Leistungen zur Teilhabe in Form von Beratung, Fördermitteln, Assistenzleistungen am Arbeitsplatz oder externen Maßnahmen zur Rehabilitation und Qualifizierung.

Die Prozesskette

Der Verfahrensablauf im Überblick



Die Schritte im Betrieblichen Eingliederungsmanagement

Wichtig sind die Schritte und die dort abzuarbeitenden Ziele und Inhalte. Dieses strukturierte Vorgehen ist für Großbetriebe, Unternehmen mittlerer Größe und für Kleinbetriebe gleichermaßen zu empfehlen. In der Spalte „Organisation, Struktur“ haben wir uns teilweise an größeren Betrieben orientiert. Kleine und mittlere Betriebe können die Vorschläge an ihre Gegebenheiten anpassen.



Schritt 1	Ziel/Inhalte	Organisation, Struktur	Hilfsmittel
<p>Feststellung der Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Wochen</p>	<p>Ziel: Sicherstellung, dass ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin mit einer gesundheitlichen Einschränkung bei seiner/ihrer betrieblichen Eingliederung unterstützt wird.</p> <p>Inhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • regelmäßige Auswertung der Krankenstände, evtl. in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen • Erfassen eines jeden Mitarbeiters/jeder Mitarbeiterin, die im Zeitraum von zwölf Monaten seit Ablauf der letzten AU mehr als sechs Wochen (30 Arbeitstage) krankheitsbedingte Fehlzeiten aufweisen. U.U. kann es sinnvoll sein, dass der Arbeitgeber bereits vor dieser Sechs-Wochen-Frist tätig wird. • Feststellen, ob eine Schwerbehinderung oder Gleichstellung vorliegt. • Feststellen, ob bereits eine betriebsärztliche Stellungnahme vorliegt. • Die Fehlzeitenliste überprüfen: In welchen Fällen sollen Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements zum jetzigen Zeitpunkt eingeleitet werden? <p>Ergebnis: Die notwendigen Daten zur Kontaktaufnahme werden der Ansprechperson weitergegeben.</p>	<p>Konkret sollte die Erfassung der AU von mehr als sechs Wochen - abhängig von der Betriebsgröße – von folgenden Organisationen erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betriebsinhaber, Geschäftsführer • Personalabteilung 	<ul style="list-style-type: none"> • falls möglich: regelmäßiger Report aus dem Personalinformationssystem • vereinbarter Report mit Krankenkassen • Fragen zur Überprüfung der Fehlzeitenliste (siehe Seite 41)



Schritt 2	Ziel/Inhalte	Organisation, Struktur	Hilfsmittel
<p>Den Erstkontakt mit dem betroffenen Mitarbeiter/der betroffenen Mitarbeiterin aufnehmen</p>	<p>Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dem Mitarbeiter, der Mitarbeiterin die Aufmerksamkeit des Betriebs signalisieren • erste Informationen über das BEM vermitteln • Vertrauensbasis aufbauen <p>Inhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schriftlicher, fernmündlicher oder persönlicher Kontakt mit dem betroffenen Mitarbeiter oder der betroffenen Mitarbeiterin • Information über die Praxis des BEM im Betrieb • Hinweis auf die Bedeutung der Mitwirkung des betroffenen Mitarbeiters oder der betroffenen Mitarbeiterin <p>Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiter/Mitarbeiterin bekundet Interesse an der Mitwirkung am BEM (oder nicht) • Vereinbarung eines Erstgespräches mit dem betroffenen Mitarbeiter/der betroffenen Mitarbeiterin 	<p>Arbeitgeber (i.V. Personalabteilung) wird initiativ und informiert eine Ansprechperson. Diese Ansprechperson kann sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertreter des Arbeitgebers • Betriebsrat/Personalrat • Schwerbehindertenvertretung oder • ein beauftragtes Mitglied des Integrationsteams, falls es ein solches im Betrieb bereits gibt <p>Diese Ansprechperson sollte Namen, Abteilung und private Telefonnummer des betroffenen Mitarbeiters oder der betroffenen Mitarbeiterin erhalten und ein Erstgespräch anbieten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regelung des Erstkontakts in Betriebsvereinbarung/ Dienstvereinbarung • Allgemeine Informationen über das BEM für Mitarbeiter • siehe auch Praxisteil: Hinweise für den Erstkontakt • siehe auch: Hinweise zur Handhabung des Datenschutzes im BEM

Schritt 3	Ziel/Inhalte	Organisation, Struktur	Hilfsmittel
<p>Das erste Gespräch mit der betroffenen Mitarbeiterin/ dem betroffenen Mitarbeiter führen</p>	<p>Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertrauensbasis des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin zum Betrieb herstellen und/oder verbessern • Informationen erhalten über <ul style="list-style-type: none"> · betriebliche Ursachen und Auswirkungen der Erkrankung · hauptsächliche Einschränkungen der Leistungsfähigkeit · verbleibende Leistungspotenziale der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters • Ziele, Lösungsideen und Perspektiven des Mitarbeiters kennen lernen <p>Inhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • informieren über den Zweck des Gesprächs • über Möglichkeiten und Grenzen sowie nächste Schritte im BEM aufklären • danach fragen, ob gesundheitlichen Probleme in einem Zusammenhang mit der Arbeit gesehen werden • Zielvorstellungen des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin erfragen • Bereitschaft der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters zur Mitwirkung am BEM abklären • nächste Schritte vereinbaren <p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin stimmt weiteren BEM-Maßnahmen durch die Unterzeichnung der Einverständniserklärung zu oder lehnt diese ab. Voraussetzung dafür ist die vollständige Informiertheit 	<p>I.d.R. klärt der Arbeitgeber, wer am Erstgespräch teilnimmt. Teilnehmer können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die bisherige Ansprechperson des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin <p>und falls nichts dagegen spricht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • unmittelbarer Vorgesetzter d. Mitarbeiters/d. Mitarbeiterin • Vertreter des Betriebsrates/Personalrates <p>und/oder bei schwerbehinderten Mitarbeitern oder Mitarbeiterinnen die</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwerbehindertenvertretung <p>Ein vom Arbeitgeber bestimmter Gesprächsteilnehmer sollte die Gesprächsführung anhand des Gesprächsleitfadens für das Erstgespräch übernehmen.</p> <p>Das Gespräch wird dokumentiert, Kopien sollten an den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin, den Betriebsrat und im Falle eines schwerbehinderten Mitarbeiters oder einer schwerbehinderten Mitarbeiterin an die Schwerbehindertenvertretung gehen.</p> <p>Der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin soll seine/ihre Zustimmung zum Prozess des BEM bekunden (nicht notwendiger Weise im Erstgespräch) und eine Einverständniserklärung unterzeichnen.</p> <p>Falls keine Zustimmung der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters erfolgt, ist diese Ablehnung zu dokumentieren. Es wird dem Arbeitgeber empfohlen, den Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin darauf hinzuweisen, dass die Ablehnung der BEM durch den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin zur Personalakte gereicht wird.</p> <p>Der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin kann eine Begründung der Ablehnung der Personalakte beifügen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regelung des Erstgespräches in der BV, DV, IV zum BEM (siehe Praxisteil) • Gesprächsleitfaden für das Erstgespräch (siehe Praxisteil) • Formblatt Einverständniserklärung (siehe Seite 45)





Schritt 4	Ziel/Inhalte	Organisation, Struktur	Hilfsmittel
Fallbesprechung	<p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alle verfügbaren und notwendigen Informationen zum Fall zusammentragen (Situationsanalyse), • damit eine ausreichende Planungsgrundlage herstellen, • Maßnahmen planen, • die zur Eingliederung notwendigen und im Betrieb vorhandenen Ressourcen nutzbar machen <p>Inhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hilfreiche und notwendige Informationen, die der Eingliederung des Mitarbeiters oder der Mitarbeiterin dienen, zusammenstellen: <ul style="list-style-type: none"> → Qualifikationen → Stärken → gesundheitsbedingte Leistungseinschränkungen, durch betriebsärztliches Gutachten/Stellungnahme belegt → Ziele und eigene Vorstellungen des Mitarbeiters oder der Mitarbeiterin • Angebote zur Integration, die von Seiten des Betriebs gemacht werden können: <ul style="list-style-type: none"> → stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V und § 28 SGB IX) → Veränderungen des Arbeitsplatzes, der Arbeitsorganisation, der Arbeitsumgebung oder der Arbeitszeit → Arbeitsversuche → Qualifizierungsmaßnahmen <p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Beteiligten formulieren einen Plan über das weitere Vorgehen, der von allen Beteiligten getragen wird. 	<p>Der Arbeitgeber benennt, wer an der Besprechung beteiligt wird. Dies sind in der Regel ein Vertreter des Arbeitgebers, Betriebs- oder Personalrat, Schwerbehindertenvertretung und ggf. Betriebsarzt</p> <p>Für die Fallbesprechung kann es hilfreich sein, externe Partner hinzu zu ziehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrationsamt • gemeinsame Servicestellen • Krankenkassen • Rentenversicherungsträger • Berufsgenossenschaften • Agentur für Arbeit • Ärzte • Rehakliniken • Integrationsfachdienste 	<ul style="list-style-type: none"> • Datenblatt zum BEM (siehe Praxisteil) • Checkliste zur Vorbereitung einer Fallbesprechung (siehe Praxisteil) • Ergebnisprotokoll Fallbesprechung im Integrationsteam (siehe Seite 46)

Schritt 5	Ziel/Inhalte	Organisation, Struktur	Hilfsmittel
<p>Konkrete Maßnahmen der betrieblichen Eingliederung vereinbaren</p>	<p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Vereinbarung zum geplanten Vorgehen treffen, die von allen Beteiligten (Betrieb, Mitarbeiterin/Mitarbeiter, Betriebsrat/Personalrat, Schwerbehindertenvertretung, ggf. externe Partner) verstanden und mit getragen wird <p>Inhalte:</p> <p>Die Beteiligten besprechen das weitere Vorgehen und erörtern ihre Überlegungen mit dem/der betroffenen Mitarbeiter/in (Konsens-Prinzip und Mitwirkung d. MA)</p> <p>Maßnahmen können sein:</p> <p><i>Betriebsinterne Maßnahmen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ein Anforderungsprofil für den Arbeitsplatz des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin erstellen • ein Fähigkeits- und Leistungsprofil des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin erstellen • Arbeitsplatzanpassung • die techn. Ausstattung dieses Arbeitsplatzes verbessern • Arbeitsbelastung/Arbeitszeit reduzieren • Arbeitsversuch organisieren • auf einen anderen Arbeitsplatz umsetzen <p><i>außerbetriebliche Maßnahmen zur Sicherung der Teilhabe (z.B. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • planen, intern vereinbaren, • mit den zuständigen Leistungsträgern beraten und Leistungen beantragen <p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitgeber und Beschäftigte/Beschäftigter vereinbaren einen verbindlichen Maßnahmeplan (wer macht was bis wann?). • Die übrigen Beteiligten sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeit (z.B. Mitbestimmungsverfahren) für die entsprechende Umsetzbarkeit. 	<p>Das Team legt in Absprache mit dem Arbeitgeber fest, wer im Einzelfall für die Koordination der vereinbarten Maßnahmen verantwortlich ist (Fallmanagement), sowie, wer die Verantwortung für die Durchführung der einzelnen geplanten Maßnahmen übernimmt.</p> <p>Dies können beispielsweise sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betriebsarzt: Assessment (=Leistungsprofil erstellen), Arbeitsversuche medizinisch begleiten, Arbeitsplatz begutachten, Kontakt zum behandelnden Arzt (Hausarzt, Klinikarzt, Reha-Mediziner) aufnehmen • Personalabteilung: Fallmanagement, Besprechungen koordinieren und moderieren, Leistungen beantragen, Arbeitsversuche mit organisieren • Führungskräfte: Anforderungsprofil für den Arbeitsplatz erstellen, Arbeitsversuch organisieren, Trainingsmaßnahmen am Arbeitsplatz durchführen, • externer Dienstleister Integrationsfachdienst: begleitende Unterstützung von schwerbehinderten Mitarbeitern oder Mitarbeiterinnen mit psychischen Problemen <p>Die Inanspruchnahme von Leistungen externer Partner sollte vorab geklärt werden. Zu diesem Zweck ist es hilfreich, für die Zusammenarbeit mit externen Partnern eine Ansprechperson im Betrieb zu bestimmen bzw. umgekehrt sich von wichtigen Leistungsträgern eine Ansprechperson benennen zu lassen.</p>	<p>Hilfsmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exemplarischer Katalog möglicher betriebsinterner Maßnahmen • Katalog der externen Leistungen zur Teilhabe • Protokoll, wann was durchgeführt (siehe Seite 47)



Schritt 6	Ziel/Inhalte	Organisation, Struktur	Hilfsmittel
Maßnahmen umsetzen	<p>Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überwindung der Arbeitsunfähigkeit und Vorbeugung einer erneuten AU • Weiterbeschäftigung des betroffenen Mitarbeiters, der betroffenen Mitarbeiterin an seinem/ihrer bisherigen Arbeitsplatz, der an seine/ihre gesundheitlichen Fähigkeiten und Einschränkungen angepasst ist. • Weiterbeschäftigung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin an einem anderen Arbeitsplatz <p>Inhalte:</p> <p>Die Beteiligten sorgen für eine faire und konstruktive Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen. Dafür bestimmte Beteiligte übernehmen in Bezug auf die Umsetzung der Maßnahmen das Controlling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie begleiten den betroffenen Mitarbeiter oder die betroffene Mitarbeiterin während der Durchführung der Maßnahmen unterstützend und • nehmen ggf. notwendige Korrekturen vor und • erkennen rechtzeitig Schwierigkeiten und versuchen diese zu beseitigen. <p>Ergebnis:</p> <p>Die Beteiligten stellen eine erfolgreiche oder nicht erfolgreiche Umsetzung der Maßnahmen fest und prüfen im Falle eines Scheiterns weitere Optionen.</p>	<p>Der vom Arbeitgeber oder vom Integrationsteam beauftragte Fallmanager koordiniert und kontrolliert die Umsetzung der Maßnahmen und erstattet den Beteiligten und dem Arbeitgeber Bericht zur weiteren Planung.</p> <p>Die Umsetzung der Maßnahmen wird protokolliert, die Ergebnisse dokumentiert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Protokollblätter z. B. Arbeitsversuch (siehe Seite 49)

Schritt 7	Ziel/Inhalte	Organisation, Struktur	Hilfsmittel
Wirkung der Maßnahmen überprüfen	<p>Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse der Maßnahmen • Gesamtergebnis erzielt <p>Inhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voraussetzung für eine Auswertung der Gesamtmaßnahme ist die systematische Dokumentation des Prozesses. • Abschließende Bewertung der Einzelfallarbeit während und nach Abschluss der Maßnahmen. Ggf. können so Störfaktoren rechtzeitig erkannt und evtl. beseitigt werden. • Regelmäßiger Erfahrungsaustausch der Beteiligten • Befragung der betroffenen Mitarbeiter und ihrer Vorgesetzten zum Ergebnis des BEM und wie sie den Prozess des BEM erlebt haben • Erfassung der Krankheitszeiten von betroffenen Mitarbeitern nach der Durchführung des BEM 	<ul style="list-style-type: none"> • Auswertung des einzelnen BEM-Verfahrens • Zusammenfassende Auswertung der bereits abgeschlossenen BEM-Verfahren • Auch während der Durchführung der BEM-Maßnahmen sollte im Integrationsteam eine laufende selbstkritische Überprüfung der eigenen Tätigkeit stattfinden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kennzahlen, z.B.: AU-Tage, Kosten für Zusatzpersonal, Zufriedenheit Mitarbeiter und Führungskraft mit BEM-Ergebnissen • vereinbarter Eingliederungsplan





Schritt 8	Ziel/Inhalte	Organisation, Struktur	Hilfsmittel
<p>Wirkung des BEM-Prozesses einzel-fallübergreifend überprüfen</p>	<p>Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung oder Beschleunigung des Prozesses des BEM • Rückschluss auf mögliche einzelfallübergreifende betriebliche Ursachen gesundheitlicher Probleme von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und ggf. deren Behebung <p>Ergebnis:</p> <p>Klare Aussagen über das, was im konkreten Fall erreicht wurde (Ergebnis der BEM-Maßnahmen), über die Grenzen der BEM-Möglichkeiten im Betrieb und über mögliche und notwendige Verfahrensverbesserungen.</p>		

Einzelfallübergreifender systematischer Ansatz

Wie dargelegt, handelt es sich beim BEM um ein teilweise komplexes Verfahren mit einer Reihe von Beteiligten. Daher sollte das BEM jedenfalls in größeren Betrieben/Dienststellen einzelfallübergreifend systematisch geordnet und gemeinsam verabredet werden. Dabei empfiehlt es sich, auch die Verantwortlichkeiten für den BEM-Prozess sowie für einzelne Schritte dieses Prozesses klar festzulegen. Eine solche Vereinbarung zwischen den Betriebspartnern sollte Regelungen zu folgenden Punkten beinhalten:

- zum Verfahrensablauf
- zur Zuweisung von Verantwortlichkeiten für den BEM-Prozess oder Teilschritte des Prozesses (z. B. Integrationsteam, Betriebsarzt)
- zu den Mitwirkungspflichten der einzelnen Beschäftigten
- zur Gewährleistung des Datenschutzes
- zur Ergebniskontrolle und Fallauswertung zwecks Gewinnung von Erkenntnissen zur Verbesserung der betrieblichen Gesundheitssituation sowie
- zu Dokumentationsformen und -pflichten.

Für ein systematisches einzelfallübergreifendes BEM ist eine betriebliche Vereinbarung erforderlich, z.B. eine Betriebs- oder Dienstvereinbarung oder die Integrationsvereinbarung nach § 83 SGB IX.

An dieser Stelle sei noch einmal betont: Das BEM ist kein starres, für alle Betriebe und Dienststellen gleichartiges System. Ein BEM im öffentlichen Dienst sieht sicherlich anders aus als eines in der Privatwirtschaft, ein BEM in einem Großkonzern sicherlich anders als eines in einem mittelständischen Betrieb. So unterschiedlich mögliche betriebliche Faktoren, die zu Arbeitsunfähigkeitszeiten führen, sind, so unterschiedlich können auch die gemeinsam im Betrieb/in der Dienststelle vereinbarten Schwerpunktsetzungen für ein erfolgreiches BEM sein. Wichtig ist, dass insbesondere der Arbeitgeber und die Beschäftigten, aber auch alle übrigen Beteiligten des BEM gemeinsam hinter dem gesetzlichen Anliegen – der Gesundheitsförderung und Prävention – stehen.

Integrationsteam

Der Arbeitgeber benennt, wer an dem Integrationsteam beteiligt wird. Dies sind in der Regel ein Vertreter des Arbeitgebers, Betriebs- oder Personalrat, Schwerbehindertenvertretung und ggf. Werksarzt. Für die Fallbesprechung im Team kann es hilfreich sein, externe Partner mit hinzuzuziehen:

Integrationsamt	gemeinsame Servicestellen	Krankenkassen
Rentenversicherungsträger	Berufsgenossenschaften	Agentur für Arbeit
Ärzte	Rehakliniken	Integrationsfachdienste

In diesem Kapitel:

- Einzelfallübergreifender systematischer Ansatz des BEM

Empfehlungen:

- Es wird dem Arbeitgeber empfohlen, ein konstantes Integrationsteam zu bilden und diesem Raum und Zeit zur Verfügung zu stellen, um das BEM für betroffene Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen durchführen zu können.
- Auch wenn in KMU kein Integrationsteam existiert, ist dringend zu empfehlen, externen Rat hinzuzuziehen. Das Integrationsamt, Krankenkassen oder die Berufsgenossenschaft können Ansprechpartner (z.B. beratender Ingenieur, Integrationsfachdienst, Krankenmanagement, Berufshelfer/Disability Manager) benennen, die zu Fallbesprechungen vor Ort kommen.
- Es ist effektiver, das Hauptaugenmerk auf die verbliebenen Fähigkeiten und Stärken des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin zu richten und nicht auf dessen/deren Erkrankung. Detaillierte Informationen über Erkrankungen brauchen nicht Gegenstand der Erörterungen im Integrationsteam sein.

*BEM Betriebliches
Eingliederungsmanagement*

Einführung des BEM

Von ausschlaggebender Bedeutung für den Erfolg oder Misserfolg des BEM und der Gesundheitsprävention im Betrieb ist die Phase der Einführung des Systems des BEM. Mit dem Abschluss einer Vereinbarung zum BEM zwischen den Betriebspartnern ist die Arbeit nicht getan, sie beginnt damit erst.

Organisation der Einführung als Projekt

Aus dem bisher Gesagten wird deutlich, warum es ein für alle Betriebe und Verwaltungen passendes Konzept für die Einführung des BEM nicht geben kann.

In kleinen und mittleren Unternehmen reicht oft allein die gut strukturierte Umsetzung des BEM im Einzelfall und die Inanspruchnahme der Unterstützung externer Hilfen, die unter Punkt 6.4 „Möglichkeit und Bedeutung externer Hilfen“ angesprochen werden. Dies spart Ressourcen und genügt den gesetzlichen Mindestanforderungen.

Anders ist dies in Betrieben etwa ab einer Größe von 200 Mitarbeitern. In diesen bietet es sich an, BEM in Form eines Projekts einzuführen. Dazu empfiehlt sich die Gründung eines Integrations-teams. Dieses Team ist der Entwicklungsmotor des BEM. Seine einzelnen Aufgaben und Rollen wurden bereits oben beschrieben.

Das dort genannte Kernteam aus Arbeitgeber, Schwerbehindertenvertretung, Betriebsrat / Personalrat und Betriebsarzt kann sich bei Bedarf erweitern um:

- Arbeitsmedizinischen Dienst
- Arbeitssicherheitsbeauftragte
- Gesundheitsbeauftragte
- Gleichstellungsbeauftragte (öD)
- externe Partner: gemeinsame Servicestelle, Integrationsamt, Reha-Träger, Agentur für Arbeit, Integrationsfachdienst

Das Team sollte strukturiert arbeiten, sich vor allem in der Einführungsphase regelmäßig treffen und neben der einzelfallbezogenen Arbeit die Einführung des BEM als System begleiten.

Phasen der Einführung

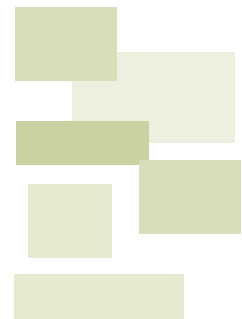
Um BEM erfolgreich zu installieren, empfehlen wir folgende Einführungsschritte:

Überzeugungsarbeit, Aufklärung, Sammlung von Informationen

- Arbeitgeber, Betriebsrat/Personalrat und Schwerbehindertenvertretung informieren sich über die gesetzliche Grundlage des § 84 Abs. 2 SGB IX (z.B. in den regelmäßigen Besprechungen zwischen Arbeitgeber und Interessenvertretung).
- Die Belegschaft und die Führungskräfte werden über das BEM informiert und sensibilisiert. Dazu können z.B. Betriebsversammlungen, Mitarbeiterzeitungen, Intranet oder etwa ein gezieltes Rundschreiben an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingesetzt werden.
- Alle betriebsintern notwendigen Informationen über Strukturen und Prozesse sowie Zuständigkeiten werden zusammengetragen.

In diesem Kapitel:

- Organisation der Einführung als Projekt
- Phasen der Einführung
- Möglichkeit und Bedeutung externer Hilfen
- Mögliche Stolpersteine und wie man sie vermeidet
- Leistungen der Integrationsämter



- Alle Informationen über die gesetzlichen Grundlagen werden zusammengestellt.
- Weiterhin sollten alle extern möglichen Hilfen und die für den Betrieb bei den verschiedenen Trägern von Leistungen zur Teilhabe (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger/Berufsgenossenschaften und Integrationsamt) zuständigen Personen ermittelt und erfasst werden.

Allen Beschäftigten muss die Sinnhaftigkeit des BEM-Verfahrens vermittelt werden. Die Beschäftigten müssen davon überzeugt werden, dass das BEM ihren ganz persönlichen (Gesundheits)Interessen dient und nicht der Vorbereitung von personenbedingten Kündigungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Die Zusage, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden, ist dabei von großer Bedeutung.

Auftragsklärung für die Einführung

Mit dem Arbeitgeber wird geklärt, welche Personen konkret im Betrieb für den Aufbau des BEM zuständig sind. Es wird ein Projektteam gebildet.

Projektorganisation

Das Projektteam organisiert die Struktur, den Verlauf, das Verfahren und die Rahmenbedingungen ziel- und passgenau auf die Belange des Betriebs und vor allem der Beschäftigten im Betrieb.

Projektstart und Beginn der operativen Arbeit

Zu einem festgelegten Zeitpunkt startet das Team mit seiner operativen Arbeit: Die konkreten Einzelfälle werden anhand der Prozesskette bearbeitet. Der Anteil behinderter oder gesundheitlich eingeschränkter Beschäftigter wird ermittelt. Alle in der täglichen Arbeit anfallenden Vorgänge und Probleme werden dokumentiert.

Erste Zwischenbilanz

Nach einem gemeinsam festgelegten Zeitraum, etwa nach 6 Monaten, wird Bilanz gezogen, werden Stärken und Schwächen des Systems analysiert und die notwendigen praktischen Konsequenzen daraus gezogen.

Abschluss des Projekts und Überführung in die betriebliche Praxis

Nach erfolgreicher Umsetzung der Konsequenzen wird das System des BEM in die tägliche betriebliche Praxis überführt. Es wird eine zentrale Koordinationsstelle, etwa in der Personalabteilung, bestimmt und die Umsetzung wird im Betrieb bekannt gemacht. Dazu wird z. B. eine spezielle Informationsbroschüre erstellt und an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verteilt.

Die Führungskräfte erhalten Schulungsangebote für die Umsetzung des BEM.

Möglichkeit und Bedeutung externer Hilfen

Um eine erfolgreiche Umsetzung des BEM im Einzelfall, aber auch im System, zu erreichen, bietet sich generell die Einbindung kompetenter externer Partner an.

Dazu gehören:

- die gemeinsamen Servicestellen
- die Rehabilitationsträger: Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Unfallversicherung
- die Agentur für Arbeit
- Reha-Kliniken
- Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation
- das Integrationsamt bei schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen
- der Integrationsfachdienst

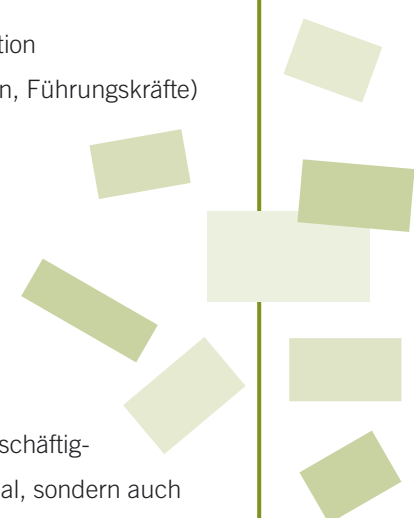
Die regelmäßige Zusammenarbeit mit diesen Partnern fördert deren Verständnis für die betrieblichen Belange, erleichtert die Kooperation im Einzelfall und erhöht sukzessiv die Beratungskompetenz aller am Prozess Beteiligten im Betrieb bzw. in der öffentlichen Verwaltung.

Mögliche Stolpersteine und wie man sie vermeidet

Mögliche Stolpersteine für das Projekt können sein:

- die Bedeutung des BEM wird nicht erkannt (vom Arbeitgeber, vom Betriebsrat/Personalrat oder von der Schwerbehindertenvertretung)
- Widerstände von verschiedenen Seiten:
 - die Beschäftigten akzeptieren das BEM nicht: Angst vor Kontrolle, mangelnde Information
 - Widerstände aus Angst vor Bedeutungs- und Machtverlust (z.B. Interessenvertretungen, Führungskräfte)
 - wichtige betriebliche Funktionsträger zeigen mangelnde Bereitschaft zur Mitwirkung
 - Boykott durch Arbeitgeber aus Angst vor Kosten und Zweifel am Nutzen
- es gibt keine verbindlichen Regelungen, wer für was verantwortlich ist
- BEM ist zu kompliziert geregelt, überreguliert und formalisiert
- es gibt überzogene Erwartungen von einzelnen Beteiligten
- Instrumentalisierung des BEM für Eigeninteressen

Die Einführung des BEM wird nur gelingen, wenn sowohl der Arbeitgeber als auch die Beschäftigtenvertretungen (Schwerbehindertenvertretung, Betriebs- und Personalrat) nicht nur formal, sondern auch inhaltlich hinter der Gesundheitsprävention und dem BEM stehen, dies gemeinsam den Beschäftigten glaubhaft vermitteln und den Beschäftigten überzeugend darlegen, dass sie gemeinsam Verantwortung in den einzelnen BEM-Prozessen übernehmen werden. Es kommt wesentlich auf die Transparenz des gewählten Vorgehens an, die offene und kooperative Beteiligung aller betrieblichen Partner. Die Kommunikation des Betrieblichen Eingliederungsmanagements, warum es eingeführt wird und welchen Nutzen es für die verschiedenen Zielgruppen bringt, ist ein wichtiges Mittel, um mögliche Widerstände zu überwinden. Unbedingt vermeiden sollte man die Erwartungshaltung, mit dem BEM sei in jedem Einzelfall ein Allheilmittel zur Überwindung bzw. Verringerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten und zur Vermeidung personenbedingter Kündigungen gefunden worden. Das BEM hat zwar das Ziel der Sicherung des Beschäftigungsverhältnisses fest im Blick. Jedes einzelne BEM-Verfahren ist aber von der Sache her stets ergebnisoffen: Vieles geht, aber nicht jede Erkrankung lässt sich auskurieren, nicht jede Belastung verringern, nicht jeder Arbeitsplatz leidens-/behinderungsgerecht gestalten.



Leistungen der Integrationsämter

Beratung bei der Einführung, Prämien für die Einführung, Leistungen im konkreten Einzelfall, etwa im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben, dies sind die Handlungsfelder der Integrationsämter. Die Zielgruppen sind dabei die schwerbehinderten und gleichgestellt behinderten Menschen.

Die Aufgabe der Integrationsämter besteht nicht in der konkreten Einführung bzw. Durchführung des BEM im einzelnen Betrieb/in einer öffentlichen Verwaltung. Die Integrationsämter unterstützen die Betriebe/Dienststellen – so z. B. mit diesen Handlungsempfehlungen – bei der Umsetzung ihrer Aufgabe.

Eine wichtige Hilfe zum Einstieg in das BEM kann auch die Unterstützung bei der Sensibilisierung der Führungskräfte durch Schulungen sein.

Ein weiteres Handlungsfeld ist die Vergabe einer Prämie an Arbeitgeber für die Einführung des BEM. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) hat dazu Empfehlungen erarbeitet, in denen unter anderem Mindestanforderungen und Prämienhöhe festgelegt sind.

Als Orientierungsrahmen dienen fünf Anforderungen, die an ein BEM zu stellen sind:

- ein System für das Erkennen von Problemen
- Instrumente zur Erfassung und Spezifizierung
- eine Schaltstelle im Unternehmen für die Verarbeitung, Entscheidung, Umsetzung
- die Umsetzung der konkreten Maßnahmen
- Dokumentation und Evaluierung

Das Verfahren zur Vergabe und die Festlegung der Höhe der Prämie liegen in der Zuständigkeit des einzelnen Integrationsamtes.



Materialien zur Prozesskette

A. Fragen zur Vorbereitung des Erstkontaktes/Erstgesprächs

Für den BEM-Beauftragten:

1. Ist der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin in den vergangenen zwölf Monaten erstmals sechs Wochen oder länger erkrankt oder zeigen sich steigende Tendenzen im Vergleich zu vorangegangenen Perioden?
2. Liegt bereits eine werks- oder betriebsärztliche Stellungnahme jüngerer Datums vor?
3. Gibt es Hinweise von anderer Seite (z. B. vom Betriebsrat, Schwerbehindertenvertretung oder einer Führungskraft), dass die Erkrankung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin in Zusammenhang mit seiner/ihrer Tätigkeit oder dem Arbeitsplatz steht (geäußerte Unzufriedenheit, Anzeichen von Überforderung etc.)?
4. Liegen Erkenntnisse darüber vor, ob es sich bei der Erkrankung um einen Unfall handelt, infolge dessen durch evtl. Unfallfolgen nicht mit einer vollständigen Wiederherstellung der Gesundheit gerechnet werden kann?
5. Ist mit einer Wiederherstellung der Gesundheit so zu rechnen, dass der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin nur mit Einschränkungen an den ursprünglichen Arbeitsplatz oder nur durch Veränderungen des ursprünglichen Arbeitsplatzes dahin zurückkehren kann?
6. Liegt eine Schwerbehinderung/Gleichstellung vor und gibt es Hinweise darauf, dass diese in Zusammenhang mit der AU steht?

B. Hinweise für den Arbeitgeber zum Erstkontakt

Zielsetzung:

Die wichtigste Zielsetzung beim Herstellen des Erstkontaktes besteht darin, dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin die positive Aufmerksamkeit des Betriebes zu signalisieren und Vertrauen zu ihm/ihr aufzubauen. Dies ist deshalb von so großer Bedeutung, da die Frage, ob ein BEM überhaupt und mit welchem Erfolg durchgeführt wird, entscheidend von der Zustimmung und Kooperationsbereitschaft des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin abhängig ist.

Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, dass die Kontaktaufnahme mit dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin behutsam und mit der erforderlichen Wertschätzung erfolgt.

Form des Erstkontaktes:

Nachdem der Arbeitgeber oder eine von ihm benannte Ansprechperson Name, Abteilung und die private Telefonnummer des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin erhalten hat, gilt es zu überlegen, ob die Kontaktaufnahme persönlich im Betrieb, telefonisch oder schriftlich erfolgen und was dabei inhaltlich zur Sprache gebracht werden soll:

➔ Kontaktaufnahme im Betrieb:

Wird der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin an seinem/ihrer Arbeitsplatz aufgesucht, sollte dies so diskret geschehen, dass dabei die Vertraulichkeit gewahrt wird. Außerdem sollte dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin die Möglichkeit gegeben werden, sich zu äußern, ob er/sie jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt für ein kurzes Gespräch Zeit hat. Auf keinem Fall ist der Mitarbeiter/die

In diesem Kapitel:

- Materialien zur Prozesskette
- Hinweise zur Gestaltung einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung zum BEM
- Vorschlag für eine Präsentation vor der Geschäftsleitung

PRAXIS

Mitarbeiterin an seinem/ihrem Arbeitsplatz zu überrumpeln und an Ort und Stelle mit dem Anliegen der Ansprechperson zu konfrontieren. Zeigt der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin Bereitschaft für ein kurzes Gespräch, sollte dazu die Örtlichkeit so gewählt werden, dass es dabei zu keiner Störung kommt.

➔ *Telefonischer Kontakt:*

Ist der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin wegen AU nicht im Betrieb, kann der Kontakt telefonisch erfolgen. Besteht zwischen dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin und Arbeitgeber bzw. der von ihm benannten Ansprechperson bereits ein guter Kontakt, kann ein Telefonat persönlicher sein als ein Brief und im Gespräch auf seine/ihre Äußerungen eingegangen werden. Andererseits kann sich der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin durch ein unangekündigtes Telefonat „überwacht“ und überrumpelt fühlen und so von vornherein der Ansprechperson mit Misstrauen begegnen.

➔ *Schriftlicher Kontakt:*

Entscheidet sich der Betrieb dafür, mit dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin schriftlich Kontakt aufzunehmen, sollte man darauf achten, dass das Schreiben wohlwollend formuliert ist, darin die Fürsorge des Betriebes zum Ausdruck kommt und der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin sich in keiner Weise unter Druck gesetzt fühlt.

Unter Umständen empfiehlt sich die Ankündigung einer telefonischen oder persönlichen Kontaktaufnahme zur weiteren Abklärung.

Inhalt des Erstkontaktes:

➔ Wird ein persönlicher (im Betrieb), telefonischer oder schriftlicher Erstkontakt zum Mitarbeiter/zur Mitarbeiterin hergestellt, sollte dieser Folgendes zum Inhalt haben:

- Die Ansprechperson bekundet gegenüber dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin Interesse an der Überwindung der AU und der Wiederherstellung der Gesundheit,
- sie gibt ihm/ihr erste kurze Informationen über das BEM,
- sie betont die Bedeutung seiner/ihrer Bereitschaft zur Mitarbeit und
- erkundigt sich, ob er/sie grundsätzlich an der Durchführung eines BEM interessiert ist.

➔ Äußert sich der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin ablehnend, muss die Ansprechperson dies respektieren, sollte ihm/ihr jedoch die Gelegenheit geben, seine/ihre Entscheidung nochmals zu überdenken.

➔ Bekundet der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin hingegen Interesse am BEM, kann ein Erstgespräch vereinbart werden.

C. Gesprächsleitfaden für das Erstgespräch

Grundsätzliches:

Für die Durchführung des Erstgespräches gelten grundsätzlich die gleichen Voraussetzungen wie für die Herstellung des Erstkontaktes, d. h. der vertrauensvolle Umgang mit dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin ist von entscheidender Bedeutung hinsichtlich einer erfolgreichen Durch-



führung eines BEM. Aus diesem Grund dient das Erstgespräch vor allem der Hilfe und Unterstützung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin, um gemeinsam das Ziel einer sinnvoll geplanten und durchgeführten Beschäftigungssicherung und -förderung zu erreichen.

Zielsetzung:

Ziel dieses Erstgespräches soll sein:

- ➔ Vertrauen zu dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin herstellen
- ➔ über das BEM informieren
- ➔ Gründe für die Erkrankungen erkennen (private/betriebliche Gründe)
- ➔ Zusammenhänge mit Arbeitsbedingungen erkennen
- ➔ Bereitschaft des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin zur Mitwirkung am BEM erfragen
- ➔ Lösungsansätze mit den Betroffenen entwickeln und die betrieblichen Möglichkeiten einbringen
- ➔ die nächsten Schritte planen

Vorbereitung des Erstgesprächs:

- ➔ Der Termin für das Erstgespräch muss in Absprache mit dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin vereinbart werden.
- ➔ Die Gesprächsrunde sollte so besetzt sein, dass der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin sich unterstützt fühlt und sich daher für das Gespräch offen zeigt. Bei schwerbehinderten oder gleichgestellten Mitarbeitern oder Mitarbeiterinnen kann es vertrauensbildend wirken, wenn die Schwerbehindertenvertretung an der Runde teilnimmt.
- ➔ Die Wahl der Räumlichkeit und die Vermeidung von äußeren Störungen vermitteln dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin Sicherheit und ein Gefühl der Wertschätzung.

Inhalte des Erstgespräches:

1. Der Gesprächsführer begrüßt die an der Gesprächsrunde Beteiligten und dankt ihnen für ihr Kommen.
2. Zu Beginn des Gespräches erklärt der Gesprächsführer der Runde die Zielsetzung dieses Treffens.
3. Als nächstes folgt ein Hinweis darauf, dass dieses Gespräch protokolliert wird, ohne die ausdrücklichen Zustimmung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin jedoch keine vertraulichen Informationen weitergegeben werden.
4. Im nächsten Schritt wird der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin zuerst ausführlich über das BEM informiert (unter besonderer Hinweise auf die Bedeutung des SGB IX und des Integrations-teams) und sich anschließend nach seinem/ihrer grundsätzlichen Interesse an einer Zusammenarbeit in Bezug auf das BEM erkundigt.
5. Im Anschluss daran wird der Zusammenhang zwischen der AU und der Tätigkeit des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin bzw. seinem/ihrer Arbeitsplatz erörtert (Ursachen und Auswirkungen). Erkennt der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin einen solchen Zusammenhang nicht, obwohl überzeugende Gründe dafür vorliegen, oder ist er/sie aus anderen Gründen nicht an der Durchführung des BEM interessiert, sollte dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin erläutert

werden, warum der Betrieb eine Handlungsnotwendigkeit in Bezug auf seine/ihre AU sieht. Dazu gehört auch, dass das betriebliche Anliegen einer adäquaten Leistungserbringung durch den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin verdeutlicht wird und daher im Falle einer Verweigerung der Kooperation evtl. mit arbeitsrechtlichen Konsequenzen zu rechnen ist.

- 6.** Erklärt sich der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin zur Zusammenarbeit bereit, sollen nun in einem offenen Gespräch mögliche Lösungsansätze erörtert werden. Um zu vereinbarungsfähigen Lösungen zu gelangen, ist es wichtig, Vorschläge des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin anzuhören. Freilich gilt es dabei, die betrieblichen Rahmenbedingungen und die betrieblichen Möglichkeiten im Auge zu behalten. Darüber hinaus soll der Grundsatz gelten, dass durch die Krankheit keine Besserstellung gegenüber anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen erfolgt.
- 7.** Nun sollen die nächsten Schritte besprochen und terminlich festgelegt werden, wie z. B. die Vorstellung des Falles im Integrationsteam (falls dies im Erstgespräch nicht vollständig vertreten ist) oder die betriebsärztliche Abklärung.
- 8.** Schließlich soll zum Ende des Gespräches der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin die Einverständniserklärung zum BEM unterschreiben. Falls die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter nicht zur Mitwirkung an Maßnahmen des BEM bereit ist, sollte dies schriftlich festgehalten werden (einschließlich der Aufklärung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin über mögliche Auswirkungen seiner/ihrer Weigerung) und dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin ebenfalls zur Unterschrift vorgelegt werden.
- 9.** Zum Schluss dankt der Gesprächsführer der Runde für das Gespräch und dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin gegebenenfalls für seinen/ihren Willen zur Zusammenarbeit und beendet das Erstgespräch.



Datenblatt für das Betriebliche Eingliederungsmanagement

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: _____

Personal-Nr.: _____

Kostenstelle: _____

Vorgesetzter: _____

Schicht: _____

Vollzeit/Teilzeit: _____

Geburtsdag: _____

Betriebszugehörigkeit: _____

sb/gleichgestellt: _____

Ausbildung: _____

Tätigkeiten im Unternehmen:

Fehlzeiten:

Leistungseinschränkungen lt. Betriebsarzt oder sonstiger ärztlicher Stellungnahme:

BEM-Erstkontakt am/durch:

BEM-Erstgespräch am/durch:

Einverständniserklärung für BEM liegt vor:

Sonstiges:



Maßnahmen-Blatt Betriebliches Eingliederungsmanagement

Name: _____

Vorname: _____

Personal-Nr.: _____

Datum	Maßnahme	Ergebnis	Zeichen



Checkliste zur Vorbereitung einer Fallbesprechung

1. Der Arbeitgeber bzw. die Arbeitgebervertreter laden schriftlich diejenigen ein, die im konkreten Fall am BEM beteiligt werden (Integrationsteam).
2. Der Arbeitgeber bzw. eine von ihm beauftragte Person organisiert die Fallbesprechung, so dass die Räumlichkeit und eine entsprechende Ausstattung (z. B. Flipchart, Beamer etc.) zur Verfügung stehen.
3. Zur Vorbereitung auf die Fallbesprechung lässt der Arbeitgeber bzw. eine von ihm beauftragte Person den Mitgliedern des Integrationsteams vertraulich zu behandelnde Informationen, die den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin betreffen, zukommen, wenn dafür die ausdrückliche Zustimmung des/der Beschäftigten vorliegt. Dazu zählen formale Informationen wie das Datenblatt des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin zum BEM und die Klärung des aktuellen Status des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin.

Auch Informationen, die den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin konkret in Zusammenhang mit seiner/ihrer Tätigkeit bzw. seinem/ihrer Arbeitsplatz betreffen, sollen für die Fallbesprechung vorbereitet werden. Dazu gehören vor allem auch diejenigen Informationen, die dem Protokoll des Erstgespräches mit dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin entnommen werden können, z. B. die Frage, welche möglichen Lösungsansätze bereits besprochen wurden, bzw., welche sich u. U. noch anbieten würden.

4. Auf der Grundlage dieser Informationen lassen sich bei der Fallbesprechung i. d. R. bereits erste Aussagen zu folgenden Fragestellungen treffen:
 - ➔ Liegt bezogen auf den Arbeitsplatz ein Fähigkeits- und Anforderungsprofil vor, und kann eine Aussage darüber getroffen werden, ob der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin adäquat eingesetzt ist?
 - ➔ Kann die technische Ausstattung des Arbeitsplatzes verbessert werden?
 - ➔ Können Arbeitsbelastungen verringert werden (durch organisatorische Veränderungen, Technikeinsatz etc.)?
 - ➔ Gibt es andere geeignete Einsatzmöglichkeiten?
 - ➔ Gibt es Qualifizierungsbedarf?
 - ➔ Wären externe Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation oder sonstige Leistungen zur Teilhabe sinnvoll?



Organisation und Protokoll Arbeitsversuch

Mitarbeiter: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: _____

Personal-Nr.: _____

Kostenstelle: _____

Vorgesetzter: _____

Arbeitsversuch

auf Kostenstelle: _____

zuständige FK: _____

prinzipielle Eignung des Arbeitsplatzes geprüft durch: _____ am: _____

Beginn Arbeitsversuch: _____

Ende Arbeitsversuch: _____

Ergebnis:

- Arbeitsplatz geeignet
- Arbeitsplatz nicht geeignet
- Abbruch durch Mitarbeiter:

Grund: _____

- Abbruch durch:

Grund: _____

Stellungnahme Betriebsarzt:

Datum, Unterschrift Führungskraft Arbeitsversuch

Datum, Unterschrift Mitarbeiter/Mitarbeiterin



Hinweise zur Gestaltung einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung zum BEM

In einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung zum BEM sollten folgende Punkte behandelt werden:

1. Präambel

- Gemeinsame Grundlage und gemeinsame Ziele von Arbeitgeber, betrieblicher Interessenvertretung und Schwerbehindertenvertretung für das BEM im Betrieb
- Gemeinsame Arbeit mit dieser Vereinbarung zum Wohl der Beschäftigten
- gemeinsame Weiterentwicklung

2. Ziele des Betrieblichen Eingliederungsmanagements

- die im SGB IX, § 84 Abs. 2 genannten Ziele
- Konkretisierung nach den betrieblichen Gegebenheiten

3. Geltungsbereich

gilt für alle Mitarbeiter/innen, nicht nur für schwerbehinderte oder gleichgestellte

4. Maßnahmen zur Umsetzung

- Beauftragung: Integrationsteam, Betriebsarzt oder sonstiger BEM-Beauftragter
- Verantwortlichkeiten
- Erfassung von AU-Zeiten, Bedarfsfeststellung, Auslösung des BEM
- Maßnahmen, betriebliche Angebote zur Eingliederung
- Koordination der Aktivitäten im Einzelfall
- übergreifende Maßnahmen: Sensibilisierung von Führungskräften, Information und Kommunikation des Themas Eingliederung im Betrieb

5. Datenschutz

6. Geltungsdauer

Weiterführende Hinweise zur Gestaltung von Betriebs- oder Dienstvereinbarungen sind zu finden unter: www.iqpr.de und www.teilhabepraxis.de



Vorschlag für eine Präsentation vor der Geschäftsleitung

Betriebliches Eingliederungsmanagement

1

Präsentation vor Geschäftsführung
am

Was ist Betriebliches Eingliederungsmanagement?

2

Was ist BEM?

Gesetzliche
Grundlage
des BEM

Nutzen für
den Betrieb

Organisation
des BEM

Themen
des BEM

Einführung

- ein Verfahren zur erfolgreichen Eingliederung langzeitkranker Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- ein Ansatz zur Überwindung von Arbeitsunfähigkeit, zur Vorbeugung von erneuter Arbeitsunfähigkeit und zum Erhalt des Arbeitsplatzes

zum Beispiel durch:

- Umsetzung auf einen geeigneteren Arbeitsplatz
- Arbeitsplatzanpassung (häufig mit finanzieller Förderung)
- Maßnahmen zur besseren Qualifizierung oder Rehabilitation des Mitarbeiters

Gesetzliche Grundlage des BEM: Sozialgesetzbuch IX, § 84 Abs. 2

3

Was ist BEM?

Gesetzliche
Grundlage
des BEM

Nutzen für
den Betrieb

Organisation
des BEM

Themen
des BEM

Einführung

„Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (Betriebliches Eingliederungsmanagement). Die zuständige Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.“



PRAXIS

Welchen Nutzen hat der Betrieb vom BEM?

Was ist BEM?

Gesetzliche Grundlage des BEM

Nutzen für den Betrieb

Organisation des BEM

Themen des BEM

Einführung

1. Reduzierung von Zeiten der Arbeitsunfähigkeit bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
2. Frühzeitige Vorbereitung des Betriebes auf den demografischen Wandel: älter werdende Belegschaft
3. Positive Auswirkungen auf Mitarbeiterzufriedenheit und Identifikation mit dem Betrieb
4. Positiver Imagefaktor in der Region durch kompetente und weitblickende Personalarbeit
5. Inanspruchnahme externer Leistungen (Beratung, Förderleistungen)
6. Schnellere Zustimmung im Falle einer Kündigung
7. Mehr Rechtssicherheit bei krankheitsbedingter Kündigung

Wie kann BEM konkret organisiert werden?

Was ist BEM?

Gesetzliche Grundlage des BEM

Nutzen für den Betrieb

Organisation des BEM

Themen des BEM

Einführung

- Regelung des BEM in einer Betriebsvereinbarung oder Integrationsvereinbarung
- Definition der Verfahren des Betrieblichen Eingliederungsmanagements
- Einrichten eines Integrationsteams
- bei KMU: Benennen eines Beauftragten für BEM durch den Arbeitgeber
- Kontakt mit Integrationsamt, Krankenkasse, Rentenversicherungsträger und Information über das Vorhaben, BEM im Betrieb einzuführen
- Organisation der Einführung als Projekt



Wo sollten wir noch ansetzen?

6

Was ist BEM?

Gesetzliche
Grundlage
des BEM

Nutzen für
den Betrieb

Organisation
des BEM

Themen
des BEM

Einführung

- Maßnahmen zur Sensibilisierung und Schulung von Führungskräften zum professionellen Umgang mit häufig oder langzeitkranken Mitarbeitern
- Maßnahmen zur ausreichenden Berücksichtigung der demografischen Veränderungen in der Belegschaft bei der Planung und Einrichtung von Arbeitsplätzen oder bei der Vergabe von Tätigkeiten
- Maßnahmen zur generellen Gesundheitsprävention im Betrieb (betriebliches Gesundheitsmanagement)

Einführung des BEM als Projekt

7

Was ist BEM?

Gesetzliche
Grundlage
des BEM

Nutzen für
den Betrieb

Organisation
des BEM

Themen
des BEM

Einführung

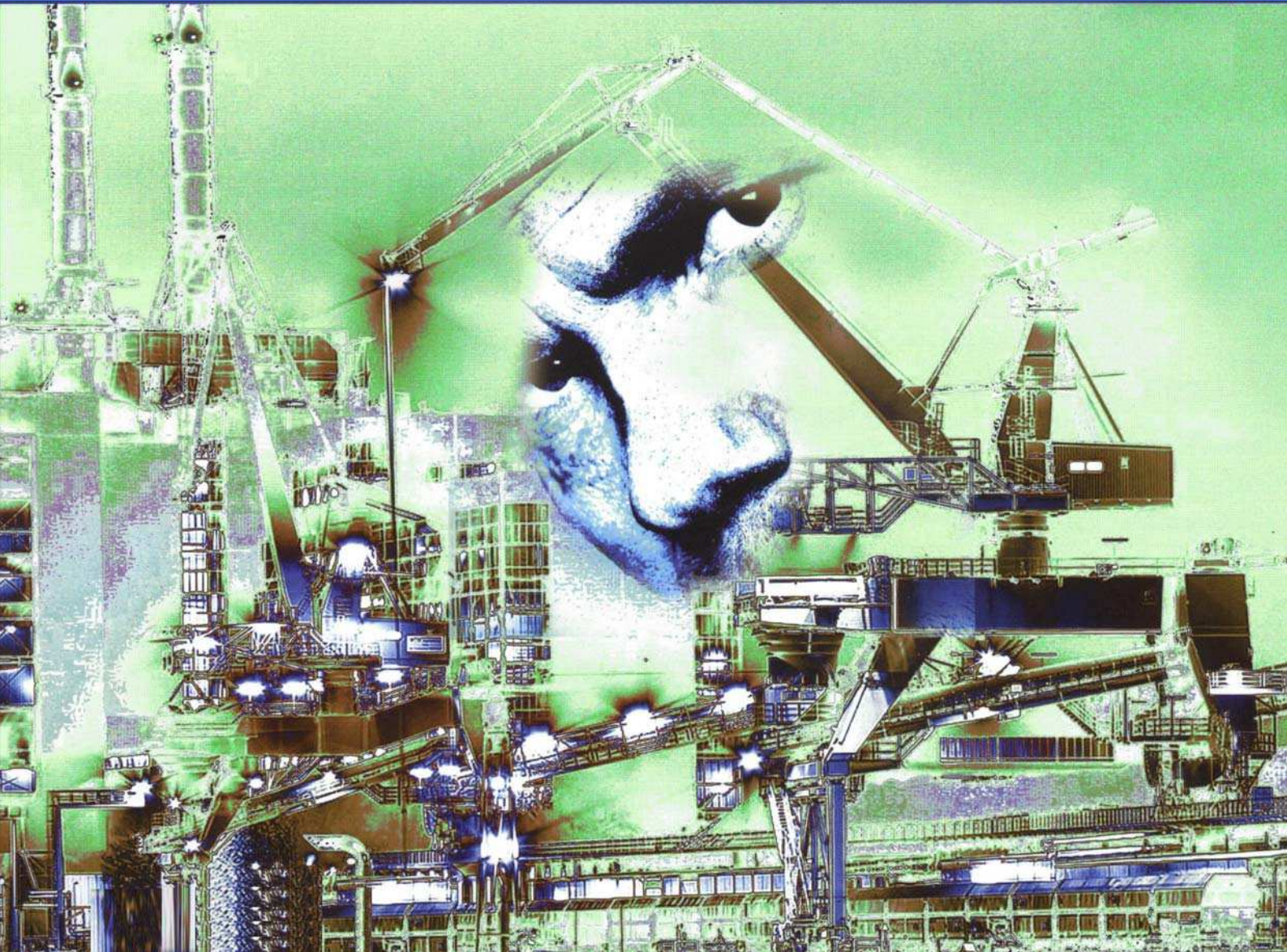
- Auftrag durch die Geschäftsleitung
- Einrichtung eines „Projektteams BEM“
Zusammensetzung:
Personalabteilung, BR, SBV, Betriebsarzt, Arbeitssicherheit, Vertreter aller wichtigen Betriebsbereiche
Arbeitsweise:
regelmäßig, z. B. alle vier Wochen
Aufgabe:
 - Einführung des BEM im Betrieb
 - Erfolgskontrolle
 - Entwickeln geeigneter BEM-Verfahren für den Betrieb
 - Entwicklung von Schulungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen für Führungskräfte
 - Vorbereitung einer Betriebsvereinbarung für BEM oder Aufnahme von BEM in die Integrationsvereinbarung

Abkürzungsverzeichnis

ArbGG	Arbeitsgerichtsgesetz
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
AU	Arbeitsunfähigkeit
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BIH	Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen
BPersVG	Bundespersönalvertretungsgesetz
BV	Betriebsvereinbarung
DV	Dienstvereinbarung
IFD	Integrationsfachdienst
IV	Integrationsvereinbarung
KMU	Klein- und Mittelunternehmen
LPVG NW	Landespersönalvertretungsgesetz NW
öD	Öffentlicher Dienst
sb	schwerbehindert
SBV	Schwerbehindertenvertretung
SGB IX	Sozialgesetzbuch IX

Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2005

Unfallverhütungsbericht Arbeit



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

baua:

Bundesanstalt für Arbeitsschutz
und Arbeitsmedizin

Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2005

Unfallverhütungsbericht Arbeit

Dortmund/Berlin/Dresden 2007

Diese Publikation enthält Informationen zu Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, die das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit nach §25 SGB VII an Bundestag und Bundesrat übermittelt. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Umschlaggestaltung
und Fotografik:

Angelika Rößler,
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Herausgeber:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)
Wilhelmstr. 49, 10117 Berlin
In Zusammenarbeit mit der
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
Friedrich-Henkel-Weg 1-25, 44149 Dortmund
Telefon: 0231 9071-2306
Telefax: 0231 9071-2524
E-Mail: poststelle@buaa.bund.de
Internet: www.buaa.de
Stand: Dezember 2006

Gesamtherstellung:
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Einzelexemplare können bei der
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
angefordert werden.

Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe
und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.

ISBN 978-3-88261-054-3



Vorwort

Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,

die Aufgabe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) besteht in der nachhaltigen Verbesserung von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Zugang zu Wissen bleibt dabei die Grundlage für die Schaffung einer besseren Arbeitsschutzpraxis. Durch die Bereitstellung von gesundheitlichen und sicherheitsrelevanten Informationen soll ein präzises Bild über den Status von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit gezeichnet werden. Arbeitsschutzexperten können so erkennen, wo Arbeitsschutzmaßnahmen für eine Verbesserung der Prävention anzusetzen sind.

Eine Voraussetzung für die Schaffung einer möglichst soliden Handlungsbasis ist eine tragfähige Datenbasis. Der vorliegende Bericht zum Stand von „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“, der im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales erstellt wurde, liefert hierzu einen Beitrag. Er stellt die Entwicklung der Erwerbstätigengruppen, des Berufskrankheiten- und Unfallgeschehens, sowie über das Frühverrentungs- und das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen insbesondere in den vergangenen vier Jahren dar. Darüber hinaus wird die Verteilung von Belastungsfaktoren bei der Arbeit differenziert nach Berufs- und Beschäftigtengruppen aufgezeigt. Zusätzlich wird über die von Unfallversicherungsträgern und Staatlicher Aufsicht eingesetzten Mittel im Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit informiert.

Neben den jährlich im Rahmen dieses Berichtes veröffentlichten Statistiken, enthält der vorliegende Bericht darüber hinaus eine Sammlung von Artikeln zu verschiedenen zentralen Themen der arbeitswissenschaftlichen Forschung und Praxis. Einer der Schwerpunkte liegt dabei auf der Darstellung der sich wandelnden Arbeitswelt z. B. durch die demographische Entwicklung, aber auch durch veränderte Arbeitszeitmodelle (Flexible Arbeitszeit, Rufbereitschaft) oder Arbeitsverträge (Zeitarbeit). Auch die immer mehr in den Fokus rückenden ökonomischen Aspekte des Arbeitsschutzes werden genau wie veränderte rechtliche Rahmenbedingungen im Bericht behandelt. Darüber hinaus werden Projekte, Programme, Initiativen, Aktivitäten und Maßnahmen verschiedenster Arbeitsschutzakteure dargestellt, wobei ein ausführlicher Überblick z.B. über die Strukturen des betrieblichen Gesundheitsmanagements in Deutschland gegeben wird.

Hans-Jürgen Bieneck

	Seite
Einleitung	
1. Das Wichtigste im Überblick	10
2. Erläuterungen	11
2.1 Begriffe	11
2.2 Abkürzungen	13
2.3 Symbole	13
 A. Arbeitswelt im Wandel	
1. Arbeitsbedingungen in der Europäischen Union	14
1.1 Nationale und europäische Berichterstattung zum Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Erste Ergebnisse des 4. European Survey –	14
1.2 Europäische Informationsquellen	16
2. Demographie	17
2.1 Altersgerechtes und alternsgerechtes Arbeiten in Deutschland in Zeiten des demographischen Wandels	17
2.2 Alternsgerechte Arbeitsgestaltung	20
2.3 Die ergonomische Gestaltung von Produkten für Ältere	21
2.4 Die Demografie-Initiative des Programms „Innovative Arbeitsgestaltung – Zukunft der Arbeit“	23
3. Stress, Übergriffe und traumatisierende Ereignisse am Arbeitsplatz	23
3.1 Stress – Entwicklungstendenzen und Handlungserfordernisse	23
3.2 Gewalt am Arbeitsplatz – Situation, Schwerpunkte, Maßnahmenkonzepte	26
3.3 Psychisch traumatisierende Ereignisse in der Arbeitswelt als Aufgabenbereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes	28
3.4 Aktivitäten der Berufsgenossenschaften und des Hauptverbandes zum Thema Gewalt am Arbeitsplatz	30
3.5 Aktivitäten der Unfallkassen und des Bundesverbandes zum Thema Stress und Gewalt am Arbeitsplatz	30
4. Moderne Arbeitszeiten	31
4.1 Flexible Arbeitszeiten	31
4.2 Arbeitszeitflexibilisierung – das Beispiel Außendienst	32
4.3 Teilzeit	33
4.4 Positive Gestaltung von Modellen der Rufbereitschaft	34
5. Zeitarbeit	36
 B. Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit	
1. Rahmenbedingungen	39
2. Entwicklung der Betriebe	39
3. Bezugsgrößen	40
4. Unfallgeschehen	41
4.1 Arbeitsunfallgeschehen	41
4.2 Wegeunfallgeschehen	43
5. Berufskrankheitengeschehen	44
5.1 Erkrankungsrisiko bezüglich chronisch obstruktiver Atemwegserkrankungen durch Quarzstaub	48

	Seite
6. Gesundheitssituation der Erwerbstätigen	50
6.1 Arbeitsbedingungen, Anforderungen und gesundheitliche Situation aus der Sicht der Erwerbstätigen	50
6.2 Arbeitsunfähigkeit	50
6.3 Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	56
 C. Ökonomische Aspekte von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit	
1. Wirtschaftlichkeit und Prävention	59
1.1 Das Problemfeld „Wirtschaftlichkeit“ im Zusammenhang mit Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit	59
1.2 Prävention lohnt sich!	61
1.3 Kosten arbeitsbedingter Arbeitsunfähigkeit	61
2. Volkswirtschaftliche Kosten	64
3. Kosten der gesetzlichen Unfallversicherung	66
 D. Entwicklung des Arbeitsschutzrechts	
1. Staatliches Recht	69
2. Recht der Unfallversicherungsträger	74
 E. Maßnahmen zur weiteren Gestaltung von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit	
1. Initiative „Neue Qualität der Arbeit“ – INQA	76
2. Modellprogramm zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen	80
2.1 Inhalte und Ziele des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen	80
2.2 Prävention in kommunalen Entsorgungsunternehmen – Das VerEna Projekt	83
2.3 Modellvorhaben LANGE LEHREN: evidenzbasierte Prävention bei Lehrkräften	84
2.4 Nachhaltige Arbeits- und Gesundheitspolitik im Unternehmen (NAGU) – Gesunde Menschen in gesunden Unternehmen	86
3. Betriebliches Gesundheitsmanagement	89
3.1 Inhalte und Ziele des Betrieblichen Gesundheitsmanagements	89
3.2 Struktur der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Deutschland	91
3.3 Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt	91
3.4 Das Deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)	93
3.5 Jährliche Dokumentation von GKV-Leistungen in der Prävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung	94
3.6 Arbeits- und Gesundheitsschutz im Handwerk	96
3.7 Aktivitäten öffentlicher Einrichtungen zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	96
4. Instrumente zur Bewertung von Maßnahmen im Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit	98
4.1 Balanced Scorecard	98
4.2 Qualität in der Prävention – ein Forschungsvorhaben der Berufsgenossenschaften	99
4.3 Toolbox mit Instrumenten zur Erfassung psychischer Belastung	99
4.4 Handlungshilfe zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen	101
5. Produktsicherheit	101
5.1 Was umfasst das Geräte- und Produktsicherheitsgesetz?	101
5.2 Kennzeichnungspflicht, Schutzklauselverfahren und RAPEX-Meldungen als europäischer Beitrag zum Verbraucherschutz	104
5.3 Prüfung und Zertifizierung von Produkten	106

	Seite
6. Arbeitsschutz und Arbeitsbedingungen in der Berufsausbildung und bei jungen Arbeitnehmern	107
6.1 Standardlernziele zur Beschreibung der Mindestanforderungen	107
6.2 Arbeitsschutz in der Berufsausbildung	107
7. Gefahrstoffe	111
7.1 Biozid-Produkte und Arbeitsschutz	111
7.2 Handlungshilfe für die Praxis – das Einfache Maßnahmenkonzept Gefahrstoffe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin	114
F. Überwachung und Beratung; Ausgewählte Maßnahmen, Projekte und Schwerpunkttaktionen der Arbeitsschutzaufsichtsbehörden	
1. Tätigkeit der Arbeitsschutzbehörden	117
2. Ausgewählte Maßnahmen, Projekte und Schwerpunkttaktionen der Arbeitsschutzaufsichtsbehörden	122
2.1 Arbeitsschutz im europäischen Rahmen	122
2.2 Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitsschutzorganisation	125
2.3 Psychische Fehlbelastungen	129
2.4 Überwachungsbedürftige Anlagen	130
2.5 Marktüberwachung	130
2.6 Stoffliche Belastungen	131
2.7 Arbeitszeitgestaltung	133
2.8 Prekäre Arbeitsverhältnisse	133
G. Überwachung und Beratung; Maßnahmen, Projekte und Schwerpunkttaktionen der Unfallversicherungsträger	
1. Tätigkeit der Aufsichts- und Beratungsdienste der Unfallversicherungsträger	134
2. Ausgewählte Maßnahmen, Projekte und Schwerpunkttaktionen der Unfallversicherungsträger	134
2.1 Physische Belastungen	134
2.2 Psychische Belastungen	136
2.3 Integration Leistungsgewandelter	137
2.4 Prävention	138
2.5 Arbeitsmedizinische Vorsorge	141
2.6 Arbeitsschutzmanagement	141
2.7 Zusammenarbeit mit anderen Behörden und Stellen	142
2.8 Aus-, Fort- und Weiterbildung	143
H. Schülerunfallversicherung	
1. Maßnahmen, Projekte und Schwerpunkttaktionen	144
2. Unfallgeschehen	147
T Tabellenteil	149
Anhang 1 Verzeichnis der Arbeitsschutzvorschriften des Bundes	248
Anhang 2 Mustervorschriften der Unfallversicherungsträger	254

Verzeichnis der Abbildungen

	Seite
Abbildung A1	Altersaufbau der Bevölkerung im Erwerbsalter 17
Abbildung A2	Anzahl 95-jähriger und älterer Personen 21
Abbildung A3	Psychische Belastungen und Stressfaktoren aus Sicht der Beschäftigten 24
Abbildung A4	Kriterien zur positiven Gestaltung von Rufbereitschaft 35
Abbildung A5	Anzahl Leiharbeiter – Jahresdurchschnitte 1973 - 2005 – 37
Abbildung A6	Meldepflichtige Unfälle pro 1.000 Versicherte im Bereich Arbeitnehmerüberlassung in den Jahren 1998 - 2005 38
Abbildung B1	Erwerbsbevölkerung in Deutschland 2005 39
Abbildung B2	Bevölkerung und Erwerbstätige nach Altersgruppen in Deutschland 2005 40
Abbildung B3	Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland – von 1991 bis 2005 – 40
Abbildung B4	Meldepflichtige Arbeitsunfälle – absolut und je 1.000 Vollarbeiter – von 1960 bis 2005 – ... 42
Abbildung B5	Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter nach Wirtschaftszweigeinteilung der UV-Träger 2005 42
Abbildung B6	Neue Arbeitsunfallrenten – absolut und je 1.000 Vollarbeiter – von 1960 bis 2005 – 43
Abbildung B7	Tödliche Arbeitsunfälle nach gesetzlichen Unfallversicherungsträgern – von 1960 bis 2005 – 43
Abbildung B8	Meldepflichtige und tödliche Wegeunfälle – von 1960 bis 2005 – 44
Abbildung B9	Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit und neue Berufskrankheitenrenten – von 1960 bis 2005 – 44
Abbildung B10	Am häufigsten angezeigte Berufskrankheiten und Anerkennungen 2005 45
Abbildung B11	Am häufigsten anerkannte Berufskrankheiten und neue Rentenfälle 2005 45
Abbildung B12	Todesfälle Berufserkrankter mit Tod infolge der Berufskrankheit 2005 47
Abbildung B13	Mittlere jährliche A-Staub-Explosion 1970 - 1989 49
Abbildung B14	Mittlere FEV1 und FVC-Werte von Wismut-Bergleuten 1970 -1989 49
Abbildung B15	Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftszweigen 2005 53
Abbildung B16	Arbeitsunfähigkeit nach Altersgruppen 2005 53
Abbildung B17	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Diagnosegruppen – von 2003 bis 2005 – 58
Abbildung B18	Durchschnittliches Zugangsalter der Rentenempfänger – von 2003 bis 2005 – 58
Abbildung C1	Zentrale Bedeutung von „Gesundheit und Sicherheit“ für den Unternehmenserfolg 59
Abbildung C2	Direkte und indirekte Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Mrd. Euro aufgrund von körperlichen psychischen bzw. Belastungen 63
Abbildung C3	Diagnosen-spezifische direkte und indirekte Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen aufgrund von körperlichen Belastungen in Mrd. Euro 63
Abbildung C4	Diagnosen-spezifische direkte und indirekte Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen aufgrund von psychischen Belastungen in Mrd. Euro 63
Abbildung C5	Direkte Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Mrd. Euro nach Belastungsfaktoren 64
Abbildung C6	Indirekte Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Mrd. Euro nach Belastungsfaktoren 64
Abbildung C7	Aufwendungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger – von 1970 bis 2005 – 67
Abbildung E1	Zielebenen von INQA 76
Abbildung E2	Einschätzung der Veränderungen durch VerEna 83
Abbildung E3	Zufriedenheit mit der Arbeit 83
Abbildung E4	Zufriedenheit mit dem Betriebsklima 84
Abbildung E5	Belastungen am Arbeitsplatz 84
Abbildung E6	Evaluationsdesign für Teilvorhaben LANGE LEHREN in Sachsen 85
Abbildung E7	Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland 91

	Seite
Abbildung E8	Multidimensionale Perspektiven des Berufsgenossenschaftlichen Instituts für Arbeitsschutz 98
Abbildung E9	Übernahme von EU-Richtlinien in das Geräte- und Produktsicherheitsgesetz 102
Abbildung E10	Produktbegriff im Geräte- und Produktsicherheitsgesetz 102
Abbildung E11	Inverkehrbringen und erste Inbetriebnahme 102
Abbildung E12	Anteil verschiedener Verordnungen an RAPEX-Meldungen 2005 105
Abbildung E13	Entwicklung der Meldungen aus Deutschland und den Mitgliedstaaten der EU 106
Abbildung E14	Ablaufmodell der dialogischen Medienentwicklung 109
Abbildung E15	Prinzipielles Vorgehen im Einfachen Maßnahmenkonzept Gefahrstoffe 114
Abbildung F1	Vollständigkeit der Umsetzung des Fragebogens in Abhängigkeit der Betriebsgröße 126
Abbildung F2	Durchschnittliche Mängelquote nach Branche und Zertifizierungsstatus 127
Abbildung F3	Ergebnisse der vertiefenden sicherheitstechnischen Prüfungen 2005 131
Abbildung F4	Messergebnisse in Abhängigkeit von der Windgeschwindigkeit 132
Abbildung H1	Versicherte Schüler, meldepflichtige Unfälle, Schulunfälle und Schulwegunfälle – von 1972 bis 2005 – 148

Verzeichnis der Tabellen im Textteil

Tabelle A1	Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung der Arbeit 15
Tabelle A2	Unterschiede zwischen Jung und Alt aus Sicht von Betrieben 18
Tabelle B1	Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nach ausgewählten Arbeitsbedingungen 41
Tabelle B2	Anerkannte Berufskrankheiten, die zur Unterlassung aller schädigenden Tätigkeiten gezwungen haben 2005 46
Tabelle B3	Versicherte nach Wirtschaftszweigen, Geschlecht und Altersgruppen 2005 51
Tabelle B4	Versicherte nach Berufsgruppen, Geschlecht und Altersgruppen 2005 52
Tabelle B5	Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen (Fälle je 100 Versicherte) 2005 54
Tabelle B6	Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen (Tage je Fall) 2005 55
Tabelle B7	Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftszweigen, Geschlecht und Altersgruppen 2005 56
Tabelle B8	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach den vier häufigsten Diagnosegruppen – von 2003 bis 2005 – 57
Tabelle C1	Kategorisierung der Verfahren und Aufbau der Fallstudien 60
Tabelle C2	Schätzung der volkswirtschaftlichen Produktionsausfälle und der ausgefallenen Bruttowertschöpfung durch Arbeitsunfähigkeit 2005 64
Tabelle C3	Produktionsausfälle und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen 2005 65
Tabelle C4	Arbeitsunfähigkeitsvolumen nach Wirtschaftszweigen 2005 65
Tabelle C5	Produktionsausfallkosten und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Wirtschaftszweigen 2005 ... 66
Tabelle C6	Ausgaben der Unfallversicherungsträger für Prävention und Erste Hilfe 2005 66
Tabelle C7	Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherungsträger für Prävention und Erste Hilfe nach Kontenart im Berichtszeitraum 67
Tabelle C8	Aufwendungen der Unfallversicherungsträger nach Kontengruppen Im Berichtszeitraum 68
Tabelle E1	Toolboxstatistik: Einordnung der Verfahren nach dem Gestaltungsbezug 100

Verzeichnis Tabellenteil**Seite****Rahmendaten**

Tabelle TA 1	Erwerbstätige nach Wirtschaftszweigen in den Jahren 2003 bis 2005.....	150
Tabelle TA 2	Erwerbstätige nach Stellung im Beruf in den Jahren 2003 bis 2005	150
Tabelle TA 3	Bevölkerung, Erwerbstätige und Erwerbstätigenquoten nach Alter in den Jahren 2003 bis 2005	151
Tabelle TA 4	Erwerbstätige nach Berufsgruppen in den Jahren 2003 bis 2005	152
Tabelle TA 5	Zahl der Betriebe und ihre Beschäftigten nach Betriebsgrößenklassen und Wirtschaftsgruppen in Deutschland	154
Tabelle TA 6	Bevölkerung, Erwerbstätige und Erwerbstätigenquoten nach Bundesländern in den Jahren 2003 bis 2005	156
Tabelle TA 7	Beschäftigte Heimarbeiter nach Wirtschaftszweigen in den Jahren 2003 bis 2005	157
Tabelle TA 8	Abhängige Erwerbstätige (ohne Auszubildende) mit Nachtarbeit in Prozent aller abhängig Erwerbstätigen nach Alter und Geschlecht	158
Tabelle TA 9	Abhängig Erwerbstätige (ohne Auszubildende) mit besonderen zeitlichen Arbeitsbedingungen in Prozent aller abhängig Erwerbstätigen nach Geschlecht	159
Tabelle TA 10	Vollarbeiter, Versicherungsverhältnisse in 1.000, Arbeitsstunden in Mio. in den Jahren 2003 bis 2005	160

Unfallgeschehen

Tabelle TB 1	Meldepflichtige Unfälle (Arbeitsunfälle und Wegeunfälle) in den Jahren 2003 bis 2005	161
Tabelle TB 2	Neue Unfallrenten (Arbeitsunfälle und Wegeunfälle) in den Jahren 2003 bis 2005	162
Tabelle TB 3	Tödliche Unfälle (Arbeitsunfälle und Wegeunfälle) in den Jahren 2003 bis 2005	163
Tabelle TB 4	Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter in den Jahren 2003 bis 2005	164
Tabelle TB 5	Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1 Mio. Arbeitsstunden in den Jahren 2003 bis 2005	165
Tabelle TB 6	Neue Arbeitsunfallrenten je 1.000 Vollarbeiter in den Jahren 2003 bis 2005	166
Tabelle TB 7	Neue Arbeitsunfallrenten je 1 Mio. Arbeitsstunden in den Jahren 2003 bis 2005	167
Tabelle TB 8	Meldepflichtige Arbeitsunfälle nach Wirtschaftszweigen 2005	168
Tabelle TB 9	Tödliche Arbeitsunfälle nach Wirtschaftszweigen 2005	170
Tabelle TB 10	Meldepflichtige Wegeunfälle und neue Wegeunfallrenten je 1.000 Versicherungsverhältnisse in den Jahren 2003 bis 2005	172

Berufskrankheitengeschehen

Tabelle TC 1	Berufskrankheiten - Gesamtzahlen in den Jahren 2003 bis 2005	173
Tabelle TC 2	Anzeigen auf Verdacht von Berufskrankheiten, anerkannte Berufskrankheiten und neue Berufskrankheitenrenten nach Krankheitsarten in den Jahren 2003 bis 2005	174
Tabelle TC 3	Anzeigen auf Verdacht von Berufskrankheiten, anerkannte Berufskrankheiten und neue Berufskrankheitenrenten nach Krankheitsarten (gemäß DDR-BKVO) in den Jahren 2003 bis 2005	178
Tabelle TC 4	Todesfälle Berufserkrankter mit Tod infolge der Berufskrankheit in den Jahren 2003 bis 2005	179
Tabelle TC 5	Anerkannte Berufskrankheiten und neue Berufskrankheitenrenten nach Wirtschaftszweigen 2005	182

	Seite
Arbeitsunfähigkeit	
Tabelle TD 1	Arbeitsunfähigkeit - Diagnosen je 100 Versicherte - 2005 184
Tabelle TD 2	Arbeitsunfähigkeit - Tage je Diagnose - 2005 185
Tabelle TD 3	Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftszweigen, Geschlecht und Altersgruppen 2005 186
Tabelle TD 4	Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen, Geschlecht - Gesamt - 2005 187
Tabelle TD 5	Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen, Geschlecht - Altersgruppe jünger als 45 Jahre - 2005 188
Tabelle TD 6	Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen, Geschlecht - Altersgruppe 45 Jahre und älter - 2005 189
Tabelle TD 7	Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Atmungssystems - Diagnosen je 100 Versicherte - 2005 190
Tabelle TD 8	Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Atmungssystems - Tage je Diagnose - 2005 191
Tabelle TD 9	Arbeitsunfähigkeit infolge von Psychischen und Verhaltensstörungen - Diagnosen je 100 Versicherte - 2005 192
Tabelle TD 10	Arbeitsunfähigkeit infolge von Psychischen und Verhaltensstörungen - Tage je Diagnose - 2005 193
Tabelle TD 11	Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems - Diagnosen je 100 Versicherte - 2005 194
Tabelle TD 12	Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems - Tage je Diagnose - 2005 195
Tabelle TD 13	Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Verdauungssystems - Diagnosen je 100 Versicherte - 2005 196
Tabelle TD 14	Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Verdauungssystems - Tage je Diagnose - 2005 197
Tabelle TD 15	Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes - Diagnosen je 100 Versicherte - 2005 198
Tabelle TD 16	Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes - Tage je Diagnose - 2005 199
Tabelle TD 17	Arbeitsunfähigkeit infolge von Verletzungen und Vergiftungen - Diagnosen je 100 Versicherte - 2005 200
Tabelle TD 18	Arbeitsunfähigkeit infolge von Verletzungen und Vergiftungen - Tage je Diagnose - 2005 201
Tabelle TD 19	Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländer und Geschlecht 2005 202
Arbeitsbelastungen und Arbeitsanforderungen an Arbeitsplätzen	
Tabelle TE 1	Arbeitsbedingungen und Belastungen dadurch nach Geschlecht und Alter - Erwerbstätige insgesamt - 203
Tabelle TE 2	Arbeitsbedingungen und Belastungen dadurch nach Wirtschaftszweigen - Erwerbstätige insgesamt - 204
Tabelle TE 3	Arbeitsbedingungen und Belastungen dadurch nach Berufsbereichen - Erwerbstätige insgesamt - 205

Gesundheitliche Beschwerden während bzw. nach der Arbeit

Tabelle TF 1	Gesundheitliche Beschwerden und durchgeführte Behandlungen nach Geschlecht und Alter - Erwerbstätige insgesamt -	206
Tabelle TF 2	Gesundheitliche Beschwerden und durchgeführte Behandlungen nach Wirtschaftszweigen - Erwerbstätige insgesamt -	207
Tabelle TF 3	Gesundheitliche Beschwerden und durchgeführte Behandlungen nach Berufsbereichen - Erwerbstätige insgesamt -	208

Ressourcen und Aktivitäten des überbetrieblichen Arbeitsschutzes - Gewerbeaufsicht

Tabelle TG 1	Besichtigungstätigkeit der Gewerbeaufsicht in den Jahren 2003 bis 2005	209
Tabelle TG 2	Personalstand der Gewerbeaufsicht nach Ländern in den Jahren 2003 bis 2005	210

Ressourcen und Aktivitäten des überbetrieblichen Arbeitsschutzes - UVT

Tabelle TH 1	Personalstand der Aufsichts- und Beratungsdienste der gesetzlichen Unfallversicherungsträger in den Jahren 2003 bis 2005	212
Tabelle TH 2	Unternehmen und Vollarbeiter bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften in den Jahren 2003 bis 2005	213
Tabelle TH 3	Aufsichtstätigkeit der Aufsichts- und Beratungsdienste der gesetzlichen Unfallversicherungs- träger in den Jahren 2003 bis 2005	214
Tabelle TH 4	Beitragszuschläge und Beitragsnachlässe nach § 162 Abs. 1 SGB VII bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften 2005	216
Tabelle TH 5	Durchsetzungsmaßnahmen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger in den Jahren 2003 bis 2005	217
Tabelle TH 6	Anzahl der Sicherheitsbeauftragten in den Jahren 2003 bis 2005	217

Aus-, Weiter- und Fortbildung im Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit

Tabelle TI 1	Schulungskurse 2005	218
--------------	---------------------------	-----

Prävention und Wirtschaftlichkeit

Tabelle TK 1	Aufwendungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger in den Jahren 2003 und 2005	220
Tabelle TK 2	Aufwendungen für Unfallverhütung und Erste Hilfe in den Jahren 2003 und 2005 in 1.000 EUR (Kontengruppe 59)	221
Tabelle TK 3	Renten in den Jahren 2003 bis 2005	222
Tabelle TK 4	Volkswirtschaftliche Ausfälle im Wirtschaftszweig Land-, Forstwirtschaft und Fischerei nach Diagnosegruppen 2005	223
Tabelle TK 5	Volkswirtschaftliche Ausfälle im Wirtschaftszweig produzierendes Gewerbe (ohne Baugewerbe) nach Diagnosegruppen 2005	223
Tabelle TK 6	Volkswirtschaftliche Ausfälle im Wirtschaftszweig Baugewerbe nach Diagnosegruppen 2005	224
Tabelle TK 7	Volkswirtschaftliche Ausfälle im Wirtschaftszweig Handel, Gastgewerbe und Verkehr nach Diagnosegruppen 2005	224
Tabelle TK 8	Volkswirtschaftliche Ausfälle im Wirtschaftszweig Finanzierung, Vermietung und Unternehmensdienstleister nach Diagnosegruppen 2005	225
Tabelle TK 9	Volkswirtschaftliche Ausfälle im Wirtschaftszweig öffentliche und private Dienstleistungen nach Diagnosegruppen 2005	225

	Seite
Auf einen Blick	
Tabelle TL 1	Statistik der gesetzlichen Unfallversicherung 2005 226
Tabelle TL 2	Länderstatistik für die Jahre 2003 bis 2005 232
Zeitreihen	
Tabelle TM 1	Entwicklung der Basiszahlen ab 1960 233
Tabelle TM 2	Entwicklung der Arbeitsunfälle absolut und je 1.000 Vollarbeiter ab 1960 234
Tabelle TM 3	Entwicklung der Arbeitsunfälle der gewerblichen Berufsgenossenschaften absolut und je 1 Mio. Arbeitsstunden ab 1969 235
Tabelle TM 4	Entwicklung der Arbeitsunfälle nach Unfallversicherungsträgern je 1.000 Vollarbeiter ab 1960 236
Tabelle TM 5	Entwicklung der Wegeunfälle absolut und je 1.000 bzw. je 1 Mio. Versicherungsverhältnisse ab 1960 238
Tabelle TM 6	Entwicklung der anerkannten Berufskrankheiten nach Unfallversicherungsträgern ab 1978 239
Tabelle TM 7	Entwicklung ausgewählter Berufskrankheitsgruppen ab 1995 239
Tabelle TM 8	Entwicklung der Berufskrankheiten ab 1960 240
Tabelle TM 9	Entwicklung ausgewählter Berufskrankheiten ab 1975 241
Tabelle TM 10	Entwicklung der Aufwendungen der Unfallversicherungsträger ab 1960 243
Tabelle TM 11	Abhängig Erwerbstätige (ohne Auszubildende), die ständig bzw. regelmäßig unter besonderen zeitlichen Arbeitsbedingungen arbeiten, in Prozent aller abhängig Erwerbstätigen 244
Schülerunfallgeschehen	
Tabelle TS 1	Unfälle (Schul- und Schulwegunfälle) der Schüler, Studenten und Kinder in Tageseinrichtungen – Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand – in den Jahren 2003 bis 2005 245
Tabelle TS 2	Unfälle aus der Schülerunfallversicherung 2005 246
Tabelle TS 3	Schulwegunfälle 2005 246
Tabelle TS 4	Unfallversicherung für Schüler und Studenten sowie Kinder in Tageseinrichtungen Versicherte, Unfälle, Berufskrankheiten sowie Aufwendungen ab 1972 247

1. Das Wichtigste im Überblick

Dieser Bericht beschreibt den aktuellen Stand und die Entwicklungen im Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit im Zeitraum 2002-2005.

Auch im Berichtszeitraum setzt sich der anhaltende Rückgang bei den Unfallzahlen fort: Im Jahr 2005 ereigneten sich 21,2 % weniger meldepflichtige und 19,4 % weniger tödliche Arbeitsunfälle als in 2002. Bei den Wegeunfällen ist die Entwicklung ähnlich rückläufig. Ebenso sank im Berichtszeitraum auch die Zahl der angezeigten und der anerkannten Berufskrankheiten deutlich (11,9 % bzw. 10,0 %). Bei der Arbeitsunfähigkeit setzen sich die langjährigen Trends fort (vgl. Teil B).

Diese positiven Entwicklungen sind zum einen Ergebnisse erfolgreicher Prävention, spiegeln aber zum anderen ebenfalls die sich wandelnden Arbeitsbedingungen wider. Neue Arbeits- und Organisationsformen führen wie auch technische Weiterentwicklungen zu veränderten Belastungen und neuen / anderen Risiken in der Arbeitswelt. Hinzu kommen veränderte rechtliche Rahmenbedingungen, denen ebenso Rechnung getragen werden muss (Teil D).

Um ein umfassendes Bild der Aktivitäten im Arbeits- und Gesundheitsschutz zu zeichnen, ist es daher unumgänglich, verschiedene Aspekte dieses Wandels der Arbeitswelt zu beschreiben (Teil A). Neben Arbeitsbedingungen und sich ändernden Rahmenbedingungen, z. B. bei der Arbeitszeit, stellt der demographische Wandel eine der größten Herausforderungen dieser und zukünftiger Tage dar.

Mehr und mehr rücken auch die ökonomischen Aspekte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes – insbesondere der Zusammenhang zwischen Wirtschaftlichkeit und Prävention – in den Blickpunkt (Teil C).

Für eine detaillierte Beschreibung der Entwicklungen in der Arbeitswelt und insbesondere im Arbeits- und Gesundheitsschutz ist es daher notwendig, Maßnahmen, Projekte und Aktivitäten verschiedener Akteure darzustellen. Hier sind in erster Linie die staatlichen Arbeitsschutzaufsichtsbehörden (Teil F) und die Unfallversicherungsträger (Teil G) zu nennen. Eine andere Blickrichtung stellt die Betrachtung verschiedener Schwerpunkte wie z. B. des betrieblichen Gesundheitsmanagements in Deutschland dar (Teil E). Die Beschreibung des Schülerunfallgeschehens und die durchgeführten Präventionsmaßnahmen und Aktionen des Bundesverbandes der Unfallkassen schließen den Bericht ab (Teil H).

Die wichtigsten Zahlen im Überblick

	2005	gegenüber 2002
Erwerbstätige	38.823.000	+0,3 %
Meldepflichtige Arbeitsunfälle	1.029.520	-21,2 %
Tödliche Arbeitsunfälle	863	-19,4 %
<i>im Straßenverkehr</i>	223	-35,0 %
<i>im Betrieb</i>	640	-12,1 %
Meldepflichtige Wegeunfälle	187.830	-15,9 %
Tödliche Wegeunfälle	572	-16,6 %
Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit	62.569	-11,9 %
Anerkannte Berufskrankheiten	16.519	-10,0 %
<i>Neue Rentenfälle</i>	5.651	-0,6 %
Todesfälle Berufserkrankter mit Tod infolge der Berufskrankheit	2.600	+23,2 %
Kosten der gesetzlichen Unfallversicherung	12.466 Mio. €	-2,6 %
<i>Renten an Versicherte und Hinterbliebene</i>	5.759 Mio. €	-0,6 %
<i>Unfallverhütung und Erste Hilfe</i>	864 Mio. €	+5,9 %

2. Erläuterungen

An dieser Stelle werden die Begriffe, Abkürzungen, Logos und Piktogramme zu den Statistiken in den Kapiteln B und C sowie dem Tabellenteil erklärt.

2.1 Begriffe

Betrieb

Produktionsstätte, die Sachgüter oder Dienstleistungen erstellt, auch örtlich getrennte Niederlassungen der Unternehmen, einschl. der zugehörigen oder in der Nähe liegenden Verwaltungs- und Hilfsbetriebe.

In die Statistiken der gewerblichen Berufsgenossenschaften geht die Anzahl der Unternehmen (Betriebe, Verwaltungen, Einrichtungen, Tätigkeiten) ein, wobei sich die Einteilung nach Betriebsgröße unter Verwendung des statistischen Begriffs des Vollarbeiters am europäischen Standard orientiert.

Im Bereich der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften wird keine Größeneinteilung der Unternehmen nach Anzahl der Beschäftigten vorgenommen.

In den Statistiken der Bundesländer (Jahresberichte) gehen die Betriebe im Sinne von Betriebsstätten in die Statistik ein.

Betriebsstätte

Eine Betriebsstätte ist eine örtlich fixierte Geschäftseinrichtung, in dem das Unternehmen seine gewerbliche Tätigkeit ausübt.

In den Statistiken der Bundesländer zählen Filialbetriebe und Betriebsteile mit anders lautender Anschrift als einzelne Betriebsstätten. Nicht zu den Betriebsstätten zählen dagegen Baustellen, Anlagen ohne ständigen Arbeitsplatz (z. B. Aufzuganlagen in Wohnhäusern, Pumpstationen, Sprengstofflager), Ausstellungsstände auf Messen, Märkten und Volksfesten, Straßen und Wasserfahrzeuge, Heimarbeitsstätten und private Haushalte ohne Beschäftigte.

Erwerbstätige

Erwerbstätige sind Personen, die als Arbeitnehmer in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis stehen, als Selbständige ein Gewerbe bzw. eine Landwirtschaft betreiben, einen freien Beruf ausüben oder als mithelfende Familienangehörige tätig sind. Quelle der in diesem Bericht ausgewiesenen Erwerbstätigenzahlen nach Status (Arbeitnehmer, Selbständiger einschließlich mithelfender Familienangehöriger), Wirtschaftszweigen und Bundesländern sind die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Jahresdurchschnittszahlen (Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung, Rechenstand 2006). Für die Erwerbstätigenzahlen nach Geschlecht, Alters- und Berufsgruppen werden Jahresdurchschnittszahlen unter Zugrundelegung der Erwerbsstruktur des Mikrozensus berechnet.

Selbständige

Zu den Selbständigen gehören tätige Eigentümer und Miteigentümer in Einzelunternehmen und Personengesellschaften, selbständige Landwirte (auch Pächter), selbständige Handwerker, selbständige Handelsvertreter, freiberuflich und andere selbständig tätige Personen.

Mithelfende Familienangehörige

Zu den mithelfenden Familienangehörigen werden alle Personen gerechnet, die regelmäßig unentgeltlich in einem Betrieb mitarbeiten, der von einem Familienmitglied als Selbständiger geleitet wird.

Arbeitnehmer

Als Arbeitnehmer zählt, wer als Arbeiter, Angestellter, Beamter, Richter, Berufssoldat, Soldat auf Zeit, Wehr- und Zivildienstleistender, Auszubildender, Praktikant oder Volontär in einem Arbeits- und Dienstverhältnis steht und hauptsächlich diese Tätigkeit ausübt. Eingeschlossen sind auch Heimarbeiter.

Arbeitsunfall

Ein Arbeitsunfall ist ein Unfall, den eine versicherte Person infolge der Ausübung einer versicherten Tätigkeit innerhalb und außerhalb der Arbeitsstätte erleidet (vgl. § 8 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VII).

Meldepflichtiger Unfall

Ein Unfall ist gemäß § 193 SGB VII meldepflichtig, wenn eine versicherte Person durch einen Unfall getötet oder so verletzt wird, dass sie mehr als drei Tage arbeitsunfähig ist.

Wegeunfall

Als Wegeunfall wird jeder Unfall bezeichnet, den eine versicherte Person auf dem Weg zum oder vom Ort der versicherten Tätigkeit erleidet. Dabei handelt es sich schwerpunktmäßig um Straßenverkehrsunfälle, diese stellen mehr als die Hälfte der Wegeunfälle. Wegeunfälle sind gemäß § 8 Abs. 2 Nr. 1 bis 4 SGB VII den Arbeitsunfällen gleichgestellt.

Tödlicher Arbeits- oder Wegeunfall

Ein Unfall mit Todesfolge wird im Berichtsjahr registriert, wenn der Tod sofort oder innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall eingetreten ist (seit 1994 ist damit die Vergleichbarkeit mit anderen Todesfallstatistiken hergestellt).

Unfallquoten

Unfallquoten dienen der Beurteilung der durchschnittlichen Unfallhäufigkeit bezogen auf die geleistete Arbeitszeit (Arbeitsunfälle je 1 Mio. Arbeitsstunden) bzw. bezogen auf die Anzahl der Vollarbeiter (Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter).

Neue Arbeits- oder Wegeunfallrenten

Unter „neue Unfallrente“ wird derjenige Versicherungsfall aus der Gesamtmenge der Arbeits- bzw. Wegeunfälle

le ausgewiesen, für den im Berichtsjahr erstmals eine Rente an Versicherte (bzw. eine Abfindung) oder eine Rente an Hinterbliebene (bzw. ein Sterbegeld) durch Verwaltungsakt festgestellt worden ist. Das SGB VII bestimmt die Voraussetzungen für Rentenzahlungen. So muss als Voraussetzung für die Zahlung einer Rente an Versicherte eine Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 % über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus bestehen. Für die übrigen Versicherten, die einen Arbeits- oder Wegeunfall erleiden, erbringen die Unfallversicherungsträger Bar- und Sachleistungen für medizinische, berufliche und/oder soziale Rehabilitation.

Berufskrankheit

Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung auf der Grundlage von § 9 Abs. 1 SGB VII durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten (BK) bezeichnet und die Versicherte infolge der Ausübung einer versicherten Tätigkeit erleiden (vgl. Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vom 31. Oktober 1997 in der Fassung der Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV-ÄndV) vom 5. September 2002 - im nachfolgenden Text BK-Liste genannt). Darüber hinaus ermöglicht § 9 Abs. 2 SGB VII im Einzelfall die Anerkennung und Entschädigung einer nicht in der BK-Liste aufgeführten Krankheit wie eine Berufskrankheit, soweit aufgrund neuer Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft die Voraussetzungen für die Bezeichnung als Berufskrankheit vorliegen.

Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit

Ärzte und Zahnärzte haben nach § 202 Satz 1 SGB VII bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit die Anzeige zu erstatten. Für Unternehmer besteht nach § 193 Abs. 2 SGB VII Anzeigepflicht bei Anhaltspunkten für das Vorliegen einer Berufskrankheit. Es können jedoch auch Versicherte, Krankenkassen oder andere Stellen den Verdacht anzeigen.

Anerkannte Berufskrankheit

Als anerkannte Berufskrankheit gilt eine Krankheit, wenn sich der Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit im Feststellungsverfahren bestätigt hat, d.h. eine Krankheit gemäß § 9 Abs. 1 SGB VII vorliegt bzw. eine Krankheit, die gemäß § 9 Abs. 2 SGB VII wie eine Berufskrankheit zu entschädigen ist.

Neue Berufskrankheitenrente

Unter „neue Berufskrankheitenrente“ wird derjenige Versicherungsfall aus der Gesamtmenge der anerkannten Berufskrankheiten ausgewiesen, für den im Berichtsjahr erstmals eine Rente an Versicherte (bzw. eine Abfindung) oder eine Rente an Hinterbliebene (bzw. ein Sterbegeld) durch Verwaltungsakt festgestellt worden ist. Das SGB VII bestimmt mit § 56 Abs. 1 die Voraussetzungen für Rentenzahlungen. So muss als Voraussetzung für die Zahlung einer Rente an Versicherte eine Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 % über die 26. Woche nach Erkrankung hinaus bestehen.

Für die übrigen Versicherten, die an einer anerkannten Berufskrankheit leiden, erbringen die Unfallversicherungsträger Bar- und Sachleistungen für medizinische, berufliche und/oder soziale Rehabilitation.

Tod infolge einer Berufskrankheit

Tod als Folge einer Berufskrankheit wird dann angenommen, wenn die Berufskrankheit alleinige Ursache oder mindestens rechtlich wesentliche Teilursache des Todes war.

Unfallversicherungsträger

Unfallversicherungsträger sind die gewerblichen Berufsgenossenschaften, die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand und die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften.

Vollarbeiter

Die Zahl der „Vollarbeiter“ ist eine statistische Rechengröße und dient zur Berechnung von Unfallhäufigkeiten. Die verschiedenen zeitlichen Beschäftigungsverhältnisse (z. B. Teilzeitbeschäftigung, Überstunden) der Versicherten, werden zur Ermittlung der Zahl der Vollarbeiter auf Beschäftigungsverhältnisse mit normaler ganztägiger Arbeitszeit umgerechnet. In die Zahl der Vollarbeiter fließen anteilig z. B. auch ehrenamtlich Tätige, Blutspender und Arbeitslose ein, die ebenfalls in der Unfallversicherung versichert sind.

Versicherte in der gesetzlichen Unfallversicherung

Der § 2 SGB VII bezeichnet den kraft Gesetzes versicherten Personenkreis. § 3 bestimmt, dass unter bestimmten Voraussetzungen die Versicherungspflicht kraft Satzung erweitert werden kann. § 6 regelt die freiwillige Versicherung.

Versichert in der gesetzlichen Unfallversicherung sind demnach u.a. (beispielhafte, verkürzte Aufzählung):

- Beschäftigte (Arbeitnehmer),
- Lernende während der beruflichen Aus- und Fortbildung,
- Behinderte in Behinderten- bzw. Blindenwerkstätten,
- Landwirtschaftliche Unternehmer, ihre mitarbeitenden Ehegatten und sonstigen Familienangehörigen,
- Kinder während des Besuchs von Kindertagesstätten,
- Schüler und Studierende,
- Bestimmte Personen, die im Interesse des Gemeinwohls tätig werden (z. B. im öffentlichen Bereich ehrenamtlich Tätige, Hilfeleistende, Blutspender),
- Arbeitslose bei der Erfüllung ihrer Meldepflicht,
- Rehabilitanden,
- Selbsthelfer im öffentlich geförderten Wohnungsbau,
- Pflegepersonen,
- Gefangene bei einer Beschäftigung,
- Entwicklungshelfer,

- Unternehmer und ihre mitarbeitenden Ehegatten, die kraft Satzung versichert sind oder sich freiwillig versichert haben.

Für Beamte gelten besondere Vorschriften zur Unfallvorsorge.

Versicherungsverhältnisse

Aus der Beschreibung des versicherten Personenkreises (§§ 2, 3 und 6 SGB VII) resultieren Tätigkeiten, die den Versicherungsschutz der Unfallversicherung und damit ein Versicherungsverhältnis begründen. Diese Versicherungsverhältnisse werden einzeln erfasst, auch wenn bei der versicherten Person eine Mehrfachversicherung vorliegt z. B. als Arbeitnehmer, daneben als ehrenamtlich Tätiger und zeitweilig zusätzlich als Rehabilitand, Blutspender oder Ersthelfer.

Gewichtete Versicherungsverhältnisse

Da die für die Berechnung von Wegeunfallquoten optimale Bezugsgröße, nämlich die Zahl der auf dem Weg zur Arbeit zurückgelegten Kilometer, nicht zur Verfügung steht, wird die verfügbare Zahl der Versicherungsverhältnisse zugrunde gelegt. Die Zahl der Versicherungsverhältnisse wird jedoch für diejenigen Gruppen von Versicherten, die eine deutlich geringere Zahl von versicherten Wegen als Unternehmer und abhängig Beschäftigte zurücklegen entsprechend ihrem tatsächlichen Risiko gewichtet. Der Gewichtungsfaktor beträgt:

- für ehrenamtlich Tätige in Unternehmen, die Hilfe leisten 0,1;
- für Hausangestellte 0,3;
- für Versicherte bei nicht gewerbsmäßigen Bauarbeiten 0,25;
- für Arbeitslose 0,02;
- für Rehabilitanden 0,005;
- für Strafgefangene 0;
- für Blutspender 0,002;
- für Pflegepersonen 0,5 und
- für sonstige regelmäßig in nicht unerheblichem Umfang Tätige 0,01.

2.2 Abkürzungen




- a.n.g = anderweitig nicht genannt
- BK = Berufskrankheit
- BKV = Berufskrankheiten-Verordnung
- ICD = International Statistical Classification of Diseases (dt.: Internationale Klassifikation von Krankheiten)
- ISCO = International Standard Classification of Occupations (dt.: Internationale Standardklassifikation der Berufe)
- ISCO-HV = ISCO des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften
- Mrd. = Milliarden
- NACE = Nomenclature générale des activités économiques dans les Communautés euro-


péennes (dt.: Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft)

- RVO = Reichsversicherungsordnung
- SGB = Sozialgesetzbuch
- Tsd. = Tausend
- UVT = Unfallversicherungsträger
- WZ = Wirtschaftszweig










2.3 Symbole

Logos zur Differenzierung der Darstellungen nach den verschiedenen Unfallversicherungsträgern:

Gewerbliche Berufsgenossenschaften	
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand	

Hinweise im Textteil auf weiterführende Tabellen im Tabellenteil mit Tabellenbezeichnung: 

Piktogramme im Tabellenteil zur Differenzierung der Themenfelder im Tabellenteil:

Rahmendaten zur Situation von Sicherheit und Gesundheit	
Rechtliche Rahmenbedingungen	
Unfallgeschehen	
Berufskrankheitengeschehen	
Gesundheit und Arbeitsbedingungen	
Ressourcen und Aktivitäten des betrieblichen Arbeitsschutzes	
Aus-, Weiter- und Fortbildung im Bereich Sicherheit und Gesundheit	
Prävention und Wirtschaftlichkeit	
Schülerunfallgeschehen	

A. Arbeitswelt im Wandel

Der Wandel der Arbeitswelt mit neuen Formen der Arbeitsorganisation, mit neuen Beschäftigungsformen und mit neuen Technologien bedeutet Chancen für die Beschäftigten, z. B. Familie und Beruf besser vereinbaren zu können oder auch die eigene Qualifikation zu entwickeln, aber auch Risiken, denen begegnet werden muss (Abschnitt 1). Eine der größten Veränderungen der nächsten Jahre/Jahrzehnte ist sicherlich der demographische Wandel. Die notwendigen Veränderungen in der Arbeitswelt sollten nicht nur altersgerechte Arbeit, sondern auch alternsgerechte Arbeit einschließen (s. Abschnitt 2). Laut Umfrageergebnissen nehmen psychische Fehlbelastungen, die ein großes Gesundheitsrisiko darstellen, immer mehr zu. In den Focus geraten auch Arbeitsbereiche und Berufe mit Übergriffen durch Kunden, Patienten oder Klienten, die zu posttraumatischen Belastungsstörungen führen können und somit häufig langwierige Folgen haben (vgl. Abschnitt 3). Um den sich ändernden Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen, werden besondere Arbeitszeitmodelle entwickelt und eingeführt (vgl. Abschnitt 4). Eine Branche, die sich erst durch die sich wandelnden Arbeitsbedingungen stark entwickeln konnte, ist die Zeitarbeitsbranche (s. Abschnitt 5).

1. Arbeitsbedingungen in der Europäischen Union

1.1 Nationale und europäische Berichterstattung zum Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Erste Ergebnisse des 4. European Survey –

Voraussetzung für eine effiziente und erfolgreiche Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdung ist eine gesicherte Analyse der Zusammenhänge. Um zu gezielten Monitoringsystemen zu kommen, reicht es nicht, verfügbare Daten wahllos zu sammeln. Erforderlich ist vielmehr eine kontinuierliche Verbesserung vorhandener nationaler und europäischer Datenbasen, die Beiträge für die epidemiologische Analyse und Bewertung von Mortalität, Morbidität, Frühverrentung sowie von Zusammenhängen zwischen Exposition und Wirkung liefern. Eine Priorisierung von Handlungsfeldern, Definition von Hochrisikogruppen oder risikobehafteten Arbeitsbereichen ist nur auf der Basis eines soliden Kenntnisstandes möglich. Dabei sind je nach Themenschwerpunkt Daten verschiedenen Ursprungs einzubeziehen, z. B. Interventionsstudien, Gesundheitsberichterstattung, amtliche Statistiken (z. B. Krebsregister), Sekundärdatenbestände der Sozialversicherungsträger bzw. Erwerbstätigenstichproben, gesundheitsbezogene Datenbestände bei Verbänden etc. Neben den bei verschiedenen Akteuren im Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit vorhandenen Datenbeständen fordert eine Gesamterfassung der Arbeitssituation die Einbeziehung der Beschäftigtensicht. Denn die Beschreibung der Arbeitsbedingungen als ein strukturierender Indikator sowohl für die im Rahmen der Lissabon Agenda definierte Forderung nach „mehr und besseren Jobs“ (Qualität der Arbeit) als

auch als Basis für die Entwicklung von Qualifizierungsmaßnahmen zur Verbesserung der Employability-Standards macht gezielte Maßnahmen erst möglich.

In die Aktivitäten der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) zur Verbesserung der verfügbaren Datenbasis werden über die Datenbestände zur unmittelbaren Prävention von Krankheiten auch solche von übergreifender Bedeutung für andere Präventionsbereiche des Arbeitsschutzes wie Produktsicherheit u. ä. einbezogen.

Neben der nationalen Berichterstattung gewinnt der kontinuierliche Ausbau einer europäischen Gesundheitsberichterstattung sowie die Nutzung europaweiter Befragungen an Bedeutung. Im Rahmen dieser Berichterstattung stehen u. a. folgende Datensätze zur Verfügung:

- das Europäische Unfallgeschehen (ESAW),
- die Europäische BK-Statistik (EOODS),
- das europäische Haushaltspanel (ECHP),
- die Arbeitskräftestatistik (European Labour Force Survey LFS),
- das European Working Conditions Survey (EWCS).
- Europäisches Monitoring – Unterschiedliche Nutzungskonzepte von Survey-Daten

Seit 1991 führt die europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in 5-jährigen Abständen Beschäftigtenbefragungen in ganz Europa durch. Mit der vierten Befragung im Jahr 2005 liegen somit über einen Zeitraum von 15 Jahren Verlaufsdaten für die Entwicklung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in Europa vor. Im Rahmen dieser Erhebung wurde repräsentativ Beschäftigten in den verschiedenen europäischen Ländern der gleiche Fragenkatalog vorgelegt. Erstmals sind über die „alten“ 15 EU-Staaten hinaus, die seit 1991 in die Befragung einbezogen sind, auch die 10 neuen Mitgliedsstaaten der EU erfasst worden. Einschließlich sechs weiterer assoziierter Staaten wurden in 31 Ländern insgesamt 29.680 Beschäftigte befragt. Die nun vorliegenden Daten ermöglichen eine Einschätzung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in ganz Europa. Es kann aufgrund der hohen Vergleichbarkeit auch als „Benchmark“-Instrument zwischen den Staaten genutzt werden. Aufgrund der für die einzelnen Länder nur geringen Stichprobengröße sind differenzierte Aussagen, die als Indikatoren für spezifische Interventionen im Bereich der Arbeitswelt herangezogen werden könnten, daraus allerdings nicht ableitbar.

Zu diesem Zweck wird in der Bundesrepublik regelmäßig wiederkehrend eine differenzierte Bestandsaufnahme arbeitsweltbezogener Indikatoren durchgeführt. Die BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung gibt Aufschluss über Erwerbstätige und deren Arbeitsplätze in Deutschland. Anders als die Befragung im Rahmen des European Working Conditions Survey geht es hier um die Erfassung einer repräsentativen Erwerbstätigenstichprobe in einem Umfang, der eine ausreichende Datenbasis für differenzielle Subgruppenanalysen ermöglicht. Die aktuelle Erhebung von 2006 umfasst eine Stichprobe von ca. 20.000 Erwerbstätigen und wurde von der BAuA

gemeinsam mit dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) konzipiert. Im Tabellenteil sind einige Daten zu Arbeitsbedingungen (Tabellenteil TE) und gesundheitlichen Beschwerden (Tabellenteil TF) zu finden.

Die BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2005/2006 schließt konzeptionell an die Erwerbstätigenbefragungen zu Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen und zur aktuellen beruflichen Situation an, die erstmals 1979 in Kooperation mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) durchgeführt und in den Jahren 1985/86, 1991/92 und zuletzt 1998/99 wiederholt wurde. Die Schwerpunkte der Befragung wurden an aktuelle Erfordernisse und die Entwicklungen in der Arbeitswelt (z. B. Änderungen von Belastungsschwerpunkten) angepasst.

Die Analysen zur Belastungs- bzw. Beanspruchungssituation von Beschäftigten bzw. Beschäftigtengruppen an ihren Arbeitsplätzen stellt die Basis für vielfältige Interventionen dar. Vor dem Hintergrund veränderter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, eines rasanten Wandels der konstituierenden Bedingungen in der Arbeitswelt und der sich ändernden Zusammensetzung der Erwerbsbevölkerung (z. B. Demographischer Wandel) kommt der differenziellen Betrachtung von Branchen und Personengruppen in bezug auf ihre spezifische Risikokonstellation (Hochrisikogruppen) in der Arbeitswelt zur gezielten Prävention gesundheitlicher Beeinträchtigung oder qualifikatorischen Intervention eine besondere Bedeutung zu.

Erste Ergebnisse des 4. European Survey

Mit den Ergebnissen des 4. Survey der Stiftung zur Verbesserung von Lebens- und Arbeitsbedingungen in Europa liegen erstmals repräsentative und vergleichbare Daten zur Lebens- und Arbeitssituation in Europa unter Einbeziehung der neuen Mitgliedsstaaten vor. Beispielhaft sollen im Folgenden einige Aspekte aus dem Bereich der psychischen Belastungen im Arbeitsleben dargestellt werden. Weitergehende Informationen können auf der Homepage der Stiftung www.eurofound.eu.int eingesehen werden. Die Daten werden im Folgenden für die „alten“ EU-Staaten (EU-15), die „neuen“ Mitgliedsstaaten (NMS-10) und für Deutschland gegenüber gestellt. Am Beispiel verschiedener Indikatoren zu den Bereichen Handlungsspielräume, Arbeitsverdichtung und gesundheitliche Entwicklung werden Unterschiede aufgezeigt.

Indikatoren

Die Handlungsspielräume bei der Arbeit haben einen hohen Einfluss auf die Zufriedenheit und Motivation der Beschäftigten und, wie in vorliegenden Untersuchungen nachgewiesen werden konnte, auf die Fehlzeiten und die Frühverrentung. Damit kommt diesem Kriterium eine besondere Bedeutung bei der Arbeitsgestaltung zu. Mögliche Handlungsspielräume beziehen sich auf unterschiedliche Dimensionen der Arbeit. Sie betreffen die soziale Interaktion am Arbeitsplatz, den Einfluss auf die Arbeitsinhalte, zeitliche Aspekte der Arbeitsgestaltung etc.

Wie in Tab. A1 dargestellt, ergeben sich deutliche Unterschiede zwischen den Teilstichproben. In den neuen Mitgliedsstaaten ist der Anteil der Beschäftigten, die Einfluss nehmen können z. B. durch die Anforderung von Unterstützung durch Kollegen, Vorgesetzte und Externe deutlich höher als in den EU-15 Staaten oder speziell in Deutschland. Was den Einfluss auf die Wahl der Arbeitspartner und die zeitliche Gestaltung der Arbeit betrifft, geben in Deutschland deutlich weniger Beschäftigte an, Einfluss zu haben.

Dass sie genügend Zeit für ihre Arbeit zur Verfügung haben, bejahen 72,3 % der Beschäftigten in den neuen Mitgliedsstaaten. In den EU-15 Staaten bestätigen dies 68,7 % der Beschäftigten, in Deutschland lediglich 60,5 %. Trotzdem ist der Anteil der Befragten, die eine hohe oder ziemlich hohe Zufriedenheit mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleben in Deutschland mit 85,5 % der Befragten höher als in den EU-15 Staaten mit 80,9 % und den neuen Mitgliedsstaaten mit 73,4 %.

Arbeitsverdichtung

Zunehmende Arbeitsverdichtung ist ein Aspekt der Arbeitsgestaltung, der verstärkt in Zusammenhang mit Stresserleben und negativen Beanspruchungsfolgen diskutiert wird. Kriterien für die Arbeitsverdichtung sind beispielsweise „ein hohes Arbeitstempo“ und „die notwendige Einhaltung von knappen Terminen“. Dass von ihnen ein „hohes Arbeitstempo“ gefordert wird, bestätigen 61,1 % der Beschäftigten in den EU-15 Staaten. In den neuen Mitgliedsstaaten sind es lediglich 51,5 % der Beschäftigten, wohingegen 72,2 % in der deutschen Stichprobe über „hohes Arbeitstempo“ berichten.

„Die notwendige Einhaltung von Terminen“ ist für 59,1 % in den neuen Mitgliedsstaaten und 62,4 % in den

Tabelle A1

Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung der Arbeit

Prozentuale Angaben	Europa-25	Europa-15	NMS-10	Deutschland
Sie können Hilfe von Kollegen bekommen, wenn Sie danach fragen	67,1	65,5	76,6	64,9
Sie können Hilfe von Ihrem Vorgesetzten bekommen, wenn Sie danach fragen	56,1	54,5	65,8	58,3
Sie können Hilfe von Extern bekommen, wenn Sie danach fragen	32,0	30,6	40,1	29,5
Sie haben Einfluss auf die Auswahl Ihrer Arbeitspartner	23,7	23,5	24,6	17,9
Sie können Ihre Pause machen, wann Sie wollen	44,4	44,7	43,2	26,6
Sie haben genügend Zeit für Ihre Arbeit zur Verfügung	69,2	68,7	72,3	60,5

alten EU-Staaten (EU-15) Realität. In Deutschland geben dies sogar 70,9 % der Befragten an. Damit zeigt sich, dass die Arbeitsbedingungen in Deutschland im Vergleich zu den europäischen Stichproben EU-15 und NMS-10 noch stärker durch Zeitdruck geprägt sind.

Gesundheitliche Entwicklung

Was die Einschätzung der Situation im Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit betrifft, so hat sich der Anteil der Beschäftigten, die ihre Gesundheit durch ihre Arbeitssituation beeinträchtigt sehen, von 31 % in 1991 auf 27 % (2005) verringert. In Deutschland lag der Anteil 2005 mit 18,0 % erheblich unter dem europäischen Mittel. Die Betrachtung der neuen Mitgliedsstaaten zeigt, dass gerade in diesem Punkt deutliche Unterschiede zwischen den EU15-Ländern (25 %) und den neuen Mitgliedsstaaten (40 %) bestehen.

Die Frage, „ob sie mit 60 Jahren noch in der Lage sind, ihre jetzige Tätigkeit auszuführen“, bejahten 83,3 % in den EU-15 Staaten. Noch günstiger stellt sich die Situation in Deutschland dar (89,4 %). In den neuen Mitgliedsstaaten waren es dagegen lediglich 77,3 %.

Fazit

Die dargestellten Vergleichsdaten zeigen, dass der European Working Conditions Survey eine solide Basis für einen allgemeinen Vergleich zwischen europäischen Staaten liefert. Eine Nutzung zur differenzierteren Analyse in bezug auf Personengruppen, Wirtschaftszweige oder Tätigkeiten auf nationaler Ebene ist damit allerdings aufgrund der kleinen Stichprobe nicht möglich. Hier ist die nationale Datenerfassung, wie sie in der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung erfolgt, unerlässlich.

Aus den Ergebnissen des 4. Survey der Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen ergeben sich unterschiedliche politische Handlungsnotwendigkeiten. Die Unterschiede zwischen den EU-15 Staaten und den neuen Mitgliedsstaaten im Hinblick auf strukturbezogene Daten und auf die Einschätzung der Arbeitssituation weisen auf Handlungsbedarf auf europäischer Ebene hin. Auf nationaler Ebene sind neben den Schlussfolgerungen aus dem europäischen Vergleich nationale Daten zur detaillierten Analyse für die Ableitung von Handlungsfeldern zwingend erforderlich.

1.2 Europäische Informationsquellen

Auf europäischer Ebene sind in den letzten 15 Jahren Weichenstellungen in Richtung auf einen europäischen Arbeitsschutz erfolgt. Vorschriften, untergesetzliche Regelungen, Forschungsprogramme sowie Informationsaustausch zu bestehenden und zukünftigen Problemen des Arbeitsschutzes gewinnen auf europäischer Ebene mehr und mehr an Bedeutung. In Folge dieser Aktivitäten muss auch die Arbeit an der europäischen und internationalen Normensetzung, der Bildung von Netzwerken zum Informationsaustausch, zur gemeinsamen Forschung und Lösung von Problemen und deren Verbrei-

terung sowie zur Planung und Abstimmung zukünftiger Aufgaben verstärkt betrieben werden.

Umfassende statistische Daten über Arbeitsbedingungen, Beschäftigung, Berufskrankheiten usw. in ganz Europa liegen durch periodisch durchgeführte Erhebungen bei Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>) und der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (www.eurofound.eu.int) in Dublin als gemeinsame Datenbasis vor.

Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (<http://osha.europa.eu/info>) in Bilbao bildet eine weitere wichtige Quelle für Informationen zu Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in Europa. Im Rahmen der Europäischen Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006 wurde die Agentur mit der Bildung einer Beobachtungsstelle für Risiken (Risk Observatory) beauftragt. Für den Aufbau dieser Beobachtungsstelle hat die Agentur in Bilbao ein sogenanntes **Topic Center Risk Observatory (TC RO)** eingerichtet.

Die Sammlung von Informationen, ihre Aufbereitung und Bewertung wird seit 2005 durch das TC RO geleistet. Es handelt sich hierbei um ein Konsortium von sieben führenden Arbeitsschutzinstitutionen der Europäischen Union. Leitende Organisation ist das französische „Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles“ (INRS). Deutschland ist über die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und das Berufsgenossenschaftliche Institut für Arbeitsschutz (BGIA) vertreten. Weitere Partner sind die Arbeitsschutzinstitute aus Polen (CIOP), Spanien (INSHT), Belgien (Prevent) und aus Finnland (FIOH).

Die Ziele des TC RO sind:

- Erstellung eines Überblicks über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit in Europa
- Beschreibung von Trends
- Abschätzung von Änderungen in der Arbeitswelt mit Folgen für Sicherheit und Gesundheit (neu auftretende Risiken) bei der Arbeit.

Zur Umsetzung der Ziele wird ein ganzheitlicher Ansatz gewählt. Es werden vom TC RO sowohl historische als auch aktuelle Daten gesammelt, analysiert und aufbereitet, um hieraus mögliche Trends erkennen zu können. Besonders wichtig ist der Blick in die Zukunft. Durch den Einsatz geeigneter Prognosemethoden sollen neu auftretende Risiken vorzeitig identifiziert werden.

Die Arbeit im Topic Center ist bestimmt durch die jährlichen Arbeitsprogramme der Agentur, die in komplexen Abstimmungsverfahren durch Beratergruppen, die Focal Points der einzelnen Mitgliedsstaaten oder den Verwaltungsrat beeinflusst werden können. Die Beteiligung der Sozialpartner ist in allen Gremien gegeben.

Die Ergebnisse des TC RO werden auf einer eigens eingerichteten Website präsentiert (<http://riskobservatory.osha.europa.eu/>).

2. Demographie

2.1 Altersgerechtes und altersgerechtes Arbeiten in Deutschland in Zeiten des demographischen Wandels

Deutschland muss sich den Herausforderungen des demographischen Wandels stellen! Niedrige Geburtenrate und steigende Lebenserwartung werden Bevölkerungszahl, Altersstruktur und Beschäftigtenstruktur in Deutschland verändern.

Die demographische Entwicklung in Deutschland

Laut mittleren Schätzungen des Statistischen Bundesamtes (2003) wird die Bevölkerung Deutschlands bis 2050 auf 75 Mio. sinken, wenn

- die seit Jahren niedrige Geburtenhäufigkeit von 1,4 Kindern pro Frau weiterhin auf diesem Niveau verharret,
- die Lebenserwartung von neugeborenen Jungen im Jahr 2050 die prognostizierten 81,1 Jahre und die der Mädchen 86,6 Jahre betragen und somit rund sechs Jahre höher liegen wird als heute und
- ein jährlicher Nettowanderungsgewinn von 200.000 Menschen vorausgesetzt wird.

Geburtenhäufigkeit und Lebenserwartung wirken sich jedoch nicht nur auf die Bevölkerungszahl aus, sondern auch auf deren Altersstruktur. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung Deutschlands wird bis 2050 deutlich steigen: von 40,6 Jahren (2001) auf ca. 48 Jahre.

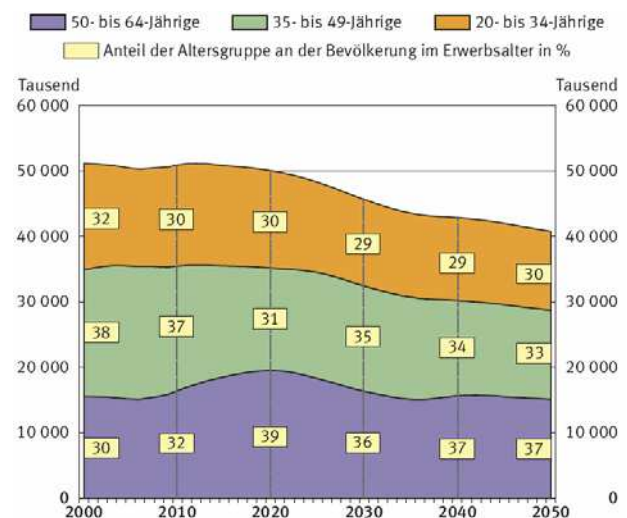
Folgen für die Erwerbsbevölkerung

Diese Entwicklungen haben auch Einfluss auf die Bevölkerung im Erwerbsalter:

- Nach der mittleren Variante der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2001 45,3 Millionen Personen (55 % der Bevölkerung) im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 59 Jahren. Im Jahr 2050 werden es 35,5 Millionen Personen (47,2 % der Bevölkerung) und damit um 21,6 % weniger sein als 2001. Das gesamte Erwerbspersonenpotential wird ab 2025 bis 2050 um 15 % kleiner.
- Heute stellt die Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen mit fast 20 Millionen Menschen knapp 40 % der Bevölkerung im Erwerbsalter. Bis zum Jahr 2050 wird sie auf 14 Millionen schrumpfen.
- Die Zahl der 30- bis 40-Jährigen sinkt zwischen 2010 und 2020 bereits um ein Fünftel.
- Die Zahl der Jüngeren (20 bis 34 Jahre) schwankt in den nächsten Jahrzehnten, geht ab 2030 ebenfalls stark zurück und beträgt im Jahr 2050 nur noch 12 Millionen (2001: 16 Millionen).
- Ab 2010 steigt aber die Zahl der 50- bis 64-Jährigen und geht nach 2020 ebenso beschleunigt wieder auf etwa das heutige Niveau von 15 Millionen zurück.
- Simulationsrechnungen des Statistischen Bundesamtes zeigen einen Anstieg der über 50-Jährigen an den

Abbildung A 1

Altersaufbau der Bevölkerung im Erwerbsalter¹⁾



1) Ab 2002 Schätzwerte der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 5 „mittlere“ Bevölkerung; Mittlere Wanderungsannahme W2 (jährlicher Saldo von mindestens 200 000) und mittlere Lebenserwartungsannahme L2 (durchschnittliche Lebenserwartung 2050 bei 81 bzw. 87 Jahren).

Statistisches Bundesamt 2003 - 15 - 0224

gesamten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in der Industrie von gegenwärtig über 20 % auf ca. 40 % in den kommenden 15 Jahren.

Betriebe müssen also in Zukunft (nach 2020) nicht nur mit weniger Erwerbspersonenpotenzial rechnen, sondern auch mit einer durchschnittlich älteren Belegschaft erfolgreich im globalen Wettbewerb bestehen.

Warum ein Handeln heute so wichtig ist

Das Verhältnis der Bevölkerung im Rentenalter (als potenzieller Leistungsempfänger beispielsweise von Rentenversicherung) zur Bevölkerung im Erwerbsalter spielt insbesondere bei der Alterssicherung eine große Rolle. Der so genannte Altersquotient gibt an, wie viele Menschen im Rentenalter 100 Personen im Erwerbsalter gegenüber stehen und hängt somit vom durchschnittlichen Renteneintrittsalter ab. Dieses beträgt zurzeit nur ca. 60 Jahre, so dass als Erwerbsalter das Alter von 20 bis 59 Jahre definiert wird.

Eine langfristige Betrachtung des Altersquotienten zeigt einen erheblichen Anstieg von 44 im Jahr 2001 auf 78 in 2050. Ein deutlich niedrigerer Altersquotient würde sich dann ergeben, wenn seine Renteneintrittsaltergrenze nicht bei 60 sondern bei 65 Jahren läge. Unter dieser Bedingung würde der Altersquotient in 2050 nur 55 Personen im Rentenalter zu 100 Personen im Erwerbsalter betragen.

Aufgrund der Zahlen wird deutlich, dass Deutschland vermeiden muss, die älteren Erwerbstätigen frühzeitig in den Ruhestand zu entlassen. Zwar ist in den vergangenen Jahren die Beschäftigungsquote Älterer mittlerweile auf 45,4 % (Eurostat, 2005) angestiegen, doch muss bis 2010 laut EU-Vorgaben eine Quote von 50 % erreicht werden.

Definition „Ältere“

Es gibt keine allgemeingültigen Kriterien, nach denen eine Kategorie der Älteren formuliert werden kann. Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung sieht eine fließende Grenze von 45 bis 55 Jahren für diese Altersgruppe vor. Andere Autoren geben z. B. ein Alter zwischen 45 und 65 Jahren an. In der wissenschaftlichen Literatur wird eine durch das chronologische Alter festgelegte Grenze abgelehnt, da die Symptomatik des Alterns und des Alters an individuellen Beobachtungen festgestellt und bewertet werden muss. Präventive Maßnahmen sind dementsprechend nur auf den Einzelnen zuzuschneiden.

Dies fordert ein Umdenken in Gesellschaft, Politik und Wirtschaft. So ist eine Bewertung der Leistungsfähigkeit allein nach dem kalendarischen Alter wegen der starken Streuung der Leistungsvoraussetzungen innerhalb der Gruppe der Älterwerdenden nicht möglich. Personelle Merkmale, Berufsbiographie, Konstitution und Trainingsgrad stellen neben den Arbeitsbedingungen wichtige Einflussgrößen auf die Leistungsvoraussetzungen dar.

Unterschiede Ältere/Jüngere

Da die Leistungsfähigkeit ein individueller Parameter ist, der im Alter stark streut und beeinflussbar ist, muss von einem Stärken- bzw. ressourcenorientierten Ansatz ausgegangen werden, der es möglich macht, auch im Alter Stärken zu entwickeln und Leistung zu erhalten. Älterwerden bedeutet beispielsweise

- Reduzierung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Verlangsamung geistiger Prozesse
- Verminderung von Seh- und Hörfähigkeit
- Abnahme körperlicher Belastbarkeit und Ausdauer
- Nachlassen der Gedächtnisleistung
- Abnahme der Reaktionsgeschwindigkeit

...aber auch

- Stabile intellektuelle Fähigkeiten
- Mobilisierung von Leistungsreserven
- Hohes Expertenwissen
- Berufliche Erfahrung
- Gespräch- und Urteilsfähigkeit
- Zuverlässigkeit
- Loyalität
- Soziale Kompetenz

In Tab. A2 sind exemplarisch einige Unterschiede zwischen Jung und Alt aus der Sicht von Betrieben wiedergegeben.

Doch selbst wenn in vielen Betrieben mittlerweile ein positives Altersbild im Sinne eines kompetenzorientierten Modells Einzug hält (vgl. „Das Demographie Netzwerk (ddn)“; www.inqa-ddn.de) und auch politische Rahmenbedingungen (Stichwort „Rente mit 67“) geschaffen werden, um die Beschäftigungsquote Älterer zu erhöhen, müssen vor allem in den Betrieben selbst Ar-

Tabelle A2

Unterschiede zwischen Jung und Alt aus Sicht von Betrieben

Leistungspotenziale	Jüngere Beschäftigte	Ältere Beschäftigte
Erfahrungswissen	●	● ● ●
Theoretisches Wissen	● ●	● ●
Kreativität	● ● ●	●
Lernbereitschaft	● ● ●	●
Lernfähigkeit	● ● ●	●
Arbeitsmoral, -disziplin	●	● ● ●
Einstellung zur Qualität	●	● ● ●
Zuverlässigkeit	●	● ● ●
Loyalität	●	● ● ●
Teamfähigkeit	● ●	● ●
Führungsfähigkeit	●	● ● ●
Flexibilität	● ● ●	●
Körperliche Belastbarkeit	● ● ●	●
Psychische Belastbarkeit	● ●	● ●
Beruflicher Ehrgeiz	● ● ●	●

● ● ● sehr häufig genannt, ● ● häufig genannt, ● wenig genannt

Quelle: „Mit Erfahrung die Zukunft meistern“, Altern und Ältere in der Arbeitswelt, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2. Auflage, Dortmund 2004: INIFES/SÖSTRA

beitsbedingungen so gestaltet werden, dass ein gesundes, leistungsfähiges und motiviertes Arbeiten bis ins Alter möglich wird.

Altersgerechtes und alternsgerechtes Arbeiten in Deutschland

Trotz all der Kompetenzen und Potenziale Älterer, darf dennoch nicht vergessen werden, dass Altern ein natürlicher Prozess ist, der mit Leistungsveränderungen auf körperlicher und geistiger Ebene einhergehen kann. So können Körperkräfte und Sinnesfunktionen abnehmen, geistige und körperliche Prozesse sich verlangsamen, sowie längere Erholungszeiten notwendig werden. Allerdings ist hier von einer starken interindividuellen Variabilität („differentielles Altern“) auszugehen, da das Ausmaß dieser Veränderungen von mehreren Faktoren beeinflusst wird:

- Betriebliche Bedingungen (z. B. Arbeitsbedingungen, dauerhafte Belastungsintensität, Vorsorgesystem und -qualität)
- Soziale Faktoren (z. B. Work-Life-Balance, soziale Unterstützungssysteme, Beschäftigungsform, Erwerbsstatus, Kumulation der Belastungsfolgen aus dem gesamten Erwerbsleben)
- Individuelle Faktoren (z. B. biologisches Alter, Geschlecht, Ausbildung, Lebensstil)
- Sozialpolitische Rahmenbedingungen (z. B. Bildungs-, Renten- u. Gesundheitspolitik)

Demzufolge sagt das kalendarische Alter allein nichts über die Arbeitsfähigkeit eines Menschen aus. Vielmehr wird die Arbeitsfähigkeit durch die Interaktion von Indi-

viduum und Arbeit (Erwerbsbiographie) definiert. Das Arbeitsfähigkeitskonzept beruht dabei auf vier Ebenen:

- Gesundheit: körperliche, psychische und soziale Ressourcen
- Ausbildung & Kompetenz: einschließlich spezifischer Fähigkeiten, berufliches Erfahrungswissen
- Werte & Einstellungen: einschließlich Motivation und Arbeitszufriedenheit
- Arbeit: körperliche, psychische und soziale Arbeitsanforderungen, Arbeitsgestaltung und Führungsverhalten (Illmarinen, 2003; Freude et al., 2000).

Die Arbeitsfähigkeit kann also – abhängig von den Bedingungen auf den einzelnen Ebenen – mit dem Alter abnehmen, gleich bleiben oder sich verbessern. Zur Verbesserung können dabei gezielte Maßnahmen beitragen. Festzustellen ist auch, dass viele Arbeitnehmer über individuelle Kompensationsstrategien verfügen, um altersbedingten Leistungseinschränkungen zu begegnen.

Bereits junge Beschäftigte können eine geringe Arbeitsfähigkeit aufweisen, unter Umständen sogar eine geringere als ältere. Deshalb ist die Zielgruppe im demographischen Wandel nicht auf die Gruppe der über 50-Jährigen zu beschränken, sondern es sind auch die jungen Beschäftigten mit einzubeziehen, weil diese das Erwerbspersonenpotenzial von Morgen sind.

Es geht also zum einen darum, die Arbeit für die heute älteren Beschäftigten altersgerecht zu gestalten, da diese in ihrem Erwerbsleben bereits seit mehreren Jahren branchen- und berufsspezifischen Belastungen (Frieling & Gösel, 2003) ausgesetzt waren und da deren „altersbedingte“ Beschwerden häufig arbeitsbedingt sind. Zum anderen geht es für die heute jüngeren Beschäftigten darum, arbeitsbedingte Beschwerden im Alter – insbesondere bei Berufen mit begrenzter Tätigkeitsdauer – zu vermeiden. Deshalb soll eine altersgerechte Arbeitsgestaltung frühzeitig und präventiv auf den folgenden Handlungsfeldern gleichzeitig ansetzen:

- Altersgerechte und lernförderliche Arbeitsgestaltung,
- Qualifizierung und Personalentwicklung im Erwerbsverlauf,
- Gesundheits- und Eingliederungsmanagement,
- Unternehmenskultur,
- Arbeitszeitgestaltung (und Altersübergang) sowie
- Personalplanung und Wissenstransfer (Kistler et al., 2006).

Gesundheit als Basis für Arbeitsfähigkeit soll dabei im Mittelpunkt stehen und durch ein betriebliches Gesundheitsmanagement (www.sozialnetz.de/ca/um/tvq) nachhaltig gefördert werden. Mit Blick auf die Berechnungen der Prognos AG (2006) zum stetig steigenden Arbeitsmarktbedarf an Personen mit hohem Qualifikationsniveau spielen Lebenslanges Lernen und Qualifizierung zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit¹ ebenfalls eine

¹ vgl. www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/Demographischer-Wandel/tik-aelterwerden-in-beschaefigung.html

besondere Rolle. Hier ist vor allem auch der Arbeitgeber gefragt, Bedingungen für ein lebenslanges Lernen zu schaffen, d. h. adäquate Arbeitsanforderungen zwecks Vermeidung von Über- oder Unterforderung zu stellen, Qualifizierungsmaßnahmen zu ermöglichen, Job Rotation, Projektarbeit und Teamarbeit – vor allem auch intergenerative Zusammenarbeit – zu fördern, sowie mittel- und langfristige Berufsperspektiven – auch horizontal – zu schaffen.

Um die Arbeit für die heute älteren Beschäftigten altersgerecht zu gestalten, sollten alterskritische Arbeitsanforderungen vermieden werden:

- Handhaben schwerer Lasten
- einseitige Körperbelastungen
- Zwangshaltungen
- Hitze
- Lärm
- schlechte Beleuchtung
- Arbeit unter Zeitdruck
- Taktgebundenheit
- keine Erholungszeiten, unflexible Arbeitszeiten, Schichtarbeit
- kurzfristige Bewältigung neuer und untrainierter Aufgaben
- Nichtanpassung an individuelle Leistungsvoraussetzungen
- Notwendigkeit differenzierten Hör- und Sehvermögens
- Gleichzeitige Erledigung verschiedener Aufgaben

Stattdessen sollten Älteren zum Beispiel folgende gut geeignete Aufgaben zuteil werden, die keine oder wenige alterskritische Anforderungen aufweisen:

- Tätigkeiten in der Qualitätssicherung
- Verantwortungsvolle Überwachungsaufgaben
- Unterstützung und Beratung in Vertrieb und Service
- Tätigkeiten in der Instandhaltung/Wartung
- Hausinterne Dienstleistungen (z. B. Facility Management)
- Administration in der Warenwirtschaft
- Tätigkeiten an den Schnittstellen von Forschung und Entwicklung und Produktion
- Arbeiten im direkten Kundenkontakt
- Qualifizierung und Schulung jüngerer Mitarbeiter/innen
- Krisenintervention in stecken gebliebenen Projekten
- Interimmanagement, Führungstätigkeiten
- Vorbereitung eines betrieblichen Wissensmanagements (u. a. Reindl, 2005)

Fazit

Letztendlich sollte es mit Blick auf die Prognosen des Statistischen Bundesamtes und anderer wissenschaftlicher Einrichtungen und unter präventiven Gesichtspunkten nicht nur um altersgerechtes Arbeiten für die heute

älteren Beschäftigten gehen. Ziel sollte vielmehr die Ermöglichung eines altersgerechten Arbeitens für die Beschäftigten aller Altersgruppen sein, auch für die heute 20-34-Jährigen, um deren Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit vom Berufseinstieg an zu erhalten und zu fördern. Nur so kann den Effekten des demographischen Wandels, also der Alterung der deutschen Bevölkerung, der sinkenden Bevölkerungszahl, dem rückläufigen Erwerbspersonenpotenzial bei gleichzeitig steigendem Durchschnittsalter der Erwerbspersonen, der Verringerung der jungen qualifizierten Nachwuchskräfte und der erhöhten Konkurrenz bei der Rekrutierung des Fachkräftenachwuchses, den neuen Wachstumsmärkten („Silbermarkt“) und der erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsleistungen begegnet werden.

Quellen

Eurostat (2005): Beschäftigungsquoten älterer Erwerbstätiger insgesamt (1994-2005). <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Freude, G.; Ullsperger, P.; Dehoff, W. (2000): Zur Einschätzung von Vitalität, Leistungsfähigkeit und Arbeitsbewältigung älterer Arbeitnehmer. 1. Auflage. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht, Fb 876).

Frieling, E.; Gösel, C. (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik – Wo besteht in der deutschen Wirtschaft besonderer Handlungsbedarf? Expertise für die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans Böckler Stiftung, Kassel.

Ilmarinen, J. (2003): Promotion of Work Ability during Ageing. In: Masaharu Kumashiro (ed.). Ageing and Work. London: Taylor & Francis.

INQA Demographie (2006): FAQs zum demographischen Wandel in der Arbeitswelt. www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/Demographischer-Wandel/tik-aelterwerden-in-beschaeftigung.html

Kistler, E.; Ebert, A.; Guggemos, P.; Lehner, M.; Buck, H.; Schletz, A. (2006): Altersgerechte Arbeitsbedingungen (Machbarkeitsstudie). Sachverständigen Gutachten im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.).

Prognos AG (2006): Deutschland Report 2030: Wo steht Deutschland wirklich? Das Kompendium zur Zukunft Deutschlands. Basel (www.prognos.de).

Reindl (2005): BMBF-Vorhaben Demografie-Initiative II; www.demowerkzeuge.de

Statistisches Bundesamt (2003): Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

2.2 Altersgerechte Arbeitsgestaltung

Die demographische Entwicklung der deutschen Bevölkerung wirkt sich zwangsläufig auch auf den Arbeitsmarkt aus. Eine „Erhöhung der Erwerbsbeteiligung, insbesondere bei älteren Menschen, Frauen, Zuwanderern und jungen Leuten; (eine) Förderung aktiven Alterns dadurch, dass Anreize zum vorzeitigen Eintritt in den Ruhestand abgebaut werden“ sind Forderungen, die der Europäische Rat im März 2003 in Brüssel an die Mitgliedsstaaten mit Blick auf die dynamische Entwicklung des Altenquotienten richtete. Die erforderlichen Reformen des Arbeitsmarkts, die wegen des schwindenden Anteils an Erwerbsfähigen eine längerfristige Beschäftigung bis zum Eintritt ins Rentenalter vorsehen,

lenkten zugleich den Blick auch auf die Anforderungen und Bedingungen der verfügbaren Arbeit. Die Forderung nach einer altersgerechten Arbeitsgestaltung ist umfassender als die Anforderungen, die das Arbeitsschutzgesetz an Sicherheit und Schutz der Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit verlangt. Es handelt sich hier nicht um Maßnahmen, die die älteren Erwerbspersonen als schutzbedürftige Beschäftigtengruppe betrachtet, so wie es für Jugendliche gilt. Vielmehr bedeutet es, dass bereits bei jungen Erwerbspersonen und denen mittleren Alters die Anforderungen der Arbeit so zu gestalten sind, dass sie bis zum Eintritt in das Rentenalter arbeitsfähig bleiben. Die Forderung nach einer altersgerechten Gestaltung der Arbeit muss daher nicht allein als Aufforderung an die Unternehmen verstanden werden, sondern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, Voraussetzungen für eine langfristige Sicherung der Erwerbsfähigkeit ihrer Bevölkerung zu schaffen.

Eine altersgerechte Gestaltung der Arbeit bedeutet, dass die dem natürlichen Alterungsprozess unterliegenden Veränderungen der körperlichen und psychischen Fähigkeiten und der Belastbarkeit berücksichtigt und die erforderliche Zeit zur Regeneration der Kräfte in die Arbeitsabläufe und in die Arbeitsorganisation einbezogen werden. Daraus leiten sich generelle Anforderungen an eine ergonomische Arbeitsgestaltung ab. Eine grundlegend gute Gestaltung nach arbeitswissenschaftlichen und ergonomischen Kriterien erfordert nur wenige zusätzliche Maßnahmen, um einen Arbeitsplatz für die sich mit dem Alter ändernden Bedürfnisse anzupassen. Prinzipiell erweitern Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung das Spektrum an Maßnahmen, das moderne Unternehmen als ihre Unternehmenskultur und Wertschätzung ihres Personals anbieten.

Ein den Arbeitsanforderungen angepasstes Zeitmanagement im Betrieb sollte durch Maßnahmen wie altersgemischte Teams, Job-Rotation und/oder Teilzeitangebote dazu beitragen, dass gesundheitlich eher belastende Tätigkeiten durch andere Arbeitsaufgaben kurz- oder mittelfristig wieder ausgeglichen werden können, um so einer Überforderung frühzeitig vorzubeugen. Derartige Tätigkeitswechsel erfordern natürlich die Bereitschaft, sich geänderten Anforderungen durch Lernprozesse zu stellen. Für die Unternehmen ist dies die Chance, der im Betrieb vorhandenen Belegschaft weiterbildende Qualifizierungsangebote zu unterbreiten, mit denen sich das Unternehmen neuen wirtschaftlichen Herausforderungen stellen kann. Angesichts eines schrumpfenden Anteils an Erwerbsfähigen, die dem Arbeitsmarkt in der Zukunft zur Verfügung stehen, wird die Initiative der Unternehmen gefordert sein, derartige Qualifizierungschancen für ihre Mitarbeiter bereit zu halten. Umgekehrt wird diese Bereitschaft zum lebenslangen Lernen zukünftig eine wesentliche Voraussetzung für jeden Arbeitnehmer sein, seine Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit bis zum Eintritt in das Rentenalter aufrecht zu erhalten. Bei der Laufbahngestaltung sollten frühzeitig damit verbundene Veränderungen des beruflichen Werdegangs vorbereitet und eingeplant werden und am Arbeitsmarkt durch Angebote zur Weiterbildung für jede Altersgruppe unterstützt werden. (www.inqa-demographie.de)

Publikationen

Grünbuch „Angesichts des demographischen Wandels – eine neue Solidarität zwischen den Generationen“, Mitteilung der Kommission der Europäischen Gemeinschaften, KOM(2005) 94 endg.

Kerschbaumer, J., Schroeder, W.: Sozialstaat und demographischer Wandel, Vewrlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2005

Adenauer, S., Burse, M. et al: Demografische Analyse und Strategieentwicklung in Unternehmen, Institut für angewandte Arbeitswissenschaften e.V., Köln 2005

Lehner, M.: Die Arbeitsmarktchancen Älterer in Anbetracht des demographischen Wandels - drei Regionen im Vergleich. Augsburg: AIP Augsburg Integration Plus GmbH 2005

Morschhäuser, M.: Reife Leistung. Personal- und Qualifizierungspolitik für die künftige Altersstruktur. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung 2006

Kistler, E.; Ebert, A.; Guggemos, P.; Lehner, M.; Buck, H.; Schletz, A.: Altersgerechte Arbeitsbedingungen. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2006

2.3 Die ergonomische Gestaltung von Produkten für Ältere

Die Kenntnis von altersgemäßen Veränderungen des Menschen (vgl. Tabelle A2 im Abschnitt 2.1) und die Anpassung von Arbeits- und Hilfsmitteln sind letztlich von eminenter Bedeutung für das wirtschaftliche und soziale Wohlergehen des einzelnen und der Gesamtbevölkerung. Wegen der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Dimension der zukünftig anstehenden und z. T. schon heute existierenden Probleme in Bezug auf „Ältere am Arbeitsplatz“ sind bei verschiedenen Institutionen Forschungsvorhaben eingeleitet worden, die der Optimierung der ergonomischen Eigenschaften von Produkten für ältere Arbeitnehmer zum Inhalt haben. Da der Anteil der über 60-Jährigen schon bis zum Jahr 2025 voraussichtlich auf ein Drittel der Gesamtbevölkerung ansteigen wird, ist nicht nur die Anpassung der ergonomischen Eigenschaften der Arbeitsplatzumgebung und

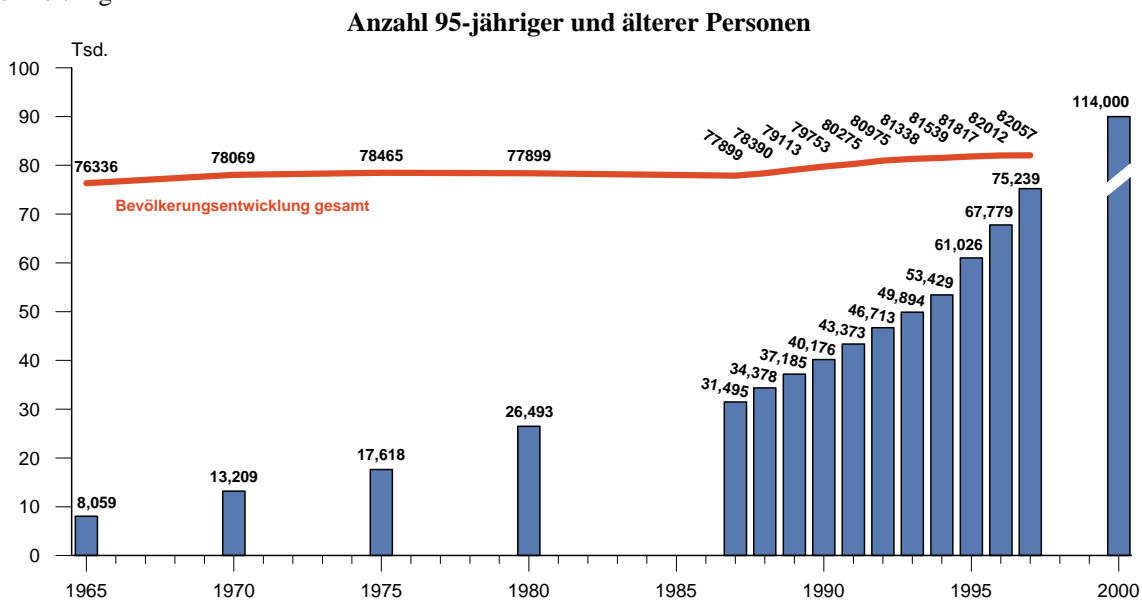
der Arbeitsmittel von elementarer Bedeutung, sondern auch die der Produkte wie Konsumgüter für den privaten Bereich. Die Verbesserung von Produkten für Ältere hat daher die veränderten Baumaße, Körperbewegungsmaße und die veränderten grob- und feinmotorischen Bewegungsmöglichkeiten von Älteren zu berücksichtigen, sowie auch Wahrnehmungsfähigkeit, Reaktionsgeschwindigkeit und Konzentrationsfähigkeit zu untersuchen und zu bewerten. Die Gewinnung von Erkenntnissen über Körpermaße und mögliche Bewegungseinschränkungen bieten daher eine optimale Voraussetzung für die ergonomische Optimierung von Produkten für die Nutzung durch ältere Menschen. Als Voraussetzung für die Gestaltung und das Design von Produkten für Ältere müssen in einem ersten Schritt die Zusammenhänge zwischen Anthropometrie und Ergonomie erfasst werden.

Anthropologische Messungen

Bisher wissenschaftlich nicht untersuchte anthropometrische, psychophysische und Leistungsparameter älterer Erwachsener und deren Einschätzung im Vergleich zu jungen Erwachsenen werden untersucht und ein Anforderungskatalog zur ergonomischen Optimierung bei der Produktgestaltung für ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen entwickelt. Weiterhin werden produktionsbezogene Konstruktionshinweise zur Gestaltung von Produkten für Ältere aufgestellt, die den altersspezifischen Voraussetzungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprechen. Neben der Entwicklung von Fragebögen zur Erfassung von subjektiv empfundenen altersbedingten Problemen der älteren Erwachsenen beim Umgang mit Produkten werden ergonomisch relevante Körpermaße bei Versuchspersonen im Alter von 50 bis 70 Jahren und Personen im Alter von 30 bis 50 Jahren erfasst.

Die Ermittlung körperlicher Bewegungseinschränkun-

Abbildung A 2



Quelle: Ursula Lehr, Psychologie des Alterns, 10. Auflage, Wiebelsheim 2003; Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Statist. Jahrbuch 2002

gen, die Hautleitfähigkeit, Reaktionsgeschwindigkeiten und Konzentrationsfähigkeit, Muskelanspannung, EKG und Atemfrequenz älterer Probanden werden mit den Daten der jüngeren verglichen um während standardisierter Aufgaben die psychosensorische und psychomotorische Beanspruchung beurteilen und bewerten zu können. Auf diesem Wege werden Anforderungskataloge zur Optimierung der Eigenschaften von Produkten für Ältere entwickelt und in den nachfolgenden Schritten für die Praxis umgesetzt.

In dem z. Z. bearbeiteten BAuA-Fremdforschungsprojekt F 1299 „Optimierung der ergonomischen Eigenschaften von Produkten für ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, Teil 1 Anthropometrie / Ergonomie“ werden die in dieser Ausführlichkeit und diesem Umfang bisher noch nicht erhobenen Daten erfasst und die Voraussetzungen und Fähigkeiten von jungen und älteren Erwachsenen im Detail studiert, um vor dem Hintergrund des demographischen Wandels den Arbeitsplatz, Produkte für diesen und Arbeitsmittel den zukünftigen Anforderungen anzupassen.

Gestaltung von Produkten für Ältere

Nachdem die oben angeführten Schritte bezüglich der offenen Fragen der Anthropometrie und Ergonomie für Ältere abgeschlossen sind, wird in einer einleitenden Defizitanalyse ein Prüfschema und eine Kriterienliste entwickelt, die anhand von Beispielen aus dem Konsumgüterbereich und repräsentativen Beispielen von Arbeitsmitteln erarbeitet wird. Ein entsprechender Arbeitsplan zur Entwicklung umfasst in Folge eine Handlungsanalyse, die Informationen über Defizite in der Interaktion zwischen Arbeitsmittel, Nutzer und Umgebung aufzeigt und in besonderem Maße die Informationsergonomie einschließt. Methodisch kommen dabei Benutzerinterviews, die Beobachtung des Arbeitsprozesses und die Aufzeichnung mithilfe von Videokamera und Standbildern zum Einsatz. Zur Entwicklung von Kriterienlisten, Prüfschemata und Handlungsanleitungen zur altersgerechten und/oder altersunabhängigen Produktgestaltung werden auf der Grundlage der abgeleiteten Prüfkriterien repräsentative Arbeitsmittel wie Handbohrmaschine, Schrauber, Stichsäge, aber auch Funktionseinheiten eines Bildschirmarbeitsplatzes beurteilt. Zu diesem Zweck werden Baugruppen wie Bedienteile, Ausgabeeinheiten, Stellteile, Griffe etc. auf ihre ergonomische Qualität für ältere Nutzer untersucht und zur Dokumentation der Ergebnisse mittels eines Prüfpanels mit potentiellen Nutzern unterschiedlicher Altersgruppen verglichen.

Exemplarisch werden Produkte aus dem Privatbereich geprüft, die jedoch auch als Migrationsprodukte Eingang in den betrieblichen Bereich finden können. An Mobiltelefonen, Küchengeräten, Fernseh- und Videogeräten werden dann altersgerechte bzw. altersunabhängige Produkte auf ihre Gebrauchstauglichkeit zu prüfen sein. Bei der Entwicklung des Prüfschemas werden beispielhafte Detaillösungen in Bezug auf Haltekräfte, Griffsituationen und Gewichts-, Kraft- und Drehmomentverringereung erfasst.

Das BAuA-Fremdforschungsprojekt F 1300 „Optimierung der ergonomischen Eigenschaften von Produkten für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer – Gestaltung / Design“ ergänzt und komplettiert praxisbezogen obengenanntes Projekt. Es hat das Ziel, die Gestaltung von Arbeitsmitteln und von Produkten für ältere Menschen weiterzuentwickeln und die Gebrauchstauglichkeit von Produkten zu überprüfen und praxisnahe Lösungsvorschläge und Gestaltungsbeispiele zu entwickeln.

Die Gestaltung von Produkten für Ältere vollzieht sich nach aktuellen Erkenntnissen in fünf verschiedenen grundsätzlichen Stufen:

- Problemstellung: Entwurf der Rahmenbedingungen, „Brainstorming“
- Informationsphase: Zusammenstellung zielgruppenspezifischer Informationen
- Analysephase: Funktions-, Handlungs- und technische Analyse
- Konzeptphase: Auswahl und Entscheidung der Geräte-/Produktarchitektur
- Designphase: Entwicklung von Designideen, Definition des „Industrial Designs“

Heute geht man davon aus, dass die ergonomische Gestaltung von Produkten für Ältere eine optimale Gebrauchstauglichkeit und im Idealfall unabhängig vom Lebensalter gegeben sein sollte. Dieses Ergebnis wird dann als „Design for All“ oder „Universal Design“ bezeichnet. Zukünftige Forschung wird weitergehende Erkenntnisse erbringen müssen, um den individuellen, politischen und wirtschaftlichen Anforderungen auch durch die ergonomische Gestaltung von Produkten für Ältere gerecht zu werden.

Weiterführende Literatur

Alles grau in grau? Ältere Arbeitnehmer und Büroarbeit, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund 2006 (in Druck)

Wohlbefinden im Büro – Arbeits- und Gesundheitsschutz bei der Büroarbeit, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund 2005

Demographischer Wandel und Beschäftigung – Plädoyer für neue Unternehmensstrategien, INQA, Dortmund 2004

Mit Erfahrung die Zukunft meistern – Altern und Ältere in der Arbeitswelt, INQA, Dortmund 2004

Alt und Jung – gemeinsam in die Arbeitswelt von morgen! – Alter, Altern und Beschäftigung, Ein Ratgeber für die betriebliche Praxis, Dortmund 2004

Buck, Hartmut; Schletz, Alexander (Hrsg.) Ergebnisse des Transferprojektes Demotrans, erschienen in der Broschürenreihe: Demographie und Erwerbsarbeit, Stuttgart 2004 (www.demotrans.de)

Lehr, Ursula, Psychologie des Alterns, 10. Auflage, Wiebelsheim 2003

Bullinger, Hans-Jörg (Hrsg.): Zukunft der Arbeit in einer alternden Gesellschaft, erschienen in der Broschürenreihe: Demographie und Erwerbsarbeit, Stuttgart 2002 (www.demotrans.de)

2.4 Die Demographie-Initiative des Programms „Innovative Arbeitsgestaltung – Zukunft der Arbeit“

Innovationsforschung im Arbeitsleben dient der Bewältigung zukünftiger Herausforderungen. Innovationsfähigkeit bedeutet, zukünftige Entwicklungen vorausschauend in den Blick zu nehmen, um für sie rechtzeitig Handlungsmöglichkeiten bereitzuhalten.

Dies gilt auch und insbesondere für den demographischen Wandel.

Zwar gab es zu Beginn dieses Jahrhunderts hierzu eine intensive Diskussion in der Fachwissenschaft, in der Politik sowie in den Arbeitgeber- und Berufsverbänden, die Unternehmensebene erreichte diese Diskussion aber noch nicht.

Demografie-Initiative 1

Anfang 2002 startete das BMBF daher die „Demografie-Initiative 1“, die von den drei Berufsverbänden: Verband Deutscher Maschinen- und Anlagenbau (VDMA) mit überwiegend mittleren Unternehmen, Zentralverband der Elektro- und Elektronikindustrie (ZVEI) mit größeren und kleineren Unternehmen und Zentralverband Sanitär/Heizung/Klima (ZVSHK) mit Kleinunternehmen aus dem Handwerk durchgeführt wurde. Insgesamt waren 130 kleine und mittelständische Unternehmen direkt in die Förderung eingebunden.

Wichtige Ziele waren:

- Schaffung eines Problembewusstseins auf der Unternehmensebene. (Einsicht in die Anforderungen des technisch-ökonomischen Wandels unter neuen demografischen Bedingungen)
- Die Themen und Wirkungen des demografischen Wandels – sinkende Geburtenquote, Nachwuchsmangel, Alterung der Belegschaften, usw. – mit den Managementinstrumenten der Unternehmen zu verknüpfen (Integration in die Managementinstrumente)
- Entwicklung neuer Formen des Umgangs mit durchschnittlich älteren Belegschaften, um Nachwuchs- und Fachkräftemangel zu begegnen und die Innovationsfähigkeit der Betriebe zu sichern (Erweiterung der Managementinstrumente)
- In der Arbeitsorganisation gehörte dazu: altersgemischte Team- und Gruppenarbeit, horizontaler Tätigkeitswechsel, lern- und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung etc.
- In der Personalpolitik waren u. a. betroffen: Personalrekrutierung, begleitende Lernkonzepte; ausgewogene Alters- und Personalstrukturen, Laufbahngestaltung etc.

Demografie-Initiative 2

Aufgabe der Projekte in der „Demografie-Initiative 2“ war es, die in den Betrieben erfolgreich eingesetzten Werkzeuge zusammenzustellen und in besonderer Weise aufzubereiten. Als Werkzeuge werden hier Vorgehensweisen, Verfahren und Instrumente zur Analyse, Planung und Umsetzung verstanden, die nachweisbar be-

trieblich erprobt worden sind und zu einer betrieblichen Lösung geführt haben.

Folgende Werkzeuge wurden so ausgearbeitet, dass sie direkt von den Unternehmen angewendet werden können:

Demographieorientierte Analyse und Planung

- Altersstrukturanalyse
- Leitfaden zur Selbstanalyse
- Strategieentwicklung im Handwerk

Unterstützung von Personalfunktionen

- Personalgewinnung
- Weiterbildung und Personalentwicklung
- Personaleinsatz
- Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung
- Berufsaustritt, Übergang in die Rente, Nachfolgeplanung

Unternehmenskultur

- Wertschätzungs-Trainings
- Audit Familienfreundlicher Betrieb

Dieser Werkzeugkasten ist für alle Interessierten zugänglich über

- den Internet-Auftritt www.demowerkzeuge.de (verlinkt mit dem Internet-Auftritt aus dem ebenfalls vom BMBF geförderten Vorhaben „Öffentlichkeits- und Marketingstrategie demographischer Wandel“ – www.demotrans.de) und
- die Broschüre „**Demografischer Wandel – (k)ein Problem! Werkzeuge für betriebliche Personalarbeit**“ (diese Broschüre wurde in einer Auflage von 5.000 Exemplaren gedruckt und verteilt, eine Neuauflage ist in Vorbereitung).

Veröffentlichungen zur Demografie-Initiative 1

Reindl, Josef; Feller, Carola; Morschhäuser, Martina; Huber, Achim: Für immer jung? Wie Unternehmen des Maschinenbaus dem demografischen Wandel begegnen. VDMA Verlag, Frankfurt am Main, 2004

Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie e.V. (ZVEI): Herausforderung demografischer Wandel. Good-Practice in der Elektrotechnik- und Elektronikindustrie, Frankfurt am Main, Sept. 2002

Zentralverband Sanitär Heizung Klima (Hg.): Demographie-Initiative – Betriebliche Strategien einer altersgerechten Arbeits- und Personalpolitik. Schwerpunkte, Lösungsansätze, Ergebnisse. Broschürenreihe „Demographie und Erwerbsarbeit“, Stuttgart 2003

3. Stress, Übergriffe und traumatisierende Ereignisse am Arbeitsplatz

3.1 Stress – Entwicklungstendenzen und Handlungserfordernisse

Stress in der Arbeitswelt: steigende Verbreitung, zunehmendes Gesundheitsrisiko

Stress ist im heutigen Leben allgegenwärtig und wird gelegentlich sogar als Zivilisationsplage bezeichnet. In erster Linie gilt dies für die Arbeitswelt, die sich rasch wandelt; in der Kopfarbeit, der Umgang mit Informations- und Kommunikationstechnik und mit rasch wech-

selnden Anforderungen immer wichtiger wird und in der das Humanvermögen, insbesondere die menschliche Kreativität, als eine der wichtigsten Ressourcen gilt. Ständiger Zeit- und Leistungsdruck wirkt sich dann umso gravierender aus. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2003 den Stress als die größte Gesundheitsgefahr des 21. Jahrhunderts bezeichnet. Der Stress am Arbeitsplatz, aber auch die Folgen fehlender Arbeit (Arbeitslosigkeit) spielen dabei eine zentrale Rolle. Zahlreiche in Deutschland und in Europa durchgeführte wissenschaftliche Untersuchungen belegen die Entwicklung einer Bedeutungszunahme psychosozialer Belastungsfaktoren bei der Arbeit. So ergab die von BIBB und IAB 1998/1999 unter 35 Tausend Deutschen durchgeführte Repräsentativbefragung, dass ca. die Hälfte der Beschäftigten eine Zunahme solcher Formen von Stress im Arbeitsleben wie Zeit- und Leistungsdruck im Zeitraum der letzten zwei Jahre vor der Befragung angeben. Das entspricht hochgerechnet einer absoluten Zahl von ca. 17 Millionen Erwerbspersonen.

Diese Entwicklung wird durch einen beschleunigten, global verlaufenden Wandel in der Arbeitswelt forciert, und drückt sich in erhöhtem Leistungs- und Konkurrenzdruck, der Forderung nach Flexibilität, Mobilität, ständiger Erreichbarkeit sowie längeren Arbeitszeiten aus. Darüber hinaus gilt die mit dem anhaltenden Trend zum Personalabbau verbundene Arbeitsplatzunsicherheit als besonders gravierender Belastungsfaktor (Fehlzeitenreport 2005, WidO 2006).

Von den Beschäftigten wird diese Entwicklung als Zunahme der Beanspruchung reflektiert. Nach Untersuchungsergebnissen des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) aus dem Jahr 2005 fühlt sich rund ein Drittel der 32.000 Befragten von Hektik, Zeitdruck, allgemein hohem Arbeitstempo und zu großen Arbeits-

mengen stark belastet (s. Abb. A3).

Stress im Allgemeinen wie auch Stress am Arbeitsplatz im Besonderen werden zunehmend mit Störungen der psychischen Gesundheit in Verbindung gebracht (WHO, 2006). Deutlich wird dies u. a. in der steigenden Anzahl von Fällen ärztlich diagnostizierter Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen – während der Krankenstand insgesamt zurückgeht (DAK, 2005).

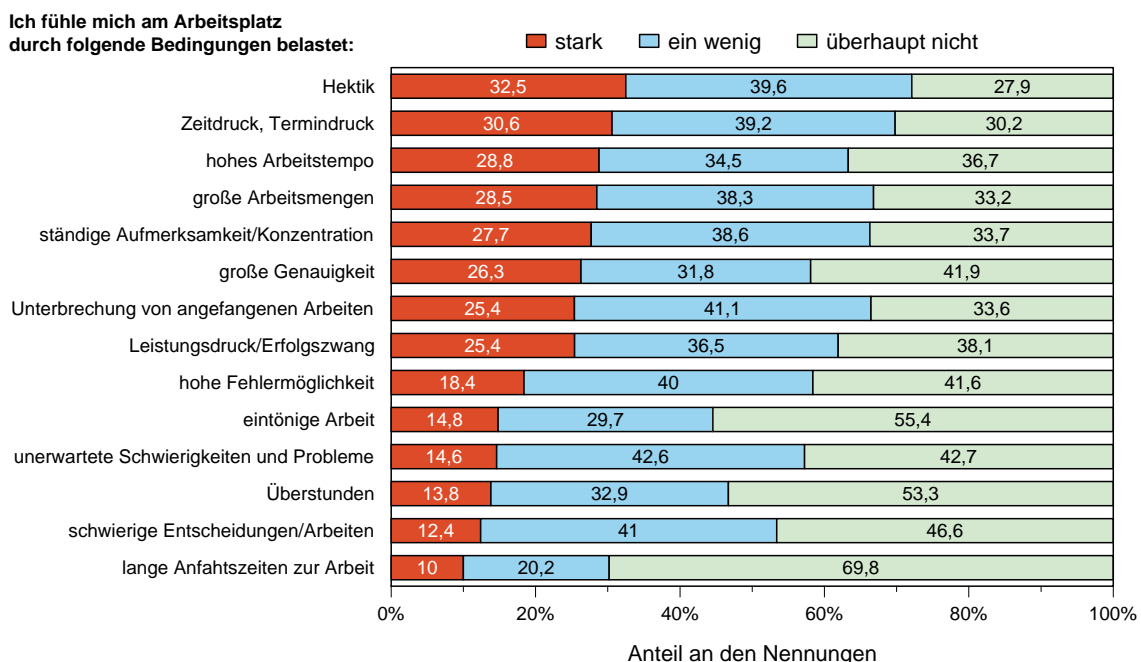
Eine zunehmende Zahl von internationalen Untersuchungen wie etwa die britische Whitehall-Studie II zeigen deutliche Zusammenhänge zwischen arbeitsbedingtem Stress und psychischen Gesundheitsstörungen, wie Burnout, chronischer Erschöpfung und depressiven Verstimmungen (Siegrist 2005). Aktuelle Forschungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) untersuchen den Zusammenhang zwischen arbeitsbedingtem Stress und depressiven Störungen eingehender, um präventive Maßnahmen auf diesem Gebiet gezielter unterstützen zu können. Angesichts der dargestellten Entwicklungen wird dieses Handlungsfeld für den Arbeits- und Gesundheitsschutz in Zukunft noch an Bedeutung zunehmen.

Legt man den in den letzten Jahren international erreichten Forschungsstand zu Grunde, lassen sich darüber hinaus gesicherte Zusammenhänge zwischen arbeitsbedingtem chronischem Stress und einer Reihe anderer gesundheitlicher Störungen und Erkrankungen aufzeigen; dies betrifft – neben anderen Beschwerden – vor allem die besonders gravierenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems.

Gesundheitsgefährdender Stress am Arbeitsplatz kann im einzelnen vielfältige Ursachen haben und hängt dabei auch vom persönlichen Erleben des Einzelnen ab. Breit angelegte internationale Studien konnten nachweisen,

Abbildung A3

Psychische Belastungen und Stressfaktoren aus Sicht der Beschäftigten



WidO 2005 (Vetter, Redmann 2005)

dass insbesondere das Herzinfarktrisiko von Beschäftigten um so größer ist

- je geringere Handlungsspielräume sie haben, um ihre Arbeit bei hohen Anforderungen (z. B. Zeit- und Leistungsdruck) zu bewältigen,
- je weniger sie mit sozialer Unterstützung von Vorgesetzten und Kollegen bei der Arbeit rechnen können,
- wenn es zu einem ausgeprägten Missverhältnis zwischen dem Arbeitsengagement und der erlebten Anerkennung und Belohnung für die eigene Arbeit kommt (z. B. in Form von geringer Bezahlung, blockierten Aufstiegschancen und Arbeitsplatzunsicherheit).

Aus solchen Befunden abgeleitete theoretische Modelle sind nicht nur für die Erklärung der Ursachen des gesundheitsgefährdenden Stress von Bedeutung, sondern liefern zugleich wichtige praxisrelevante Hinweise für die Durchführung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen, die es in den nächsten Jahren zu verstärken gilt. Denn die mit chronischem Stress verbundenen Erkrankungen sind mit erheblichem menschlichen Leid und hohen Kosten für Unternehmen, das Sozialsystem und die Gesellschaft insgesamt verbunden. Die materiellen Kosten, die arbeitsbedingter Stress und dessen Folgeprobleme verursachen, werden europaweit auf ca. 5- 10 % des BSP geschätzt. Dabei wird oft übersehen, dass chronischer Arbeitsstress auch in einem engen Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten Verhaltensänderungen und damit verbundenen Risikofaktoren wie Rauchen, Fehlernährung oder Bewegungsmangel steht. Umso wichtiger sind nachhaltige Bemühungen zur Vermeidung bzw. Bekämpfung von arbeitsbedingtem Stress. Beispielsweise könnten nach konservativen Schätzungen durch eine konsequente Bekämpfung stressfördernder Bedingungen am Arbeitsplatz 10 % aller Herzinfarkte im Erwerbsalter verhindert werden (Siegrist 2004).

Laufende Aktivitäten und weitere Handlungserfordernisse

Diese offensichtlichen Handlungsnotwendigkeiten haben seit Ende der achtziger Jahre auf europäischer und deutscher Ebene zahlreiche Aktivitäten nach sich gezogen: Dies gilt insbesondere für die betriebliche Gesundheitsförderung, eine dem Arbeitsschutzgesetz entsprechende Gefährdungsbeurteilung sowie für die Durchführung wissenschaftlicher Studien. Diese zielen auf der Basis stresstheoretischer Modelle darauf, Erkrankungsrisiken von Beschäftigten besser abschätzen und den Nutzen präventiver Maßnahmen durch Interventionen auf betrieblicher Ebene nachweisen zu können (wie z. B. bei Busfahrern, bei Beschäftigten in Call Centern und in der Pflege).

Wichtige Impulse gingen diesbezüglich von der Europäischen Union aus, die im Rahmen ihrer **Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006** die Verhütung von arbeitsbedingtem Stress als wichtiges Handlungsziel benennt und die Verbreitung von Erkenntnissen und Handlungshilfen auf

diesem Gebiet gefördert hat. Unverkennbar ist auf europäischer Ebene und auch in den Mitgliedsstaaten das Bewusstsein für den hohen Stellenwert des Themas „Stress am Arbeitsplatz“ gestiegen. Mit der **Initiative „Neue Qualität der Arbeit“** (INQA; www.inqa.de) werden seit 2001 unter dem Leitgedanken „Gemeinsam handeln – jeder in seiner Verantwortung“ Aktivitäten von Arbeitsschutzakteuren und Unternehmen gebündelt und miteinander vernetzt, wobei „Stress am Arbeitsplatz“ einen Schwerpunkt darstellt.

Darüber hinaus haben die europäischen Sozialpartner im Oktober 2004 im Rahmen des Sozialen Dialoges eine **Rahmenvereinbarung über arbeitsbedingten Stress** verabschiedet. Diese Vereinbarung zielt darauf ab, ein gemeinsames Problemverständnis zu schaffen und Maßnahmen zur Vorbeugung, Beseitigung oder Verminderung von Problemen durch arbeitsbedingten Stress voranzutreiben.

Trotz aller Fortschritte in dieser Hinsicht haben die Aktivitäten und Initiativen zur Stressprävention bisher allerdings noch keine ausreichenden Erfolge auf breiter Front erzielen können. So macht die ganzheitliche Gefährdungsbeurteilung psychischer Fehlbelastungen unter Einbeziehung der Beschäftigten nur allmählich Fortschritte. Daher bedarf es zusätzlicher Anstrengungen, damit Unternehmen ihrer diesbezüglichen Verpflichtung tatsächlich nachkommen.

Neben der Durchsetzung gesetzlicher Anforderungen verlangt eine konsequente Stressprävention Aktivitäten auf mehreren, miteinander verbundenen Handlungsfeldern, die von der BAuA zusammen mit ihren Partnern gezielt bearbeitet werden:

- die praxisgerechte Aufbereitung, Zusammenstellung und Verbreitung internationaler Forschungsergebnisse zu „arbeitsbedingtem Stress“,
- die Unterstützung von Aktionen und Initiativen auf nationaler, regionaler und Branchenebene,
- die Verstärkung der europäischen Netzwerkarbeit und der Austausch mit europäischen Partnern,
- die Aufarbeitung betrieblicher Erfahrungen zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Fehlbelastungen und zur Stressintervention,
- die Entwicklung und Verbreitung qualitätsgesicherter und praxisgerechter Instrumente zur Erfassung psychischer Fehlbelastungen und Stress. Dazu bietet die BAuA auf ihrer Homepage eine Toolbox zur Information über alle verfügbaren Instrumente an (s. a. Kapitel E 4.3). Die deutsche Version eines im nordischen Raum bewährten Instrumentes zur Erfassung und Bewertung psychischer Arbeitsbelastungen (COPSOQ – Copenhagen Psychosocial Questionnaire) ist mit Unterstützung durch die BAuA für die Anwendung in Deutschland validiert worden.
- die Darstellung und Verbreitung von betrieblichen und branchenbezogenen Beispielen „Guter Praxis“ im Bereich der Stressprävention.

Vor diesem Hintergrund und insbesondere im Hinblick auf die Erfordernisse der betrieblichen Praxis wird die

BAuA ein internetgestütztes Portal „Stress-Arbeit-Gesundheit“ aufbauen. Ein nationales Internetportal kann dazu beitragen, einzelne (z. B. regionale, branchenbezogene) Aktivitäten und Initiativen miteinander zu verbinden und so eine Plattform für die unterschiedlichen Akteure auf dem Feld des Arbeits- und Gesundheitsschutzes anbieten. Zudem leistet es einen (ergänzenden) Beitrag, um das oben dargestellte Sozialpartnerabkommen der europäischen Sozialpartner zu arbeitsbedingtem Stress umzusetzen.

Quellen

Badura/Schellschmidt/Vetter (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2005: Schwerpunktthema: Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit - Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft; Berlin 2006

GEO-Magazin, Ausgabe 03/2002: Zivilisationsplage Stress

DAK-Gesundheitsreport 2005 – Schwerpunkt Angst und Depressionen, Hamburg 2005

Nübling, M. u. a.: Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2005 (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; Fb 1058).

Siegrist, J.: Soziale Determinanten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen – neue Erkenntnisse und ihre Bedeutung für die Prävention. Paderborn u. a.: Verlag Ferdinand Schöningh 2004

Siegrist, J.; Rödel, A.: Chronischer Distress im Erwerbsleben und depressive Störungen: epidemiologische und psychobiologische Erkenntnisse und ihre Bedeutung für die Prävention, in: Junghans, G.; Ullsperger, P. (Red.): Arbeitsbedingtheit depressiver Störungen. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2005 (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; Tb 138)

Vetter, C ; Redmann, A: Arbeit und Gesundheit - Ergebnisse aus Mitarbeiterbefragungen in mehr als 150 Betrieben, WIDO-Materialien 52, Wiss. Inst. der AOK, Bonn 2005 (130 S.: zahlr. graph. Darst.)

WHO-Regionalbüro für Europa (Hrsg), Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen: Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO, Kopenhagen 2006

3.2 Gewalt am Arbeitsplatz – Situation, Schwerpunkte, Maßnahmenkonzepte

Gewalt am Arbeitsplatz – ein Thema für den Arbeitsschutz

Überfälle, Tötlichkeiten, massive Bedrohungen durch Kunden, Patienten, Klienten – in einer Reihe von Berufen sind das arbeitsbedingte Gefährdungen, mit denen die Beschäftigten rechnen müssen. Nimmt die Öffentlichkeit an solchen Fällen Anteil, gilt das Interesse vornehmlich dem Tathergang, dem kriminellen Potential des Geschehens, den strafrechtlichen Konsequenzen. Aber wer fragt nach den Betroffenen?

Nach ihnen fragt der Arbeitsschutz. Denn sie sind Beschäftigte, für die gemäß Arbeitsschutzgesetz Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit zu gewährleisten sind. Gewalttätige Übergriffe auf Beschäftigte können einerseits zu physischen Verletzungen (und im schlimmsten Falle zum Tode) führen. Andererseits bedeuten sie auch eine enorme psychische Belastung, die sich bei den Betroffenen im Befinden und Verhalten mit massiven Beschwerden (akute Belastungsreaktion) niederschlagen kann. Wird das erlittene Trauma nicht verarbeitet, kann

es sich langfristig zur posttraumatischen Belastungsstörung verfestigen.

Diese Folgen erlittener Gewalt schaden der Gesundheit und dem Wohlbefinden wie auch der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Betroffenen.

Dennoch hat das Thema „Gewalt am Arbeitsplatz“, obwohl es von der Sache her nicht neu ist, erst seit einigen Jahren im Arbeitsschutz Beachtung gefunden. Lange Zeit gehörte es zu den gesellschaftlichen Tabuthemen. Gewalttätige Übergriffe lagen außerhalb der Vorstellungen von einer geordneten Arbeitswelt. Zudem blockierten bei den Betroffenen seelisches Verletztsein und die Befürchtung von Schuldzuweisungen nicht selten eine offene Äußerung über erlebte Gewaltsituationen.

Gänzlich überwunden sind die Tabus auch heute noch nicht überall. Jedoch setzt sich mehr und mehr eine realistische Sicht der Dinge durch.

Was verstehen wir unter Gewalt am Arbeitsplatz?

Eine allgemein akzeptierte Begriffsbestimmung für „Gewalt am Arbeitsplatz“ gibt es nicht – wie auch zur Definition des Begriffs „Gewalt“ die einzelnen Wissenschaften (z. B. Philosophie, Soziologie) jeweils eigene, berechnete Sichtweisen einbringen.

Das verallgemeinernde Begriffsverständnis, das z. B. die Sozialwissenschaften präferieren, schließt bereits subtile Formen schädlichen oder einengenden Verhaltens auf einen Menschen ein. Aus dieser Sicht wären z. B. auch verbale Beleidigungen, Mobbing oder sexuelle Belästigung Formen der Gewalt.

Wenn man aber von den abstrakten Definitionen zur Praxis übergeht, wird deutlich, dass die Präventionsarbeit für diese unterschiedlichen Problembereiche jeweils wesentlich unterschiedliche Zugänge erfordert. Insofern ist für den betrieblichen Arbeitsschutz ein so weit gefasster Begriff wenig praktikabel.

Als kleinster gemeinsamer Nenner kristallisiert sich aus verschiedensten Definitionen heraus: Gewalt am Arbeitsplatz ist die angedrohte oder vollzogene Gewalttätigkeit, die von Dritten gegen einen Beschäftigten im Zusammenhang mit seiner Arbeit ausgeübt wird und die geeignet ist, körperliche und/oder psychische Verletzungen herbeizuführen [1, 2, 8].

Welche Beschäftigungsbereiche sind betroffen?

Gewalttätige Übergriffe kommen besonders dort vor, wo die Arbeitstätigkeit mit personenbezogenen Dienstleistungen zusammenhängt. Risikoträchtige Arbeitsfaktoren sind:

- Zugang zu Bargeld, wertintensiven Gütern, Rauschmitteln und Medikamenten
- Ausführung von Kontroll- und Inspektionsaufgaben, Ausübung amtlicher Befugnisse
- direkter Dienst am Menschen: Information, Beratung, Ausbildung, Gesundheits- und Sozialfürsorge
- Umgang mit schwierigen Personengruppen, z. B. mental gestörte Personen, Personen unter Alkohol-

- oder Drogeneinfluss, Personen mit Forderungen, denen nicht entsprochen werden kann
- isolierte, auf sich gestellte Arbeit, z. B. an öffentlich zugänglichen Einzelarbeitsplätzen oder vor Ort beim Kunden.
 - Ungünstiges Management im Beschäftigungsbereich kann die Aggressionsbereitschaft von Kunden verstärken: z. B. lange Wartezeiten, Diskrepanzen zwischen versprochener und realisierter Leistung.

Als betroffene Berufsgruppen seien – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – genannt: Mitarbeiter in Banken, Post und Sparkassen; Mitarbeiter im Einzelhandel, in Apotheken, in Tankstellen; Straßenbahn- und Busfahrer, Zugbegleiter, Stewardessen, Taxifahrer; Wach- und Sicherheitsdienste; Ärzte, Krankenschwestern, Pfleger (besonders in der Psychiatrie, der Altenpflege, der Notaufnahme); Polizei, Grenzschutz, Strafvollzug; Personal für den Publikumsverkehr in Ämtern, z. B. Arbeitsamt, Sozialamt; Kontrollpersonal z. B. im kommunalen Bereich (Fahrscheine, Parken o.ä.); Sozialarbeiter; Lehrer.

Zahlen zum Problem

Nach Angaben der European Foundation, Dublin, sind ca. 6 Millionen Beschäftigte in der Europäischen Union von physischer Gewalt am Arbeitsplatz betroffen [3]. Eine verlässliche Gesamtstatistik zu Art, Anzahl und Folgen von Gewaltvorkommnissen in Deutschland gibt es bisher nicht. Dennoch soll anhand einiger Beispiele die Situation schlaglichtartig beleuchtet werden:

- Im Bereich der BG Einzelhandel wurden 1999 fast 1.000 Personen durch gewalttätige Übergriffe so schwer verletzt, dass sie länger als 3 Tage arbeitsunfähig waren [GÜNTHER, 2]. Von 1996 - 2001 waren in der Branche 28 Todesopfer durch Raubüberfälle zu beklagen [4].
- Für den Bereich der Psychiatrie (stationäre Kliniken) in Deutschland wurde eine absolute Häufigkeit von 11.280 gewalttätigen Übergriffen im Jahr 1997 hochgerechnet; das sind über 30 Fälle pro Tag [5].

Präventionsansätze

Vieles kann im Vorfeld getan werden, um gewalttätige Übergriffe auszuschließen oder einzudämmen. Ausgangspunkt der Präventionsmaßnahmen ist die Gefährdungsbeurteilung für die entsprechenden Beschäftigungsbereiche. Zu fragen ist: Welche Beschäftigte sind gefährdet? Durch welche potentiellen Täter? Und welche Maßnahmen sind möglich, um die Beschäftigten zu schützen?

Entsprechend dem TOP-Modell können technische, organisatorische und personenbezogene Maßnahmen unterschieden werden.

Die **Maßnahmen auf technischem und organisatorischem Gebiet** zielen darauf ab, für potentielle Täter die Gewalttat unausführbar zu machen oder aber das Tatrisiko zu erhöhen bzw. den Tatanreiz zu vermindern.

Als technische Sicherheitsmaßnahmen werden z. B. empfohlen:

- bauliche Trennung von Kunden- und Personalbereich,
- Überwachung mit Videokameras, gute Beleuchtung und Übersichtlichkeit in Innenräumen und Außenbereich,
- Alarmsysteme oder Notrufeinrichtungen
- Geringhaltung und Zugriffssicherung für Bargeldbestände.

Derartige Maßnahmen sollten öffentlich kundgemacht werden, um potentielle Gewalttäter von vornherein abzuschrecken.

In Ämtern und Serviceeinrichtungen tragen kundenfreundliche Ausstattungsmerkmale dazu bei, Aggressionen zu vermeiden, z. B. ausreichende Sitzmöglichkeiten, genügender Platz, angenehme Beleuchtung und Farbgestaltung.

Organisatorische Maßnahmen betreffen z. B.:

- Teamarbeit bei Aufgaben mit erhöhter Gewaltgefährdung; bei unvermeidlichen Einzelarbeitsplätzen Sicherung eines ständigen Kontakts
- Kundenfreundliche Öffnungszeiten bzw. Sprechstunden, Vermeidung größerer Wartezeiten, Informationen über Verzögerungen,
- Outsourcing von Geldtransporten an spezialisierte Unternehmen.

Personenbezogene Maßnahmen richten sich auf die Ausbildung und Information der Mitarbeiter. Gewaltgefährdete Beschäftigte sollen imstande sein, problematische Situationen zu meiden oder aber zu bewältigen.

Das bedeutet zum einen, dass sie über die eigene Gefährdung durch Gewalt am Arbeitsplatz aufgeklärt sind und dass ihnen auch bekannt ist, welche psychischen Auswirkungen erlebter Gewalt eintreten können. Darüber hinaus sollen die Beschäftigten ein konfliktträchtiges aggressives Verhalten im Ansatz erkennen können und geeignete eigene Verhaltensweisen dafür bereithalten, insbesondere Mittel des Konfliktmanagements und der Deeskalation. Zum Erwerb solcher Kompetenzen sollten den Beschäftigten Trainings angeboten werden.

Wünschenswert wäre es, für gewaltgefährdete Berufe derartige Inhalte bereits in der Ausbildung zu vermitteln.

Hilfsangebote für Gewaltbetroffene

Hat sich ein gewalttätiger Übergriff ereignet, kommt es darauf an, die psychischen Auswirkungen der erlittenen Traumatisierung nach Möglichkeit zu mildern. Unmittelbar nach dem Geschehen ist es wichtig, dass die Betroffenen nicht allein gelassen werden, sondern Unterstützung erfahren. Dies kann durch betriebliche Ansprechpartner geschehen, zu denen ein Vertrauensverhältnis besteht, oder aber auch externe Fachbetreuung, in der Regel seitens eines Psychologen (für den Bereich Banken und Sparkassen vgl. z. B. [6], [7]).

Wichtige Hilfen, die die Vertrauensperson dem Betroffenen geben kann, bestehen darin,

- zuzuhören, damit der Betroffene das Geschehen verarbeiten kann,
- abzuschirmen vor unsensiblen Interesse der Öffentlichkeit,
- zu begleiten, insb. bei erforderlichen Behördengängen (Polizei, Gericht).

Als wohltuend wird von den Betroffenen auch erfahren, dass sie Verständnis für ihre Reaktionen auf das Erlebte finden, „dass ‚unnormale‘ Reaktionen in ‚unnormalen‘ Situationen ‚normal‘ sind“ [6].

Wenn mehrere Mitarbeiter einer Arbeitsstelle von dem Gewaltvorfall betroffen sind, „sind ggf. auch Gespräche in der Gruppe über das Erlebte sinnvoll“ [8].

Im Bedarfsfall, wenn Betroffene die erlittene Traumatisierung nicht selbst überwinden können, ist ihnen eine psychotherapeutische Nachbetreuung zugänglich zu machen.

Quellen

[1] Gewalt bei der Arbeit. FACTS Nr.24. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit, 2002

[2] Eurogip: Tagungsbericht „La violence au travail en Europe“. Paris, 2000

[3] European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions: Second European survey of working conditions. Dublin, 1997

[4] KEILHOLZ, P.: Gewalt an Arbeitsplätzen im Einzelhandel. In: Gewalt am Arbeitsplatz. Tagungsband. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Dresden, 2002

[5] RICHTER, D.: Gewalt am Arbeitsplatz: Das Gesundheitswesen. In: Gewalt am Arbeitsplatz. Tagungsband. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Dresden, 2002

[6] FRITZ, S.: Erfahrungsbericht: Betreuung von Sparkassenangestellten im Zusammenhang mit Überfällen. In: Psychologische Vor- und Nachsorge für Beschäftigte von Berufsgruppen, die mit Notfallsituationen konfrontiert sind. Tagungsband 120. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/ Berlin, 2001

[7] WILK, M.: Notfallpsychologie in der Praxis. In: Psychotherapeuten FORUM 1/2001, S. 10-14

[8] KUNZ, T. und KÜHN, M.: Prävention von Gewalt an Arbeits- und Ausbildungsplätzen. In: Gewalt am Arbeitsplatz. Tagungsband. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Dresden, 2002

3.3 Psychisch traumatisierende Ereignisse in der Arbeitswelt als Aufgabenbereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes

Das aus dem Griechischen stammende Wort „Trauma“ bedeutet Wunde, Verletzung durch äußere Gewaltwirkung.

Psychische Traumatisierung entsteht durch das Erleben hochbelastender Ereignisse: die Konfrontation mit Ereignissen, die den tatsächlichen oder drohenden Tod, eine ernsthafte Verletzung oder sonstige Gefahr für die Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten; das Erleben von starker Angst, Bedrohtheit, Hilflosigkeit, Entsetzen.

Auch in der Arbeitswelt werden Menschen mit traumatisierenden Ereignissen konfrontiert. Solche Ereignisse sind Unfälle oder Notfälle, gewalttätige Übergriffe bzw. Gewaltandrohung, Geiselnahmen, Todesfälle einschließlich Suizid.

Damit ist Traumatisierung bei der Arbeit kein neues Problem, aber ein in verschiedenen Bereichen zunehmendes.

Ein kurzer, keinen Anspruch auf Vollständigkeit stellender Überblick soll zeigen, in welchen Berufsgruppen wir mit traumatisierenden Ereignissen rechnen müssen:

- Helferberufe, die aktiv in entsprechenden Ausnahmesituationen tätig werden (z. B. Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienste);
- gewaltgefährdete Berufe (z. B. in den Bereichen Banken, Einzelhandel, Gesundheitswesen, Polizei/Grenzschutz/Strafvollzug, Erziehung, öffentlicher Dienst);
- Beschäftigte im Verkehrswesen (z. B. Lokomotivführer, öffentlicher Personenverkehr);
- mit der Unfalluntersuchung Beauftragte (z. B. Sicherheitsfachkräfte);
- Journalisten, Berichterstatter.

Die Symptomatik, die durch traumatisierende Ereignisse ausgelöst wird, umfasst **Intrusionen** (sich aufdrängende Erinnerungen, Bilder, Gedanken, die das Geschehene wieder und wieder durchleben lassen), **Verleugnung bzw. Vermeidung** des Geschehenen (Vermeidung von Situationen, Gegenständen, Gesprächen, die einen Bezug zu dem Ereignis haben) und ein **erhöhtes physiologisches Erregungsniveau** (mit Auswirkungen wie: Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit und Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen). In Verbindung damit können auch psychosomatische Beschwerden auftreten (z. B. akut erhöhter Blutdruck, Kopfschmerzen), des Weiteren ein abweichendes Verhalten hinsichtlich Essen, Trinken und Genussmittelgebrauch sowie Probleme in den sozialen Beziehungen. Die **akute** Symptomatik stellt sich als unmittelbare Auswirkung des Erlebten dar. Kann der Betroffene das Ereignis aus eigener Kraft verarbeiten, klingen die Symptome nach einiger Zeit wieder ab. Inwieweit diese Selbstbewältigung gelingen kann, hängt vom Ereignis wie auch von den individuellen Bedingungen des Betroffenen ab.

Unbewältigt kann sich der Zustand zur **Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)** verfestigen.

Hinsichtlich der zeitlichen Orientierungsgrößen spricht man von einer akuten Belastungsreaktion, wenn die Symptomatik bis zu einem Monat besteht. Bleibt sie bis zu drei Monaten erhalten, stellt dies eine akute posttraumatische Belastungsstörung dar; dauert sie länger als drei Monate an, liegt eine chronische posttraumatische Belastungsstörung vor.

Eine chronifizierte Posttraumatische Belastungsstörung bedeutet, aufgrund der oben genannten bleibenden Symptomtrias von intrusiven Erinnerungsbildern, Vermeidungsverhalten und Übererregung, insgesamt eine

schwere Beeinträchtigung der Lebensqualität für den betroffenen Menschen. Mögliche Auswirkungen sind

- Arbeitsunfähigkeit,
- bleibende Berufsunfähigkeit, ggf. erforderliche Frühverrentung,
- Suchtproblematik,
- erhebliche Störungen in den sozialen Beziehungen.

Für gefährdete Berufsgruppen wurde oft vorausgesetzt, die Verarbeitung seelisch schwer belastender Erlebnisse gehöre zum Eignungsprofil. Auch die Betroffenen selbst bewerteten auftretende Probleme nicht selten als ein beschämendes persönliches Versagen, das deshalb nicht offen angesprochen werden konnte. Diese Barrieren für einen sachgemessenen Umgang mit dem Problem sind durch zielstrebige Sensibilisierungs- und Informationsaktivitäten des Arbeitsschutzes abzubauen.

Die Erkenntnisse, dass

- es normal ist, wenn Extremerlebnisse körperliche und psychische Reaktionen auslösen,
- es das Eignungsmerkmal „Härte“ nicht gibt,
- Bewältigungshilfen weder die persönliche Stärke noch die Berufseignung in Frage stellen,

müssen zum Allgemeingut in gefährdeten Beschäftigungsbereichen werden.

Wichtig für die Argumentation ist die Tatsache, dass Auswirkungen traumatisierender Ereignisse in der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) ausgewiesen sind. Darin wird die Akute Belastungsreaktion [F 43.0] beschrieben als „*vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt und die im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt*“, die Posttraumatische Belastungsstörung [F 43.1] als „*verzögerte oder protrahierte (in die Länge gezogene) Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde*“.

In beiden Definitionen wird betont, dass die Reaktion nicht das Ergebnis einer ungünstigen individuellen Disposition, sondern eines äußeren Ereignisses entsprechender Schwere ist. Mutmaßungen über persönliche Schwäche werden damit gegenstandslos.

Maßnahmen, um Traumatisierungen durch hochbelastende arbeitsbezogene Ereignisse zu verhüten oder in ihren Auswirkungen zu reduzieren, gliedern sich in

- Vorsorgemaßnahmen, d. h. Information der Beschäftigten über die arbeitsbezogene Gefährdung, über mögliche Ereignisse und ihre psychischen Auswirkungen, Training von Bewältigungstechniken, Ausbildung von psychologischen Erst Helfern.
- Akutintervention: Hilfestellung für Betroffene in unmittelbarer zeitlicher Nähe zu dem Ereignis (Zuhö-

ren, Begleiten, Abschirmen) und in noch zeitnahe Abstand (Nachgespräch).

- Therapie und erforderlichenfalls Rehabilitation: im Falle von länger anhaltenden Folgen nach dem Ereignis.

Die Maßnahmen in ihrer Gesamtheit erfordern eine übergreifende Organisation.

Diese muss einerseits den unterschiedlichen traumatisierungsgefährdeten Personengruppen in der Arbeitswelt gerecht werden:

- a. den unmittelbaren Opfern von Unfällen und Gewaltereignissen,
- b. den Helfern, wobei an professionelle und an Laienhelfer zu denken ist,
- c. den im Umfeld Betroffenen (Kollegen, Vorgesetzten, Zeugen).

„Wenn auch die psychologische Wirkung eines traumatisierenden Ereignisses in allen drei Gruppen demselben Grundmuster folgt, erfordert doch jede Gruppe spezifische Fürsorgemaßnahmen“ [1].

Andererseits werden im Verlauf der psychologischen Rettungskette unterschiedliche Akteure tätig (etwa betriebsinterne Zuständige, externe Kriseninterventionsdienste, Psychotherapeuten) und sind unterschiedliche Kooperationspartner zu koordinieren (etwa Arbeitgeber, Versicherungsträger, regionale Netzwerke).

Für den Arbeitsschutz lassen sich folgende Aufgaben ableiten, um dem Problem der arbeitsbedingten Traumatisierung sachgerecht zu begegnen:

- Beschäftigte in gefährdeten Berufsgruppen, Arbeitsschutzakteure und Arbeitgeber für das Problem sensibilisieren
- Maßnahmen bereitstellen
 - für die unterschiedlichen Phasen des Geschehens
 - für unterschiedliche Betroffenengruppen
 - für unterschiedliche Branchen
- Qualität/Wirksamkeit der Maßnahmen kontrollieren und sichern
- Schnittstellen zwischen Verantwortungsbereichen definieren und gestalten.

Diese Aufgaben verlangen, wie gezeigt, die Vernetzung der beteiligten Akteure in einer institutionenübergreifenden Zusammenarbeit. Daher lag es nahe, sie in die Arbeitsschwerpunkte der Initiative „Neue Qualität der Arbeit“ (INQA) zu integrieren. Anfang 2004 wurde der Thematische Initiativkreis „Traumatische Ereignisse“ ins Leben gerufen. Innerhalb eines Projekts wurden **Handlungsempfehlungen für die Versorgung und Zusammenarbeit bei traumatischen Ereignissen** formuliert, die branchen- und institutionsübergreifend zur Verfügung stehen (Internetadresse: www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/trauma.html).

Quellenverzeichnis:

[1] TEHRANI, N.: Workplace Trauma. Concepts, Assessment and Interventions. Brunner-Routledge, Taylor & Francis Group, Hove and New York, 2004

[2] Herausforderung berufsbedingte Traumatisierung. Handlungsempfehlungen für Unternehmen, Verbände und Politik. Herausgegeben von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2005

3.4 Aktivitäten der Berufsgenossenschaften und des Hauptverbandes zum Thema Gewalt am Arbeitsplatz

Das Thema „Gewalt am Arbeitsplatz“ ist inzwischen in zahlreichen Branchen ein großes und viel beachtetes Problem. Unklar ist jedoch, ob Qualität und Quantität der gewalttätigen Übergriffe auf Beschäftigte zugenommen haben oder ob sich nur die Bereitschaft zur Anzeige entsprechender Übergriffe verändert hat. Maßnahmen zur Prävention von gewalttätigen Übergriffen orientieren sich an der Maßnahmenhierarchie im Arbeitsschutz. Technische Lösungen (z. B. das Aufstellen bargeldloser Automaten) haben danach Vorrang vor organisatorischen Maßnahmen (z. B. das Ausleuchten von Arbeitswegen) und vor ergänzenden Verhaltensmaßnahmen (s. u.). Insbesondere Maßnahmen auf der Verhaltensebene werden von den Berufsgenossenschaften in Form von Schulungen vermittelt. Dabei werden insbesondere Gesprächstechniken – z. B. zum Umgang mit Kunden – zur Prävention von Konflikten und zur Vermittlung deeskalierender Gesprächstechniken vermittelt. Die Schulungen wenden sich entweder an den Beschäftigten vor Ort oder an betriebliche Multiplikatoren, die anschließend in ihren Betrieben schulen. Auch technische und organisatorische Maßnahmen werden durch Schulungen, Informationen und vor allem auch Betriebsberatungen vorgestellt und in Betriebe integriert. Alle Maßnahmen sind branchenspezifisch ausgerichtet.

Im Falle eingetretener Gewaltübergriffe ist einerseits die Einführung von Alarmsystemen zentral, andererseits die notfallpsychologische Betreuung der Gewaltopfer (von der psychologischen Erstbetreuung bis zur Psychotherapie im Falle einer resultierenden Posttraumatischen Belastungsstörung). Hierzu haben die Berufsgenossenschaften ein Leitlinienpapier entwickelt, das derzeit mit Fachkreisen der berufsgenossenschaftlichen Rehabilitation abgestimmt wird, so dass in nächster Zeit ein gemeinsames Leitlinienpapier zur Verfügung stehen wird.

Links und Quellen

Beruflicher Umgang mit Stress:
www.bgdp.de/pages/aktuelles/tft-6-2003-S5.htm

Europäische Kommission (2001). Stress am Arbeitsplatz – ein Leitfaden; „Würze des Lebens – oder Gifthauch des Todes?“ Internetverföfentlichung unter
http://europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2002/ke4502361_de.pdf

International Labour Organization (2003). Code of practice on workplace violence in services sectors and measurement to combat this phenomenon. In:
www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/mevsws03/mevsws-cp.pdf

Windemuth, D. (3/2005). Gewalt am Arbeitsplatz, Bundesarbeitsblatt 3/2005, 8-14.

Windemuth, D. (2006). Konflikte und Gewalt am Arbeitsplatz. In: A. Weber & G. Hörmann (Hrsg.), Mensch und Neue Arbeitswelt. Psychosoziale Gesundheit im Beruf. Stuttgart: Gentner Verlag (in Druck).

3.5 Aktivitäten der Unfallkassen und des Bundesverbandes zum Thema Stress und Gewalt am Arbeitsplatz

Übergriffe von Bürgern in Sozialämtern

Insbesondere in Sozialämtern, aber auch in Ordnungsämtern, Ausländerbehörden und weiteren Verwaltungsbereichen kommt es oft zu Spannungen und Konflikten, die in Gewalthandlungen – z. B. verbalen Drohungen oder Beschimpfungen bis hin zu körperlichen Übergriffen – münden. Die Beschäftigten sind hierbei besonderen Belastungssituationen ausgesetzt, die schlimmstenfalls zu physischen und psychischen Verletzungen bzw. Beeinträchtigungen führen.

In einem Kooperationsprojekt des Rheinischen Gemeindeunfallversicherungsverbandes, des Gemeindeunfallversicherungsverbandes Hannover, des Gemeindeunfallversicherungsverbandes Westfalen-Lippe und der Unfallkasse Rheinland-Pfalz sollen für den Bereich der Sozialämter Instrumente entwickelt werden, um die Belastungssituation abzubauen und Übergriffe zu vermeiden. Mit Hilfe von Arbeitssituationsanalysen sollen in den an dem Projekt teilnehmenden Sozialämtern aus verschiedenen Bereichen Belastungsprofile ermittelt und durch geeignete Maßnahmen verringert werden. Im Mittelpunkt stehen dabei Bewältigungs- und Deeskalationsstrategien, Konzepte zur räumlichen Gestaltung sowie arbeitsorganisatorische Regelungen. Aufbauend auf den bisherigen Erkenntnissen ist ein weiteres Kooperationsprojekt geplant, das sich insbesondere mit der Situation der Beschäftigten in den neu gegründeten Arbeitsgemeinschaften i.S. d. § 44 SGB II auseinandersetzen wird.

Weiterführende Informationen zu diesem Thema:

Bundesverband der Unfallkassen (Hrsg.): Psychische Belastungen am Arbeits- und Ausbildungsplatz – ein Handbuch. Bestell-Nr. GUV-I 8628²

Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen, Rheinischer Gemeindeunfallversicherungsverband, Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe, Unfallkasse Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Stress, Mobbing & Co. Reihe Prävention in NRW, Bd. 8.³

Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe, Rheinischer Gemeindeunfallversicherungsverband, Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Konfliktmanagement in psychiatrischen Einrichtungen, Bd. 1.³ (Enthält auf Sozialämter übertragbare Erkenntnisse)

² Die Broschüre ist für Mitgliedsunternehmen über den zuständigen Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand zu erhalten. Über www.unfallkassen.de auch frei zugänglich und als PDF-Datei erhältlich.

³ Exemplare sind für Mitgliedsunternehmen der herausgebenden Unfallversicherungsträger kostenlos erhältlich. Über www.rguvv.de auch frei zugänglich und als PDF-Datei erhältlich.

Projekt „Psychische Belastungen und Beanspruchungen von Sozialamtmitarbeitern“

Die Unfallkasse Hessen hat ein Trainingsprogramm speziell für Sachbearbeiter im Sozialamt mit dem Titel „Stress im Sozialamt – Hilfe zur Selbsthilfe“ entwickelt. Mitarbeiter in der öffentlichen Verwaltung sind oft psychischen Belastungen durch den Publikumsverkehr ausgesetzt, z. B. den Umgang mit schwierigen Bürgern und die Konfrontation mit Aggressionen und Gewalt. Es bestehen aber auch andere psychische Belastungen wie Arbeiten unter Zeitdruck und Überforderung durch die Arbeitsaufgaben. Nachdem in Kooperation mit der Technischen Universität Darmstadt, Fachbereich Psychologie, psychische Belastungen, Bewältigungsstrategien der Mitarbeiter sowie Organisationsstrukturen der Ämter erfasst wurden, konnten nun aus den Ergebnissen der Erhebung Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Belastungssituation abgeleitet werden. In dem genannten Trainingsprogramm werden den Sachbearbeitern Themen wie Kommunikation, soziale Wahrnehmung und interkulturelle Aspekte, Selbstbehauptung und Konfliktbewältigung beim Umgang mit schwierigen Bürgern vermittelt, aber auch Methoden zum Stress- und Zeitmanagement.

Weiterführende Informationen zu diesem Thema bei der Unfallkasse Hessen:

www.ukh.de/ukh/die-unfallkasse/praevention/projekte/allgemeine-unfallversicherung/projekte-auv-07/?0=

Übergriffe von Patienten

Unfallmeldungen, die von Übergriffen auf Beschäftigte durch Patientinnen, Patienten oder Angehörige berichten, haben eine steigende Tendenz. Psychische Auswirkungen von Übergriffen – selbst solche, die „nur“ verbaler Natur sind – rücken verstärkt in den Blickpunkt. Entsprechend des hieraus resultierenden erhöhten Beratungsbedarfes führt die Unfallkasse Rheinlandpfalz seit 2002 gezielte Seminare zum Thema „Patientenübergriffe in Krankenhäusern“ durch. In den großen Einrichtungen wird zusätzlich das sogenannte „Professionelles Deeskalationsmanagement ProDeMa“⁴ angeboten. Dieses Konzept sieht vor, einen oder mehrere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Deeskalationstrainern auszubilden (Dauer zehn Tage). Diese wirken dann als Multiplikatoren bzw. Multiplikatorinnen und schulen weitere Beschäftigte im Rahmen der innerbetrieblichen Weiterbildung.

Seit 2001 führt die Unfallkasse Hessen das Projekt „Umgang mit aggressivem Verhalten im Gesundheitsdienst“⁵ durch, bei dem Beschäftigte von Einrichtungen des Gesundheitsdienstes als Trainer für Deeskalationstechniken ausgebildet werden. Seither wurden insgesamt 57 PART[®] Trainer ausgebildet, die allein im Jahr 2005 ca. 700 Beschäftigte in psychiatrischen Einrichtungen

geschult haben. Die Teilnehmer stufen diese Schulungen in der überwältigenden Mehrheit als „gut“ und „wichtig“ ein. Um die Kenntnisse der Trainer auf dem aktuellen Stand zu halten, wurde im Dezember 2005 ein zweitägiger Workshop und Erfahrungsaustausch angeboten, an dem 42 Personen teilgenommen haben. 15 Trainer haben zudem an einem dreitägigen Aufbauseminar „Verbale Deeskalation“ teilgenommen. 2006 wird das Projekt fortgeführt.

Bis zu 40 % der Arbeitsunfälle von Pflegekräften in psychiatrischen Einrichtungen werden durch Patientenübergriffe verursacht. Der Bayerische Gemeindeunfallversicherungsverband und die Landesunfallkasse Bayern haben deshalb im Jahr 2004 ein Präventionsprojekt mit dem Thema „Kompetenter Umgang mit Gewalt und Aggression in der Psychiatrie“ begonnen. Das Projekt baut auf der Erkenntnis auf, dass gewalttätige Übergriffe von Patienten sich nur in den seltensten Fällen ohne Vorwarnung ereignen. In nahezu allen Fällen kommt es zu einer stufenweisen Eskalation der Situation mit nachhaltig gestörter Kommunikation zwischen Patient und Beschäftigten, bis sich die im Patienten angestaute Spannung gewalttätig entlädt. Ziel des Projektes ist es, in den psychiatrischen Einrichtungen ein umfassendes Programm zur Gewaltprävention einzuführen und konzeptionelle, inhaltliche und materielle Unterstützung bei der praktischen Umsetzung zu geben. Hierzu werden erfahrene Mitarbeiter aus psychiatrischen Einrichtungen in Zusammenarbeit mit einem renommierten Anbieter zu Multiplikatoren nach dem „ProDeMa“-Konzept ausgebildet. Diese Ausbildung befähigt die Psychiatriefachkräfte dazu, in den eigenen Einrichtungen praxisbezogene Schulungen für Kollegen in Deeskalation und Patienten schonenden Flucht- und Abwehrtechniken durchzuführen. Außerdem werden Maßnahmen zur Vorbeugung eskalierender Situationen in die Organisation des eigenen Betriebes eingebracht.

4. Moderne Arbeitszeiten

Im Zuge des Wandels der Arbeitswelt, der unter den Stichworten „Globalisierung“, „Informations- und Dienstleistungsgesellschaft“ und „Flexibilisierung“ diskutiert wird, entwickeln sich seit einigen Jahren verschiedene Formen flexibler Arbeitszeit- und Beschäftigungsmodelle. Dieser wachsenden Heterogenität liegen betriebliche und arbeitsmarktpolitische Flexibilisierungsprozesse zu Grunde.

Am Beispiel verschiedener Arbeitszeitmodelle soll aufgezeigt werden, dass der Einsatz „moderner“ Arbeitszeiten und der Beschäftigtenschutz bei gezielter Gestaltung der Arbeitszeit auf der Basis vorliegender Erkenntnisse kein Widerspruch sein muss.

4.1 Flexible Arbeitszeiten

Innovative, flexible Arbeitszeitmodelle, deren Einführung und Ausdehnung zunehmend von den Betrieben gefordert werden, sind in der letzten Zeit zu einem wichtigen Element einer modernen Arbeitsorganisation ge-

⁴ www.prodema-online.de/

⁵ Unfallkasse Hessen:
www.ukh.de/ukh/die-unfallkasse/praevention/projekte/allgemeine-unfallversicherung/projekte-auv-04/

worden. Dabei kann die betriebliche Nützlichkeit der Modelle direkt anhand der Passung von Anforderung durch Produktion oder Kundenbedarfe überprüft werden, während bezüglich der Auswirkungen auf die Beschäftigten keine hinreichenden arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse vorliegen. Selbst bei einer positiven Einschätzung des Arbeitssystems durch die Beschäftigten kann nicht notwendigerweise von einer Schädigungslosigkeit ausgegangen werden. Die Gestaltung der Arbeitszeitmodelle hat direkte Auswirkungen auf die Gesundheit, die Sicherheit, Leistungsfähigkeit und -bereitschaft sowie die soziale Integration von Beschäftigten. Deshalb kommt der spezifischen Gestaltung flexibler Arbeitszeitmodelle eine besondere Bedeutung zu.

Gestaltungsempfehlungen

Zur konkreten Gestaltung flexibler Arbeitszeitmodelle lässt sich auf der Basis der vorliegenden Untersuchungsergebnisse sagen, dass insbesondere die Faktoren Einflussmöglichkeit und Variabilität von besonderer Bedeutung sind.

Den Beschäftigten sollten möglichst große Einflussmöglichkeiten bei der Gestaltung der Arbeitszeitmodelle eingeräumt werden. Vorliegende Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zeigen übereinstimmend, dass die Möglichkeiten, Einfluss auf die Gestaltung der eigenen Arbeitszeiten nehmen zu können, mit geringeren Beeinträchtigungen bzw. mit positiven Effekten verbunden sind, im physischen wie im psychosozialen Bereich. Mitarbeiterbestimmte Flexibilität führt offensichtlich zu geringeren Beeinträchtigungen als unternehmensbestimmte Flexibilität. Die Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben wird durch die Einflussnahme der Beschäftigten begünstigt, was sich insgesamt positiv auswirkt. Dabei kann aber auch nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass das Einräumen von Autonomie auf Seiten der Mitarbeiter zu empfehlenswerten Arbeitszeitmodellen führt. Die Mitarbeiter müssen vielmehr im Vorfeld über die Risiken und Vorteile verschiedener Gestaltungsoptionen aufgeklärt werden. Partizipation ist in diesem Zusammenhang auch eine Frage der Qualifizierung.

Neben der Einflussmöglichkeit kommt der Variabilität bezüglich Lage und Dauer der Arbeitszeit ein wesentlicher Einfluss insbesondere in Bezug auf die mittel- und langfristigen Folgen im Bereich der Gesundheit und Motivation der Beschäftigten zu. So belegen Untersuchungsergebnisse übereinstimmend, dass versucht werden sollte, die Variabilität der Arbeitszeit in engen Grenzen zu halten. Interessant ist dabei, dass in Zusammenhang mit hoher Variabilität in den Arbeitszeiten von den Beschäftigten Beeinträchtigungen beklagt werden, die denen bei Schichtarbeit ähnlich sind. Hohe Variabilität ist demzufolge als Risikofaktor in Bezug auf die gesundheitliche und psychosoziale Beeinträchtigung mit der Schichtarbeit vergleichbar. Dementsprechend ergeben sich besondere Risikokonstellationen bei der Verknüpfung von Flexibilität und Schichtarbeit. Eine offene

Forschungsfrage wie hoch die Variabilität sein darf, bevor sie zu Beeinträchtigungen führt.

Ein weiterer wesentlicher Gestaltungsaspekt, dessen Einfluss bereits aus der Schichtarbeitsforschung bekannt ist, ist die Planbarkeit der Arbeitszeiten. Dabei steht die Forderung nach möglichst hoher Planbarkeit dem Anspruch, flexibel gestalten zu können, direkt entgegen. Flexibilität bedeutet auf betrieblicher Seite insbesondere auf externe Anforderungen direkt reagieren zu können. Arbeitszeiten sollen möglichst kurzfristig nicht planbaren betrieblichen Bedarfen angepasst werden können. Dieser Widerspruch kann nur begrenzt aufgehoben werden. Eine positive Voraussetzung ergibt sich dort, wo zumindest das Planbare auch geplant wird. Leider ist es auch immer wieder zu beobachten, dass durch die Einsatzmöglichkeit flexibler Arbeitszeitsysteme der vorausschauenden Planung betrieblicher Anforderungen weniger Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Wie insgesamt für die Entwicklung betrieblicher Arbeitszeitmodelle gilt auch für die flexiblen Arbeitszeiten, dass zur Verbesserung der Akzeptanz die betriebliche Einführung unter Einbeziehung der Mitarbeiter erfolgen sollte. Um diese Einflussmöglichkeit wahrnehmen zu können, müssen die Beschäftigten über die Folgen spezifischer Arbeitszeitkonstellationen aufgeklärt werden. Eine Kompensation ungünstiger Arbeitszeitmodelle durch monetäre Anreize (dysfunktionale Kompensation), wie es z. B. in der Schichtarbeit üblich ist oder war, sollte auf jeden Fall vermieden werden.

Fazit

Durch den Einsatz flexibler Arbeitszeiten können sich Vorteile für Betriebe und Mitarbeiter ergeben. Um negative Auswirkungen auf die Gesundheit, Sicherheit, Leistungsfähigkeit und Bereitschaft von Mitarbeitern zu minimieren, sollte

- den Mitarbeitern ein möglichst großer Einfluss auf die Gestaltung der Systeme eingeräumt werden,
- rein betriebsorientierte Einflussnahme vermieden werden,
- die Variabilität der Arbeitszeitdauer und -lage so gering wie möglich sein,
- die Planbarkeit so hoch wie möglich sein,
- dysfunktionale Kompensation der besonderen Belastung z. B. durch Geld vermieden werden.

4.2 Arbeitszeitflexibilisierung – das Beispiel Außendienst

Außendienstmitarbeiter stellen den unmittelbaren Kontakt eines Unternehmens beim Kunden her. In den Aufgabefeldern Akquise, Beratung, Verkauf, Produktimplementierung, Wartung und Störungsbeseitigung arbeiten sie als Repräsentanten ihres Unternehmens vor Ort. Die dafür erforderliche örtliche und zeitliche Flexibilität, die Dienstleistungsorientierung und der Selbstorganisationsgrad der Arbeit können als prototypisch für die neuen Arbeitsformen gelten, die sich in der postindustriellen Gesellschaft entwickeln.

Als Bestandteile der Arbeitszeit im Außendienst finden sich:

- der eigentliche Arbeitszeitanteil beim Kunden
- Reise- und Wartezeiten
(Wartezeiten: z. B. bei einem Kunden, zwischen Kundenbesuchen, die zeitlich nicht optimal abstimbar waren; Verkehrsstaus)
- Zeit im Heimat-Unternehmen
- häusliche Arbeitszeit.

Die Ergebnisse einer von der BAuA durchgeführten Untersuchung⁶ zeigen, dass die zeitliche Flexibilität der Außendiensttätigkeit einerseits Freiräume erschließt, andererseits unterm Strich eine extensive Zeitverwendung für die Arbeit fördert. Gleichzeitig wird tendenziell ein Verschwimmen der Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit erkennbar, sei es in Leerzeiten zwischen einzelnen Kundenkontakten, sei es in der häuslichen Vor- und Nachbereitung der Einsätze.

Ein weiteres Merkmal der zeitlichen Flexibilisierung, das sich in dem genannten Projekt herauskristallisierte, war der kurzfristige operative Einsatz je nach Kundenbedürfnissen. Dies erschwert die Planung und Abstimmung privater Aktivitäten und zieht spürbare Probleme in der Work-Life-Balance nach sich. „Man lebt entlang der Arbeit“, formulierte es ein Befragter; Konflikte und Verarmung in den privaten sozialen Kontakten, die als Ressource für die Stressbewältigung notwendig und wertvoll sind, waren im Ergebnis feststellbar.

4.3 Teilzeit

Immer mehr Betriebe setzen auf eine flexible Arbeitszeitgestaltung. Dabei gewinnt auch die Teilzeitarbeit zunehmend an Bedeutung. Mit dem Teilzeit- und Befristungsgesetz (BMWA, 2002, 2005) hat der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen zur Förderung der Teilzeitarbeit formuliert. Zunehmend mehr Betriebe und Beschäftigte nutzen die positiven Gestaltungsmöglichkeiten einer vorübergehenden oder dauerhaften Reduzierung der Arbeitszeit.

Nach wie vor ist Teilzeitarbeit die meist bevorzugte Form der Erwerbstätigkeit in Phasen eingeschränkter zeitlicher Verfügbarkeit. Insbesondere Frauen mit Betreuungspflichten setzen auf eine Beschäftigung mit reduzierter Stundenzahl, um einen kompletten Ausstieg aus dem Erwerbsleben zu vermeiden. Zunehmend tragen in der betrieblichen Praxis jedoch auch andere Gründe zu einer vermehrten Diskussion und Umsetzung von Teilzeitarbeit bei. Dabei geht es neben den Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeits- und Flexibilitätspotenzialen auch um eine Reduzierung der Arbeitszeit zur Beschäftigungssicherung.

⁶ Strobel, G., Lehnig, U.: Arbeitssituation von Beschäftigten im Außendienst: Defizite und Gestaltungsmöglichkeiten der psychosozialen Arbeitsbedingungen. Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaft 2003 (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fb 1002)

Nach einer Untersuchung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit arbeiteten im Jahr 2004 im Durchschnitt 29 % der abhängigen Beschäftigten in Teilzeit (Wanger u. Bach, 2005). Anfang der 90er Jahre lag die Teilzeitquote noch bei 15 %. Teilzeitarbeit ist nach wie vor eine Domäne weiblicher Arbeitskräfte. 2004 sind laut Mikrozensus rund 86 % aller Teilzeitbeschäftigten weiblich.

Noch ein weiteres Strukturmerkmal der Teilzeitarbeit hat sich in den letzten Jahren kaum verändert: Teilzeitarbeit findet in Deutschland nach wie vor überwiegend im Dienstleistungsbereich statt. Nicht nur der Wunsch zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist ausschlaggebend, um sich für eine Teilzeitbeschäftigung zu interessieren. Die drei am häufigsten genannten Gründe waren 2003 in einer Befragung des ISO-Instituts (Bauer et al., 2004):

- Belastungen, die durch die Erwerbsarbeit entstehen, werden reduziert,
- mehr Zeit ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt wichtiger als Geld,
- es wird mehr Zeit für außerberufliche Verpflichtungen (Kinderbetreuung, Versorgung Pflegebedürftiger) benötigt.

Vor dem Hintergrund der hohen Teilzeitquoten verfügen die Betriebe des Handels, des Gesundheitswesens sowie des Hotel- und Gaststättengewerbes über ein hohes Erfahrungswissen im Umgang mit Teilzeitbeschäftigten. Individuelle Arbeitszeitänderungen gehören zum Alltag in den Betrieben. Eine Kultur der Vollzeiterwerbstätigkeit, wie sie in vielen Betrieben mit überwiegend männlichen Beschäftigten zu finden ist, prägt diese Betriebe nicht.

So kommen einige Betriebe ganz bewusst den Wünschen von Beschäftigten nach einer Teilzeitbeschäftigung entgegen. Sie möchten damit gezielt jungen Nachwuchskräften eine Beschäftigung im Betrieb ermöglichen.

Kollektive Formen der Arbeitszeitverkürzung haben zur Folge, dass ein Teil der Beschäftigten sozusagen unfreiwillig zu Teilzeitbeschäftigten wird. Oftmals schmerzliche finanzielle Einbußen werden getauscht gegen den Fortbestand aller Beschäftigungsverhältnisse. Positiven Einfluss auf Seiten der Beschäftigten hat es, wenn die reduzierte Arbeitszeit in Abstimmung mit den Beschäftigten so geregelt wird, dass ein wirkliches Mehr an Freizeit und Erholungsphase spürbar wird. Dazu gehören z. B. zusätzliche freie Tage. Häufig müssen die Beschäftigten auch erst lernen, mit den neuen Zeitarrangements umzugehen. Mehr Zeit für die Familie und Hobbys zu haben oder auch Weiterbildungsangebote zu nutzen, wird dann durchaus positiv bewertet.

Aus Beschäftigtensicht ist eine optimale Balance von Arbeits- und Privatleben der Hauptgrund für die Ausübung von Teilzeitarbeit. Traditionell wird darunter eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf überwiegend für Frauen verstanden, die nach wie vor hauptsächlich die Hausarbeit leisten und die Kinderbetreuung so-

wie die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger übernehmen.

Der Zugang zu Teilzeitarbeit ist in der Dienstleistungsbranche noch nicht für alle Beschäftigten gleichermaßen gegeben. Teilzeit ist z. B. bei Führungskräften noch eher die Ausnahme. Unternehmen argumentieren häufig, dass Führungsverantwortung nicht teilbar sei.

Aus betrieblicher Sicht ist Teilzeitarbeit häufig ein Instrument zur Optimierung eines bedarfsgerechten und damit wirtschaftlichen Personaleinsatzes, der sich vor allem aus zeitlich variierenden Kundenfrequenzen und Auslastungen ergibt. Darüber hinaus konnten in unseren Untersuchungen eine Reihe weiterer Einflusskriterien identifiziert werden, die sowohl aus betrieblicher Sicht wie auch aus der Sicht der Beschäftigten die Akzeptanz von Teilzeitarbeit zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Flexibilität fördern.

Die Kundenfrequenzen und Auslastungen schwanken in diesen Dienstleistungsbranchen über verschiedene Zeiträume besonders stark (z. B. tageszeitliche Schwankungen und stundenweise Auslastungsspitzen in Einzelhandel und Gastronomie, Saisongeschäft im Hotelgewerbe). Zur Erhöhung der Personaleinsatzflexibilität können Dienstpläne mit Teilzeitkräften in Verbindung mit Arbeitszeitkonten besser auf die jeweils anfallenden Arbeitsaufkommen angepasst werden.

Ein weiterer erwünschter Effekt von Teilzeitarbeit aus Unternehmenssicht ist die Erzielung wirtschaftlicher Vorteile in Form von Produktivitätssteigerungen und Kostensenkungen. Nach einer Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) zur Umsetzung des Teilzeit- und Befristungsgesetzes aus dem Jahr 2003 haben rd. 60 % der befragten Betriebe produktivitätswirksame Maßnahmen im Zusammenhang mit der Einführung bzw. Ausweitung von Teilzeitarbeit realisiert (Wanger, 2004). Dabei wurden überwiegend Aufgaben von Beschäftigten, die ihre Arbeitszeit reduziert haben, auf andere Mitarbeiter/innen verteilt, was zu einer Arbeitsverdichtung bei den Betroffenen führte.

Zudem kann Teilzeit insbesondere bei hoch routinisierten oder belastenden Tätigkeiten (z. B. Call-Center-Agent) zur Vermeidung von Ermüdungseffekten und nachlassender Aufmerksamkeit führen, die bei einer täglich länger andauernden Ausübung üblicherweise verstärkt auftreten und Produktivitätseinbußen zur Folge haben können.

Weitere wirtschaftlich positive Auswirkungen werden durch eine höhere Motivation von Teilzeit- im Vergleich zu Vollzeitbeschäftigten erwartet, die zu höherer Leistung, geringeren Fehlzeiten und abnehmender Fluktuation führen soll. Allerdings ist eine entscheidende Einflussgröße auf die Motivation von Teilzeitkräften, in wie weit die persönlichen Arbeitszeit- und Flexibilitätswünsche bei der Arbeitszeitplanung und -gestaltung berücksichtigt werden.

Neue Anforderungen an die betriebliche Arbeitszeitgestaltung kommen auf die Betriebe durch die Folgen des demographischen Wandels zu. Auf zwei zentrale Verän-

derungen müssen sich die Betriebe einstellen: 1. Das Potenzial an Erwerbspersonen wird in den nächsten Jahren deutlich sinken. Und 2. Das Durchschnittsalter der Erwerbsbevölkerung und damit auch der Belegschaften wird sich deutlich erhöhen. Die Förderung von Teilzeitarbeit kann ein Lösungsweg im Rahmen eines attraktiven betrieblichen Arbeitszeitmanagements sein, um Mitarbeiter/innen zu binden und Neue zu gewinnen.

Innerhalb des Arbeitszeitmanagements bieten sich hinsichtlich Dauer, Lage und Verteilung der Arbeitszeit eine Vielzahl von Gestaltungsmöglichkeiten an. Das Angebot attraktiver Teilzeitleösungen kann ein Instrument sein, Mitarbeiter/innen im Unternehmen zu halten bzw. neu für ein Unternehmen zu gewinnen, auch wenn sie in bestimmten Lebensphasen nur eingeschränkt verfügbar sind. Entsprechende Gestaltungsansätze nehmen die Arbeitszeit eher langfristig – im Sinne der gesamten Lebensarbeitszeit – in den Blick.

Eine Teilzeitbeschäftigung kann für Beschäftigte auch in den letzten Jahren der Erwerbstätigkeit attraktiv sein. Allerdings müssen die finanziellen Voraussetzungen stimmen. Eine Arbeitszeitreduzierung kann zu einer Reduzierung der Arbeitsbelastungen beitragen und so möglicherweise den Verbleib in dem angestammten Arbeitsbereich ermöglichen. Auch für Betriebe können derartige Teilzeitmodelle interessant sein: Das Erfahrungswissen der Beschäftigten bleibt länger im Betrieb.

Literatur

Bauer, F.; Groß, H.; Lehmann, K. u. Munz, E. (2004): Arbeitszeit 2003. Arbeitszeitgestaltung, Arbeitsorganisation und Tätigkeitsprofile. Institut zur Erforschung sozialer Chancen (ISO), Köln

BMWA – Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (Hrsg.) (2002): Teilzeit – alles, was Recht ist. Rechtliche Rahmenbedingungen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber, Bonn

BMWA – Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2005): Teilzeit in Europa - Teilzeitarbeit im europäischen Vergleich, in: www.bmwa.bund.de/Navigation/Beruf-und-Karriere/Teilzeit/Service-und-Beratung/daten-fakten-statistika,did=25622.html
Stand: 31.10.2005

Wanger, S. (2004): Teilzeitarbeit, Ein Gesetz liegt im Trend, in: IAB Kurzbericht, Nr. 18

Wanger, S. u. Bach, H.-U. (2005): Arbeitszeit in Deutschland – Entwicklung und aktueller Stand. In: Bundesarbeitsblatt 3/2005, S. 4-7

4.4 Positive Gestaltung von Modellen der Rufbereitschaft

Während Rufbereitschaft in der Vergangenheit ein Charakteristikum der Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern und bei Feuerwehren war, findet diese Arbeitszeitform heute zunehmend Verbreitung im Dienstleistungsbereich.

Was ist Rufbereitschaft?

Beim Rufdienst sind die Beschäftigten verpflichtet, sich an einem zwar frei wählbaren, aber dem Arbeitgeber anzuzeigenden Ort aufzuhalten, jederzeit erreichbar zu sein und auf Abruf die Arbeit unverzüglich aufzunehmen (ArbZG, § 2). Rufbereitschaft ist laut Arbeitszeitgesetz keine Arbeitszeit und wird bei der Ermittlung der Ar-

Abbildung A4



beitszeithöchstgrenzen nicht mitgezählt. Arbeitszeitrechtlich ist Rufbereitschaft somit als Ruhezeit anzusehen. Die Inanspruchnahme während der Rufbereitschaft ist als Mehrarbeit zu werten, zu vergüten und auf die Arbeitszeithöchstgrenzen anzurechnen.

Wo kommt Rufbereitschaft zum Einsatz und warum?

Rufbereitschaft wird überall dort eingesetzt, wo eine kontinuierliche Einsatzbereitschaft des Personals rund um die Uhr erforderlich ist und die tatsächlichen Arbeitseinsätze gering und unvorhersehbar sind.

Nach der jüngsten repräsentativen Befragung des ISO-Instituts arbeiten von insgesamt 34 Millionen abhängig Beschäftigten fast 1,5 Millionen in Erwerbsverhältnissen mit Rufbereitschaft (Bauer et al., 2004). Diese Zahl bezieht sich sowohl auf die klassischen Branchen wie Krankenhaus, Feuerwehr, Rettungsdienst und Polizei wie auch auf einzelne Wirtschaftszweige und Branchen, für die Rufbereitschaft typisch ist:

- Industrie: Energieversorgung, Chemie, Metallindustrie, IT, Nahrungsmittel
- Handwerk: Elektro, Sanitär, Heizungs- und Klimatechnik, KFZ u.a.
- Personenbezogene Dienstleistungen: Ambulante Alten- und Krankenpflege, Betreuung von Menschen mit Behinderungen

Gestaltungsempfehlungen

Für die Rufbereitschaft gilt, wie für andere Modelle der Arbeitszeitgestaltung auch, dass es sowohl gut als auch schlecht gestaltete Modelle gibt. Um die Belastung und Beanspruchung für die Beschäftigten möglichst gering zu halten, sollten bei der Gestaltung die folgenden 11

Kriterien beachtet werden (Langhoff et al., 2006; vgl. auch Abb. A4)

Dauer der Arbeitszeit: Das Gesamtvolumen von Arbeitszeit und Rufdienst ist bei der Planung der Rufbereitschaften zu berücksichtigen.

Häufigkeit der Rufdienste: Die Häufigkeit der Rufdienste hat einen Einfluss auf die Erholungsmöglichkeit der Beschäftigten.

Länge der Rufdienste / Lage der Rufdienste: Es sollte neben der Arbeitszeit und dem Rufdienst noch ein angemessener Erholungsspielraum für die Beschäftigten bestehen.

Anzahl der aufeinanderfolgenden Rufdienste: Um eine Massierung der Arbeitszeit zu vermeiden, ist es wichtig dieses Kriterium bei der Planung der Rufdienste zu berücksichtigen.

Häufigkeit, Dauer und Lage der Inanspruchnahmen: Aus diesen Faktoren ergibt sich die Höhe der Beanspruchung und Regenerationsmöglichkeit der Beschäftigten

Tätigkeiten der Inanspruchnahmen während der Rufdienste: Da die Bandbreite der im Rufdienst anfallenden Tätigkeiten groß ist, ihre Dringlichkeit variiert und die Einsatzkräfte i. d. R. unter erschwerten Rahmenbedingungen arbeiten, ist es wichtig, bei der Gestaltung der Rufdienste die Charakteristika der Tätigkeiten bei der Inanspruchnahme zu berücksichtigen.

Vorausschauende Planung: Beschäftigte sollten frühzeitig wissen, wann sie Rufbereitschaft haben.

Anreizgestaltung: Um die Motivation zu unterstützen, sollten besondere Anreize – möglichst nicht monetärer Art – gesetzt werden.

Qualifikation: Beschäftigte sollten auf jeden Fall für die Aufgaben, die im Rufdienst auf sie zu kommen könnten, qualifiziert sein.

Partizipation: Mitarbeiter sollten in die Planung einbezogen werden.

Literatur

Langhoff, T., Sczesny, C., Wingen, S. Marino, D. u. Krelangen, M. (2006): Rufbereitschaft. Eine Handlungshilfe zur positiven Gestaltung. BAuA/INQA

Bauer, F., Groß, H., Lehmann, K. u. Munz, E. (2004): Arbeitszeit 2003. Arbeitszeitgestaltung, Arbeitsorganisation und Tätigkeitsprofile. Köln, Institut zur Erforschung sozialer Chancen (ISO)

5. Zeitarbeit

Zeitarbeit – eine neue Branche

Der Begriff „Branche“ kennzeichnete bislang Arbeitsbereiche, die durch gleiche Arbeitstätigkeiten bzw. Arbeitsprodukte und Rahmenbedingungen gekennzeichnet sind. Bei der Zeitarbeitsbranche handelt es sich dagegen um eine Branche, die sich ausschließlich über die Art des Arbeitsverhältnisses definiert. Die Zugehörigkeit zur Zeitarbeitsbranche lässt keinerlei Rückschluss über die Art der Tätigkeit zu. Sie besagt lediglich, dass die Beschäftigten in einem spezifischen Beschäftigungsverhältnis stehen, das gekennzeichnet ist durch die Trennung von Arbeitgeber (im Sinne des Vertragspartners) und Arbeitsverhältnis (als Ort der Arbeitsverrichtung). Damit stehen die Beschäftigten in der Zeitarbeit in einer für die bisherigen Beschäftigungsverhältnisse untypischen Situation, dass sie auf der einen Seite einen formalen Arbeitgeber haben, an den sie arbeitsvertraglich gebunden sind und auf der anderen Seite einen Einsatzort, an dem sie an einen anderen „Arbeitgeber“ entliehen sind. Aus diesem Grund wird diese spezifische arbeitsvertragliche Situation auch als „Leiharbeit“ bezeichnet.

Zeitarbeit – eine prekäre Arbeitsform ?

Zeitarbeit wird in Deutschland durch ein Gesetz geregelt, das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG). Die Zeitarbeit wird heute vielfach zu den atypischen Arbeitsverhältnissen gezählt und damit den prekären Arbeitsverhältnissen zugeordnet. Weitgehend unbekannt ist, dass Zeitarbeiter reguläre Arbeitsverträge haben, oftmals sogar unbefristet. Dabei sind sie formalrechtlich den Normalarbeitsverhältnissen gleichzusetzen, weil sie – was zumindest die Absicherung der Entgeltzahlung betrifft – auf einem „normalen“ Arbeitsverhältnis basieren. Seit einigen Jahren schon regeln Tarifverträge die Entlohnung der Mitarbeiter. Für diesen Branchenbereich gibt es sowohl Verbandsvertretungen als auch gewerkschaftliche Strukturen. Dies war ein wichtiger Modernisierungsschritt der Branche. Daneben finden sich allerdings Rahmenbedingungen, die es durchaus rechtfertigen, diese Form der Arbeit als prekär zu bezeichnen. So ist z. B. ein Absenken der Stundensätze im Bereich der Zeitarbeit zu beobachten.

Qualität der Zeitarbeit

Die Zeitarbeit ist in weiten Bereichen gekennzeichnet durch schlechte Arbeitsbedingungen, gering qualifizierte Tätigkeiten, fehlende Partizipation und im Durchschnitt schlechte Entlohnung (Fuchs u. Conrad, 2003; Wieland u. Krajewski, 2002). Formal sind die Leiharbeiter, was die soziale Sicherung betrifft, nicht schlechter gestellt als die Beschäftigten in Normalarbeitsverhältnissen. Faktisch ist allerdings ihre Beschäftigungssicherheit (Beschäftigungsstabilität) deutlich eingeschränkter (Promberger, 2006). Ihr Einkommen liegt im Durchschnitt unter dem der Beschäftigten in Normalarbeitsverhältnissen. Am deutlichsten ist der Unterschied zwischen den beiden Beschäftigtengruppen allerdings im Bereich der Investition in die Qualifikation. Leiharbeiter haben nur geringe Chancen, an betrieblicher bzw. beruflicher Weiterbildung zu partizipieren (Keller u. Seifert, 2006). Aus unternehmerischer Sicht ist die Investition in eine Zeitarbeitskraft nur eingeschränkt wirtschaftlich; denn die Investition in das Humankapital des Unternehmens macht nur dann Sinn, wenn davon ausgegangen werden kann, dass die entwickelten Fähigkeiten und Fertigkeiten sich durch den Einsatz der Mitarbeiter für das Unternehmen auch amortisieren. Bei Zeitarbeitnehmern kann davon aber nicht ausgegangen werden. Auf der anderen Seite ist die Investition in die Qualifikation der Beschäftigten für den verleihenden Betrieb auch nur von begrenzter Attraktivität, weil damit letztendlich Kosten entstehen, deren Nutzen vordergründig nur dem entleihenden Betrieb zugute kommt. Die bessere Einsetzbarkeit und die höhere Qualifikation der Beschäftigten erhöht vielmehr die Wahrscheinlichkeit der Übernahme eines Beschäftigten in ein Dauerarbeitsverhältnis bei dem entleihenden Unternehmen und wäre damit für das Zeitarbeitsunternehmen eine „Fehlinvestition“. Dieser Zusammenhang trifft insbesondere für den Bereich der gering Qualifizierten zu.

Dementsprechend ergibt sich eine kontinuierliche Dequalifikation, was die Chancen auf dem Arbeitsmarkt für die in der Zeitarbeit Beschäftigten langfristig deutlich verschlechtert und ihre Beschäftigungsfähigkeit einschränkt (Expertenkommission, 2004). Diese fortschreitende Dequalifizierung kann auch nicht durch die „scheinbare“ Qualifikation aufgrund der wechselnden Tätigkeiten in verschiedenen Betrieben kompensiert werden. Untersuchungsergebnisse zeigen vielmehr, dass die typischen Einsatzfelder von Zeitarbeitnehmern durch ein hohes Maß an Routinetätigkeit und Monotonie gekennzeichnet sind (Fuchs u. Conrad, 2003; Wieland u. Krajewski, 2002). Diese Konstellation führt generell zu einer langfristig erhöhten Gefährdung der Beschäftigungsfähigkeit.

Ziel der Zeitarbeit

Die Abkehr vom Normalarbeitsverhältnis hat seine Ursachen primär in dem Wunsch der Betriebe, flexiblere Formen der Beschäftigung zu schaffen. So gilt die Schaffung von Flexibilität als eine zentrale Voraussetzung für die Bewältigung des Strukturwandels, für wirtschaftliches Wachstum und für den Abbau der Arbeits-

losigkeit (siehe hierzu Keller u. Seifert, 2006). Durch den Einsatz von Zeitarbeitnehmern können die Betriebe flexibel auf Arbeitsschwankungen reagieren. Während die zeitweise Erhöhung der Arbeitszeiten für die Stammbeschäftigten durch den Einsatz flexibler Arbeitszeitsysteme und Arbeitszeitkonten als Instrument der internen Flexibilisierung bezeichnet werden kann und bislang die primär genutzte Strategie der Unternehmen darstellt, ist das „Anheuern“ von Zeitarbeitskräften eine Form der externen Flexibilität. Damit stellt sich die Frage, ob der im Bereich der Zeitarbeit zu beobachtende Zuwachs an Beschäftigung eine echte „Neubildung“ von Arbeitsverhältnissen ist, oder lediglich eine Umschichtung von Normalarbeitsverhältnissen, was langfristig zu deren Reduzierung beitragen würde.

Im internationalen Vergleich (European Commission, 2001) ist die Nutzung der externen Flexibilität in Deutschland vergleichsweise gering. Der deutsche Arbeitsmarkt setzt mehr auf den Einsatz von Formen interner Flexibilität.

Arbeitgeber, die sich für den Einsatz von Zeitarbeitskräften entscheiden, tun dieses häufig vor dem Hintergrund der geringeren Akquisitionskosten. Zeitarbeitnehmer können dem gewünschten Anforderungsprofil entsprechend angefordert werden. Es entfallen Kosten für die Suche von Mitarbeitern bzw. für die Entlassung nicht mehr benötigter Mitarbeiter. Ein Nachteil dieser Strategie ist allerdings, dass die Übereinstimmung von Anforderung und Leistungsprofil der Zeitarbeitnehmer insbesondere bei kurzzeitigen Einsätzen oftmals nur sehr eingeschränkt ist. Die Güte dieser „Passung“ ist im Wesentlichen abhängig von der Erfahrung und Ausbildung des Disponenten in der Zeitarbeitsfirma und von den für einen Einsatz zur Verfügung stehenden Zeitarbeitskräften.

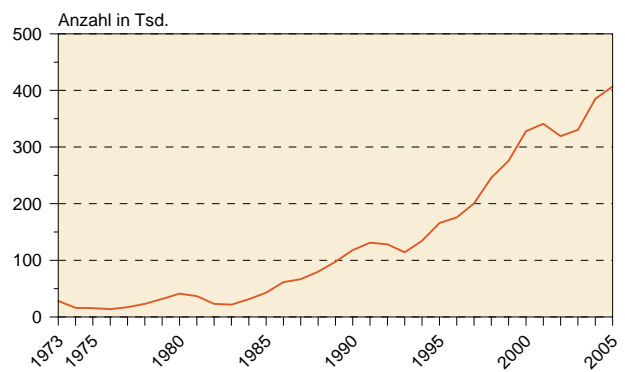
Verbreitung von Zeitarbeit

Der Zuwachs im Bereich der Leiharbeitnehmer ist vergleichsweise hoch (Abb. A5). Obwohl ihr Anteil mit 1,5 % immer noch auf sehr niedrigem Niveau in Bezug auf die Gesamtheit der Beschäftigten liegt (Promberger, 2006). Der Einsatz von Zeitarbeitnehmern wird von ca. 2 bis 3 % der Betriebe genutzt. D. h. im Jahr 2005 waren die ca. 325.000 Zeitarbeitnehmer in etwa 50.000 Betrieben beschäftigt. Der Einsatz von Zeitarbeitnehmern ist ein typisches Instrument der Flexibilisierung, das primär von Großbetrieben genutzt wird. Von den Betrieben mit mehr als 500 Beschäftigten gaben 39 % an, dass sie Zeitarbeitnehmer beschäftigen. Auch das IAB-Betriebspanel von 2003 verdeutlicht die stärkere Nutzung in Großbetrieben (Hohendanner u. Bellmann, 2006). So wird Zeitarbeit von 11,5 % der Betriebe mit mehr als 1.000 Beschäftigten genutzt. Bei den Betrieben mit 500-999 sind es noch 7,6 %, bei Betrieben zwischen 100-499 Beschäftigten 6,2 % und in den Betrieben mit 20-99 noch 2,5 %. Für kleine Betriebe ist die Einstellung von Leiharbeitnehmern kein Flexibilisierungsinstrument.

Anders als im europäischen Ausland ist der Einsatzschwerpunkt der Zeitarbeit in Deutschland immer noch das Verarbeitende Gewerbe. Qualifizierte Zeitarbeit

Abbildung A 5

Anzahl Leiharbeitnehmer – Jahresdurchschnitte 1973 - 2005 –



Quelle: Arbeitnehmerüberlassungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit

oder Zeitarbeit im Dienstleistungsbereich ist in Deutschland weitaus seltener anzutreffen. In diesen Bereichen konnten erst in den letzten Jahren Zuwächse verzeichnet werden. So lag der Anteil der Akademiker im ersten Halbjahr 2003 lediglich bei 1 %. Der Anteil der Facharbeiter lag bei 35 % (Promberger, 2006).

Unfallgeschehen in der Zeitarbeit

Aufgrund der Heterogenität der Branche ist die Interpretation der Unfalldaten differenziert zu betrachten. Das Gefährdungspotenzial für die Beschäftigten im sogenannte „Helfermarkt“ liegt deutlich über den durchschnittlichen Unfallzahlen. Dagegen ist der Bereich der qualifizierten Zeitarbeit eher im Durchschnitt anzusiedeln. Ausgehend von diesen Erkenntnissen wurden in den Dienstleistungsbereichen der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) besondere Präventionsmaßnahmen für die Branche entwickelt.

Beratung / Überwachung

Die hohen Unfalllasten in der Zeitarbeit waren und sind Anlass für die VBG, die Unternehmen der Zeitarbeit gezielt durch Beratung zum Arbeitsschutz und Überwachung der Einhaltung der Arbeitsschutzbestimmungen zu betreuen. Im Mittelpunkt der Bemühungen in der Produktlinie Beratung/Überwachung stehen Zeitarbeitsunternehmen, da diese durch konsequente Umsetzung verschiedener organisatorischer Maßnahmen und Integration des Arbeitsschutzes in den Überlassungsprozess direkt Einfluss auf einen sicheren Verlauf der Überlassung nehmen können.

Insbesondere steht für die Zeitarbeitsunternehmen bereits in der Gründungsphase ein umfangreiches Beratungsangebot bereit.

Information

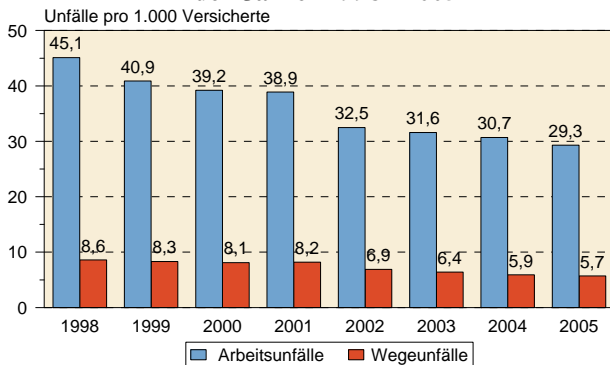
Die von der VBG in den letzten Jahren herausgegebenen Informationsmedien werden nachfolgend dargestellt.

Zeitarbeit – sicher, gesund und erfolgreich (BGI 5020)

Leitfaden für die Gestaltung der Arbeitsorganisation in Zeitarbeitsunternehmen – mit CD-ROM. In dieser Berufsgenossenschaftlichen Information (BGI) finden Un-

Abbildung A 6

Meldepflichtige Unfälle pro 1.000 Versicherte im Bereich Arbeitnehmerüberlassung in den Jahren 1998 - 2005



ternehmer und Personalentscheidungsträger von Zeitarbeitsunternehmen Informationen und Arbeitshilfen für die Gestaltung eines leistungsfähigen Arbeitssystems.

Zeitarbeit nutzen – sicher, gesund und erfolgreich (BGI 5021)

Leitfaden für Unternehmer die Mitarbeiter flexibel einsetzen wollen – mit CD-ROM

An dieser BGI haben der Bundesverband Zeitarbeit (BZA), der Interessenverband Deutscher Zeitarbeitsunternehmen (iGZ), die Hessische Arbeitsschutzverwaltung, die Vereinigung der Metall-Berufsgenossenschaften (VMBG) und der Verband Deutscher Sicherheitsingenieure (VDSI) mitgearbeitet.

Fragebogen für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit

Zur Unterstützung der Unternehmen der Zeitarbeit bei ihren erforderlichen Unterweisungen in den Geschäftsstellen wurden insgesamt 31 Fragebögen (z. B.: Metallbereich, Elektrobereich, Maler/in, Alten- und Krankenpfleger, IT-Bereich) entwickelt und bereits mehr als 5 Millionen Mal versandt, was für eine sehr gute Akzeptanz bei den Zeitarbeitsunternehmen spricht.

Seit kurzem werden die Fragebögen auch auf einer CD-ROM mit Hintergrundinformationen für Personalentscheidungsträger herausgegeben.

CD-ROM „Unterweisungsprogramm für die Zeitarbeit“

Diese CD-ROM unterstützt mit interaktiven, tätigkeitsbezogenen Unterweisungsmodulen Personalentscheidungsträger bei der Unterweisung von Leiharbeitnehmern. Für 6 verschiedene Themen liegen bereits Unterweisungsmodule vor. Die Leiharbeitnehmer können die Unterweisungsmodule selbstständig bearbeiten. Das Programm erkennt dabei Wissenslücken und liefert dazu jeweils gezielte Informationen.

Der Personalentscheidungsträger erhält zum Abschluss einer jeden Unterweisung gezielte Hinweise, in welchen Bereichen eine mündliche Nachschulung erfolgen soll.

Qualifizierung

Seit 1978 sind für die Branche Zeitarbeit 11 unterschiedliche Seminarformen entsprechend den Anforderungen

aus der Zeitarbeit oder Erkenntnissen aus der Betriebsbetreuung durch den technischen Aufsichtsdienst eingerichtet worden. Eine Schlüsselrolle dabei ist die Ausbildung der Disponenten/Personalentscheidungsträger, denn sie leiten und gestalten die Einsätze ihrer Mitarbeiter in den Kundenunternehmen.

Ergebnisse und Nutzen

Von 1998 bis 2005 stieg die Zahl der Versicherungsverhältnisse von 575.275 auf 975.426 an. Es kann als ein deutlicher Präventionserfolg gewertet werden, dass sich die Anzahl der meldepflichtigen Unfälle in der Zeitarbeitsbranche auf nur noch 34.157 reduziert haben.

Bezogen auf je 1.000 Versicherungsverhältnissen ist die Zahl im Jahr 1998 von 53,68 auf 35,02 im Jahr 2005 zurückgegangen. Das entspricht einem Rückgang von 34,8 % (Abb. A6).

Nach Aussagen des Beitrages des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. (VDBW) stellt die Zeitarbeit für die Arbeitsmedizin aber immer noch ein großes Problem dar: Weitgehend ungelöst ist das Problem des fehlenden Zuganges eines Betriebsarztes zu den Arbeitsstätten des Entleiherbetriebes. Hierdurch fehlen konkrete Kenntnisse über die Arbeitsbedingungen – eine unabdingbare Voraussetzung für qualifiziertes betriebsärztliches Handeln.

Literatur

AÜG – Arbeitnehmerüberlassungsgesetz. Gesetz zur Regelung der gewerbmäßigen Arbeitnehmerüberlassung.

www.bmas.bund.de/BMAS/Navigation/Arbeitsrecht/gesetze.html

Fuchs, T. u. Conrad, R. (2003): Flexible Arbeitsformen. Arbeitsbedingungen, -belastungen und Beschwerden – eine Analyse empirischer Daten. Schriftenreihe für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Wirtschaftsverlag NW, Dortmund/Berlin/Dresden

European Commission/Directorate General for Economic and Financial Affairs (2001): Performance of the European Union labour market. Joint harmonised EU programme of business and consumer surveys, Luxembourg

Expertenkommission Finanzierung Lebenslanges Lernen (2004): Finanzierung Lebenslanges Lernens – der Weg in die Zukunft, Schlussbericht. Bielefeld

Hohendanner, Chr. u. Bellmann, L. (2006): Interne und Externe Flexibilität. WSI Mitteilungen 5/2006

Keller, B. u. Seifert, H. (2006): Atypische Beschäftigungsverhältnisse: Flexibilität, soziale Sicherheit und Prekarität. WSI Mitteilungen 5/2006

Promberger, M. (2006): Leiharbeit – Flexibilität und Prekarität in der betrieblichen Praxis. WSI Mitteilungen 5/2006

Wieland, R. u. Krajewski, J. (2002): Psychische Belastung und Qualifizierung in neuen Arbeitsformen I: Zeitarbeit. Wuppertaler Psychologische Bericht, Heft 1

Spezialausgabe von „Arbeit und Gesundheit“

www.vbg.de/imperia/md/content/produkte/broschueren/zeitarbeit.pdf

Diverse Publikationen der VBG zum Thema

www.vbg.de/service/publikation.jsp?step=8

Sicher und gesund – Arbeitsschutzmanagementsysteme in Zeitarbeitsunternehmen

www.hvbg.de/d/pages/praev/strateg/praev_lohnt/zeitarbeit.html

B. Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit

Das Kapitel gibt einen statistischen Überblick über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und die Veränderungen in den letzten vier Jahren. Neben Zahlen zur Erwerbsbevölkerung und ihren Arbeitsbedingungen (s. Abschnitt 1) wird die Entwicklung der Betriebszahlen beschrieben (Abschnitt 2). In Abschnitt 3 wird auf Bezugswahlen eingegangen, die für die in den darauf folgenden Abschnitten Beschreibungen des Unfall- (Abschnitt 4) und Berufskrankheitengeschehens (Abschnitt 5) notwendig sind. Darüber hinaus ist natürlich auch die Gesundheitssituation der Erwerbstätigen, insbesondere das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und – vor dem Hintergrund des demographischen Wandels auch – die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von besonderem Interesse (Abschnitt 6).

1. Rahmenbedingungen

Nach den Ergebnissen der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (Rechenstand 2006) ist die Erwerbstätigkeit im Jahresdurchschnitt 2005 gegenüber 2002 leicht auf 38,8 Mio. Erwerbstätige mit Arbeitsort Deutschland (0,7 %) zurückgegangen (Abb. B3).

Die Zahl der erwerbstätigen Frauen hat um 0,6 % zugenommen, die der erwerbstätigen Männer um 1,8 % abgenommen.

Der Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung – die Betrachtung ist begrenzt auf die Altersjahre 15 bis unter 65 – liegt im Berichtsjahr gegenüber 2002 etwas höher (69,2 in 2002, 69,4 in 2005).

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus gingen 2005 in Deutschland 24,5 % aller abhängig Beschäftigten (mit Auszubildenden) einer Teilzeitbeschäftigung nach (Tab.

B1). Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten wächst seit den 90er Jahren stetig.

Nach wie vor ist die Teilzeitbeschäftigung eine Domäne der Frauen, nicht zuletzt deshalb, weil Frauen zumeist eine Doppelbelastung durch die zusätzliche Haus- und Familienarbeit tragen und im früheren Bundesgebiet noch immer weniger Möglichkeiten einer ganztägigen Kinderbetreuung existieren. Am häufigsten ist Teilzeitbeschäftigung im Dienstleistungsbereich, gefolgt vom Handel, Gastgewerbe und Verkehr und von Finanzierung, Vermietung und Unternehmensdienstleister. Mehr als ein Viertel aller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer üben in diesen drei Wirtschaftszweigen jeweils eine Teilzeittätigkeit aus.

Immer mehr abhängig beschäftigte Erwerbstätige (ohne Auszubildende) haben einen befristeten Arbeitsvertrag: Im Berichtszeitraum stieg der Anteil von 8,1 % im Jahr 2002 auf 10,1 % im Jahr 2005.

Im Jahr 2005 leisteten in Deutschland 14,6 % aller abhängig Erwerbstätigen ständig oder regelmäßig Schichtarbeit, 9,2 % arbeiteten ständig oder regelmäßig nachts.

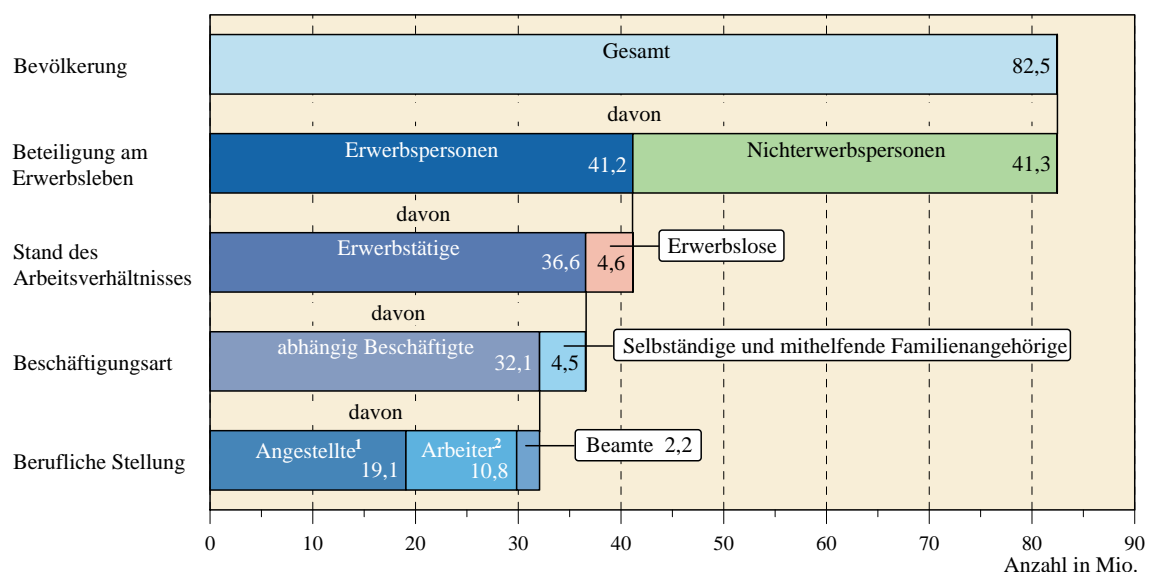
2. Entwicklung der Betriebe

Nach einer Statistik der Bundesagentur für Arbeit ist die Zahl der Betriebe in Deutschland im Jahr 2005 gegenüber 2002 um 4,2 % auf 2.030.712 zurückgegangen. Über diesem Durchschnitt liegt die rückläufige Entwicklung im produzierenden Gewerbe; im Handel, Gastgewerbe und Verkehr und besonders im Baugewerbe.

Auch die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist im Jahr 2005 im Vergleich zu 2002 deutlich zurückgegangen (5,1 %). Neben den o. g. Wirtschaftszweigen zeigt sich hier zusätzlich ein überdurchschnittlicher Rückgang in der Landwirtschaft. Gegen den

Abbildung B 1

Erwerbsbevölkerung in Deutschland 2005



¹ Einschl. Auszubildende in anerkannten kaufmännischen und technischen Ausbildungsberufen.

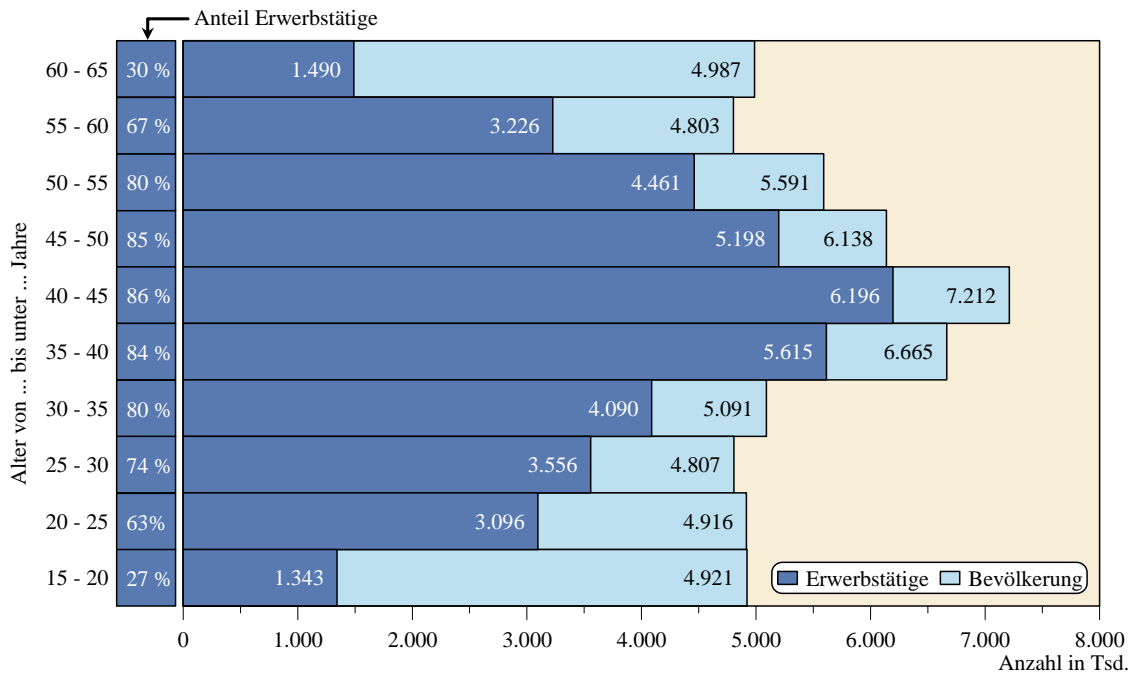
² Einschl. Auszubildende in anerkannten gewerblichen Ausbildungsberufen.

Rundungsfehler

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus, Jahresdurchschnitt

Abbildung B 2

Bevölkerung und Erwerbstätige nach Altersgruppen in Deutschland 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

TA 3

Trend gibt es im Wirtschaftszweig Finanzierung und Unternehmensdienstleistung im Jahr 2005 0,3 % mehr sozialversicherungspflichtige Beschäftigte als noch 2002.

rund 46,2 Milliarden geleistete Arbeitsstunden gemeldet, für die Unternehmen der öffentlichen Hand rund 7,8 Milliarden. In den Betrieben der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften werden geleistete Arbeitsstunden nicht erhoben.

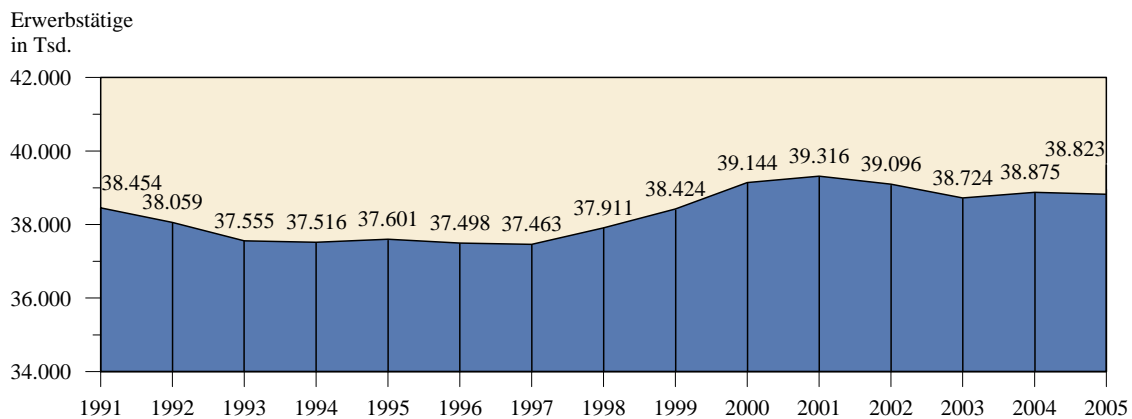
3. Bezugsgrößen

Zur vergleichenden Beurteilung von Unfallrisiken werden die absoluten Unfallzahlen zu geeigneten Bezugsgrößen ins Verhältnis gesetzt und Unfallquoten berechnet. Die Arbeitsunfälle werden zur Zahl der geleisteten Arbeitsstunden in Beziehung gesetzt, da diese die „Zeit unter Risiko“ eines Arbeitsunfalls widerspiegelt. Die Häufigkeit der Arbeitsunfälle je 1 Mio. geleisteter Arbeitsstunden ist eine Größe, die über alle Berichtsjahre hinweg prinzipiell vergleichbar ist. Von den Unternehmen des gewerblichen Bereichs werden im Jahr 2005

Bei der anschaulicheren Häufigkeit der Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter werden die Unfälle auf die Zahl der Arbeitsstunden bezogen, die ein Vollbeschäftigter im Berichtsjahr durchschnittlich tatsächlich geleistet hat. Der Vollarbeiter-Richtwert berücksichtigt die kalendarischen Arbeitstage, die durchschnittlichen Urlaubs- und Krankheitstage sowie die bezahlten Wochenstunden und wird seit 1986 jährlich aktualisiert. Zwei Teilzeitkräfte, die jeweils die Hälfte dieser Stundenzahl gearbeitet haben, zählen somit statistisch als ein Vollarbeiter. Im Jahr 2005 beträgt die Zahl der Vollarbeiter in der gesetzli-

Abbildung B 3

Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland – von 1991 bis 2005 –



Quelle: Jahresdurchschnittszahlen für das Bundesgebiet berechnet vom Hessischen Statistischen Landesamt

TA 1

Tabelle B 1

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nach ausgewählten Arbeitsbedingungen

Arbeitsbedingungen	Arbeitnehmerquote in Prozent		
	2005	2004	2003
Teilzeit¹	24,5	22,8	22,4
Männer	7,4	6,2	6,0
Frauen	44,3	42,1	41,4
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	20,9	16,3	15,9
Produzierendes Gewerbe ohne Baugewerbe	11,2	10,6	10,5
Baugewerbe	9,3	8,3	8,1
Handel, Gastgewerbe und Verkehr	30,9	29,2	28,8
Finanzierung, Vermietung und Unternehmensdienstleister	27,2	26,6	26,5
Öffentliche und private Dienstleistungen	32,1	29,9	29,2
Art des Arbeitsvertrages²			
befristet	10,1	8,3	8,4
unbefristet	89,7	91,4	91,1
Arbeit zu Hause³			
hauptsächlich ⁴	1,9	2,5	2,3
manchmal	6,8	7,0	6,7
nie	91,2	90,0	90,4

¹ Teilzeitbeschäftigte in % der Arbeitnehmer mit Auszubildenden

² Arbeitnehmer mit befristeten bzw. unbefristeten Arbeitsverträgen, in % der Arbeitnehmer ohne Auszubildenden

³ Arbeitnehmer, die zeitweise zu Hause arbeiten, in % der Arbeitnehmer ohne Auszubildenden

⁴ Mindestens die Hälfte der Arbeitstage in den letzten 3 Monaten

Quelle: Statistisches Bundesamt

chen Unfallversicherung mit 36,3 Millionen.

Bei den Wegeunfällen – also bei den Unfällen auf Wegen zum und vom Arbeitsplatz – ist es sinnvoller, als Bezugsgröße die Zahl der Versicherungsverhältnisse zu wählen. Jede versicherte Tätigkeit, ob als Teilzeit- oder als Vollzeitbeschäftigung, bringt ein eigenes Wegeunfallrisiko mit sich. Darüber hinaus kann derselbe Versicherte in mehr als einem Versicherungsverhältnis stehen, wobei entsprechend mehr versicherte Wege zurückgelegt werden. Da die optimale Bezugsgröße für die Häufigkeit von Wegeunfällen, nämlich die Zahl der auf dem Arbeitsweg zurückgelegten Kilometer, nicht zur Verfügung steht, wird stattdessen von der Zahl der Versicherungsverhältnisse ausgegangen. Diese wird jedoch für die Bildung von Wegeunfallquoten bei denjenigen Gruppen, die eine deutlich geringere Zahl von versicherten Wegen zurücklegen als Unternehmer und abhängig Beschäftigte, entsprechend dem tatsächlichen Risiko gewichtet. Für das Jahr 2005 werden insgesamt 42,7 Millionen gewichtete Versicherungsverhältnisse ausgewiesen; im Vergleich zum Jahr 2002 ist das eine Abnahme von 1,8 %.

4. Unfallgeschehen

4.1 Arbeitsunfallgeschehen

Mit 28 meldepflichtigen Arbeitsunfällen je 1.000 Vollarbeiter wird im Berichtsjahr der niedrigste Stand seit Bestehen der Bundesrepublik erreicht.

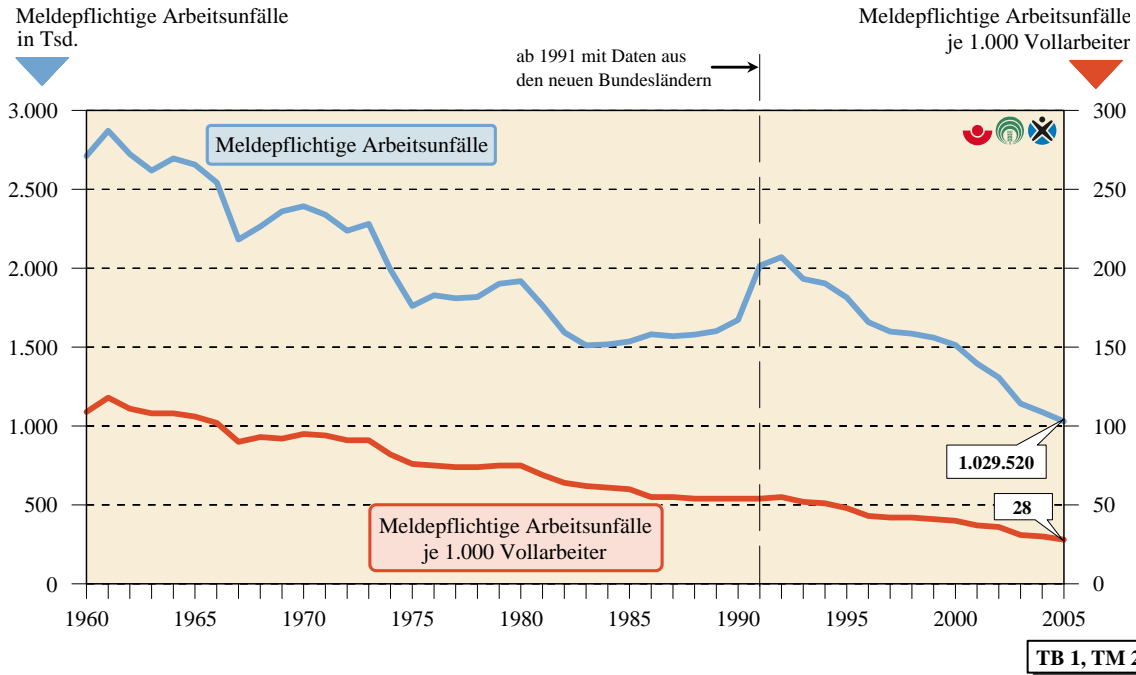
Absolut sind das insgesamt 1.029.520 Arbeitsunfälle, 21,2 % weniger als 2002 (Abb. B4). Die Verteilung der Arbeitsunfälle über die Merkmale Geschlecht und Wirtschaftszweig ist nur eingeschränkt interpretierbar, da hierfür bisher nur absolute Unfallzahlen in der Statistik ausgewiesen werden können. So konzentrieren sich 76 % der Arbeitsunfälle auf Männer, 24 % auf Frauen. Gemessen an der absoluten Häufigkeit nehmen folgende Wirtschaftszweige die ersten Ränge ein: Baugewerbe; Erbringung von Dienstleistungen überwiegend für Unternehmen; Landwirtschaft; Landverkehr.

In Abhängigkeit der wirtschaftszweigbezogenen Gliederung der Unfallversicherungsträger sind eindeutiger Vergleiche möglich, da auf 1.000 Vollarbeiter bezogene Unfallquoten berechnet werden können (Abb. B5). Weit über dem Durchschnitt (28 je 1.000) liegen im Berichtsjahr: Bau (67), Holz (62), Landwirtschaft (52), Nahrungs- und Genussmittel (49), Steine und Erden (42) und Verkehr (41).

Die Zahl der tödlichen Arbeitsunfälle war im Jahr 2004 erstmals dreistellig und hat im Berichtsjahr mit insgesamt 863 Unfällen ihren tiefsten Stand erreicht (Abb. B7). Gegenüber dem Jahr 1994 (Änderung der statistischen Erfassung dahingehend, dass das Berichtsjahr gleich dem Ereignisjahr gesetzt wird) ist damit ein Rückgang der tödlichen Arbeitsunfälle um etwa 50 % zu verzeichnen. Dieses positive Ergebnis wird besonders deutlich, wenn man im Vergleich dazu die Entwicklung der Vollarbeiterzahl betrachtet, die im Jahr 2005 gegenüber 1994 um nur 2 % gesunken ist.

Abbildung B4

**Meldepflichtige Arbeitsunfälle – absolut und je 1.000 Vollarbeiter
– von 1960 bis 2005 –**



TB 1, TM 2

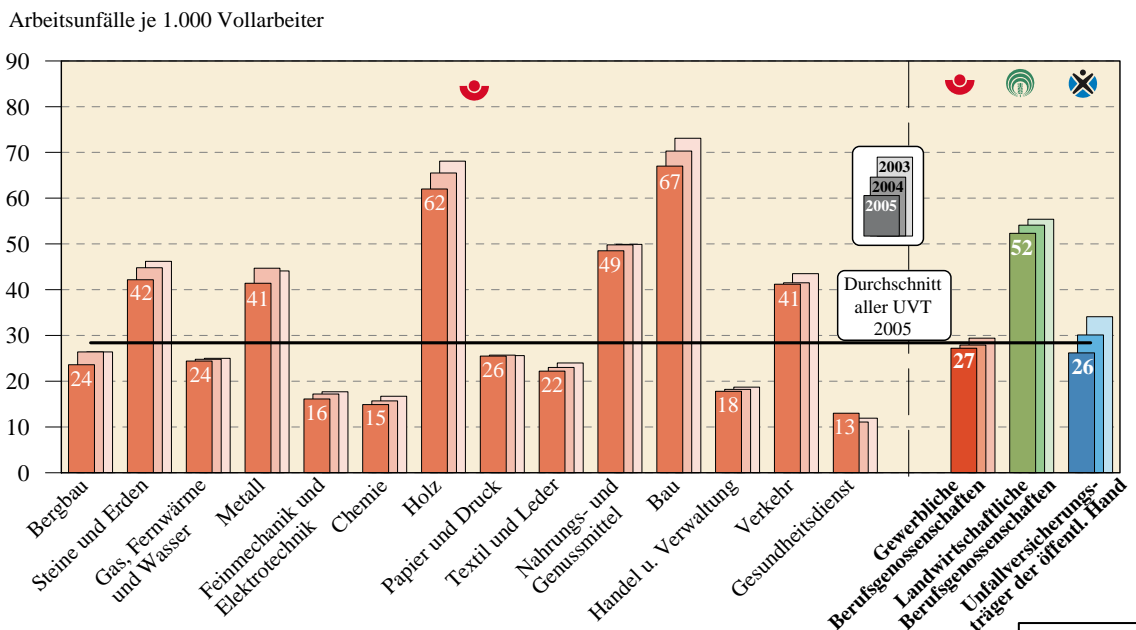
Für die Differenzierung nach Geschlecht und Wirtschaftszweig gilt die gleiche Interpretationseinschränkung wie bei den meldepflichtigen Arbeitsunfällen. 8,9 % der tödlichen Arbeitsunfälle betreffen die Frauen, 91,1 % die Männer. Eine Konzentration ist bei den Männern in den Wirtschaftszweigen Landwirtschaft, Landverkehr und Baugewerbe und bei den Frauen in den Wirtschaftszweigen Landwirtschaft und Versicherungsgewerbe festzustellen.

Verläuft ein Arbeitsunfall tödlich oder so schwer, dass es zu einer Entschädigung in Form einer Rente oder Abfindung kommt, wird er in der Statistik als „Neue Arbeitsunfallrente“ ausgewiesen. Voraussetzung ist, dass eine Erwerbsminderung von mindestens 20 % über die 26. Woche nach dem Unfallereignis hinaus besteht.

Da die Entschädigung durch Verwaltungsakt festzustellen und damit mit mehr oder weniger langer Bearbeitungszeit verbunden ist, muss bei den in der Statistik

Abbildung B5

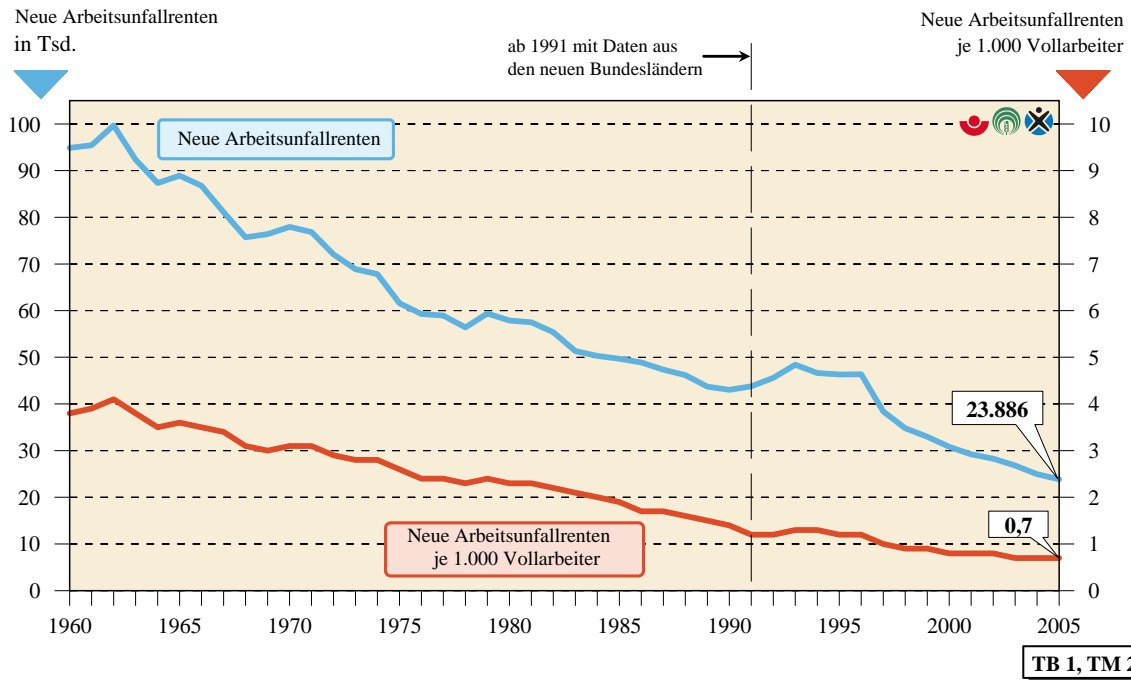
**Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter
nach Wirtschaftszweigeinteilung der UV-Träger 2005**



TB 4, TM 4

Abbildung B 6

**Neue Arbeitsunfallrenten – absolut und je 1.000 Vollarbeiter
– von 1960 bis 2005 –**



ausgewiesenen neuen Arbeitsunfallrenten das Berichtsjahr nicht immer gleich dem Ereignisjahr sein. Mit 23.886 neuen Arbeitsunfallrenten im Jahr 2005 ergibt sich gegenüber 2002 ein Rückgang um 15,5 % (Abb. B6).

4.2 Wegeunfallgeschehen

Im Jahr 2005 wurden 187.830 meldepflichtige Wegeunfälle registriert (Abb. B8); das sind 15,9 % weniger als im Jahr 2002. Entsprechend ist auch die für Wegeunfälle verwendete Unfallquote je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse verglichen zu 2002 (5,1) deutlich gesunken (4,4). 572 Wegeunfälle hatten im Berichtsjahr den Tod zu Folge, das sind 16,6 % weniger als 2002.

Abbildung B 7

**Tödliche Arbeitsunfälle nach gesetzlichen Unfallversicherungsträgern
– von 1960 bis 2005 –**

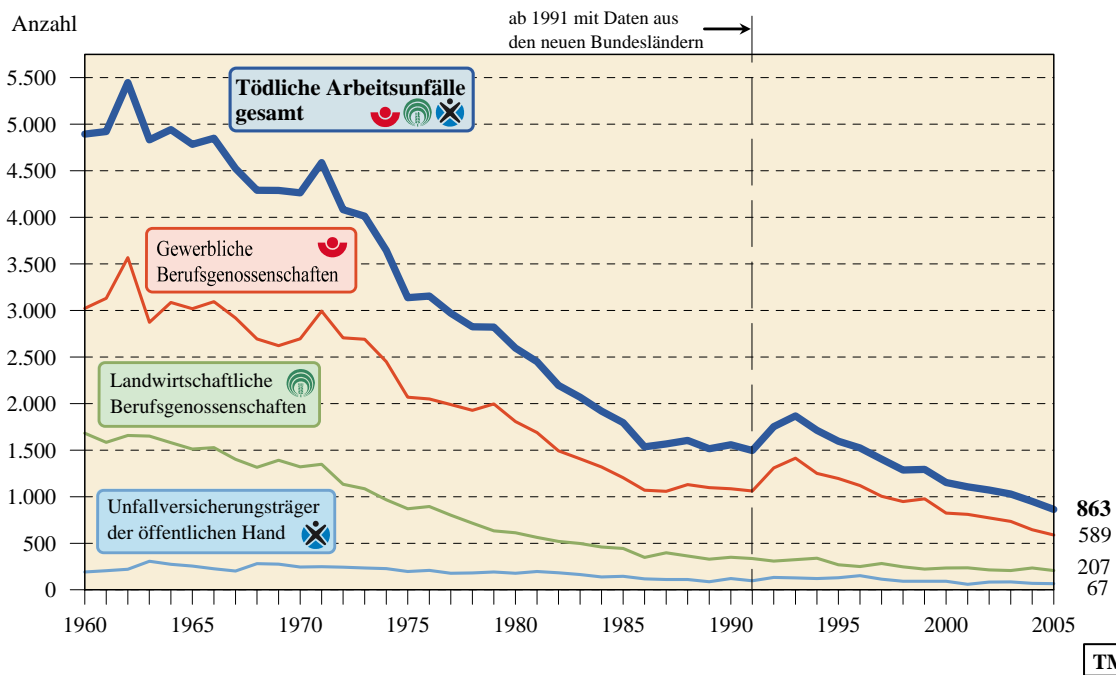
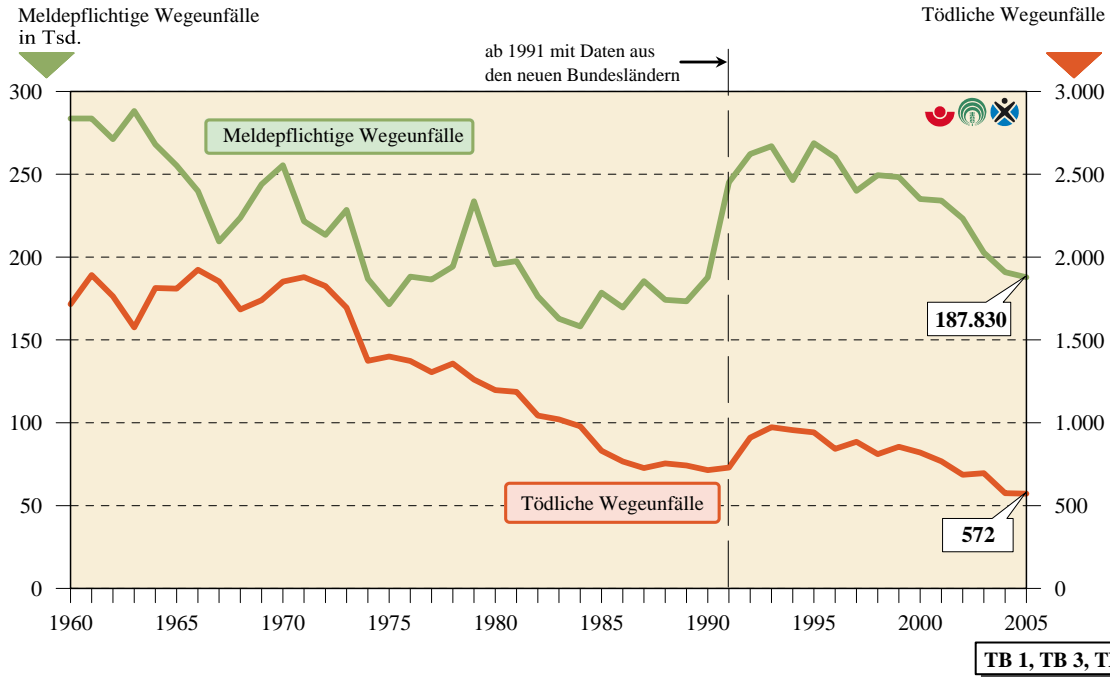


Abbildung B 8

Meldepflichtige und tödliche Wegeunfälle
– von 1960 bis 2005 –



Die Zahl der neuen Wegeunfallrenten ist im Jahr 2005 um 711 bzw. 9,1 % auf 7.124 zurückgegangen.

5. Berufskrankheitengeschehen

In Deutschland gibt es ein gemischtes Berufskrankheitensystem (Liste und Einzelfälle). Berufskrankheiten sind gemäß § 9 Absatz 1 SGB VII „Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet

und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden“. Diese Krankheiten sind in der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) aufgeführt (Liste der Berufskrankheiten). In dieser Liste werden ausschließlich solche Krankheiten bezeichnet, die „nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Be-

Abbildung B 9

Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit und neue Berufskrankheitenrenten
– von 1960 bis 2005 –

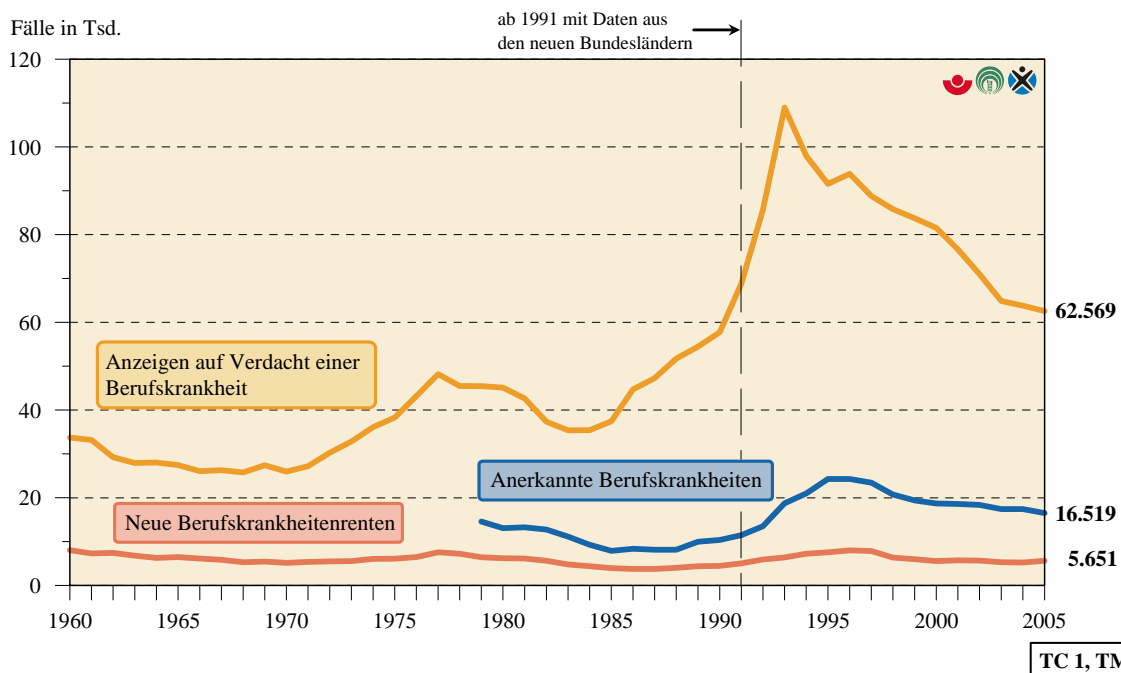
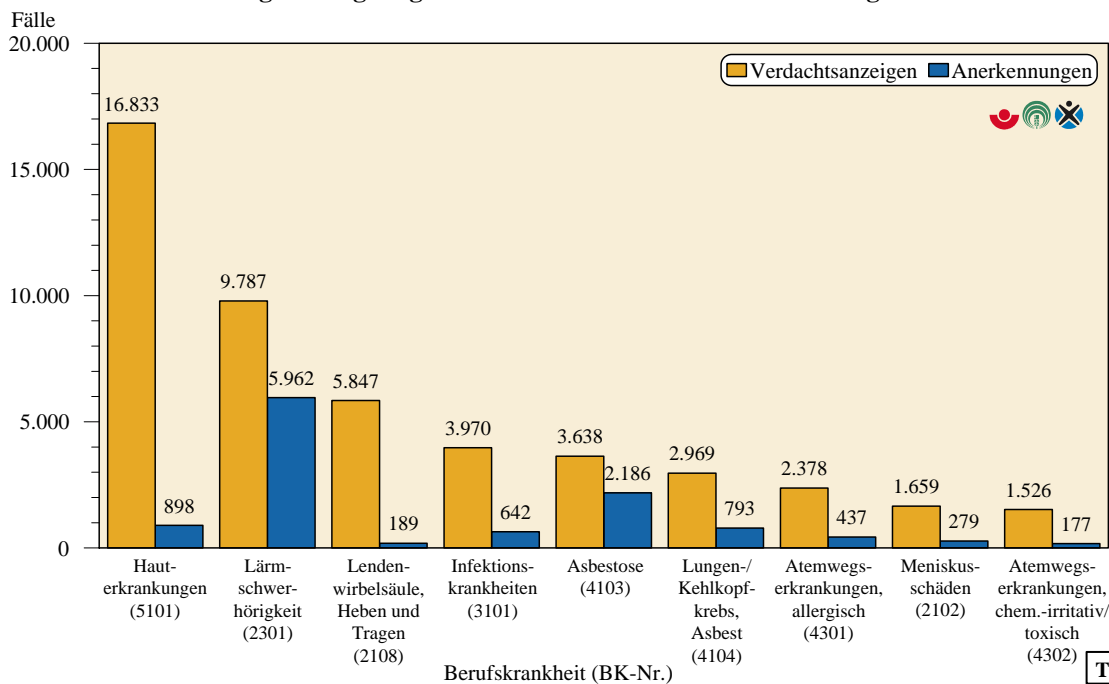


Abbildung B 10

Am häufigsten angezeigte Berufskrankheiten und Anerkennungen 2005



TC 2

völkerung ausgesetzt sind“. Darüber hinaus ist gemäß § 9 Absatz 2 SGB VII eine Krankheit „wie eine Berufskrankheit“ anzuerkennen, wenn nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft die sonstigen Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllt sind, aber eine entsprechende Krankheit noch nicht in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen wurde.

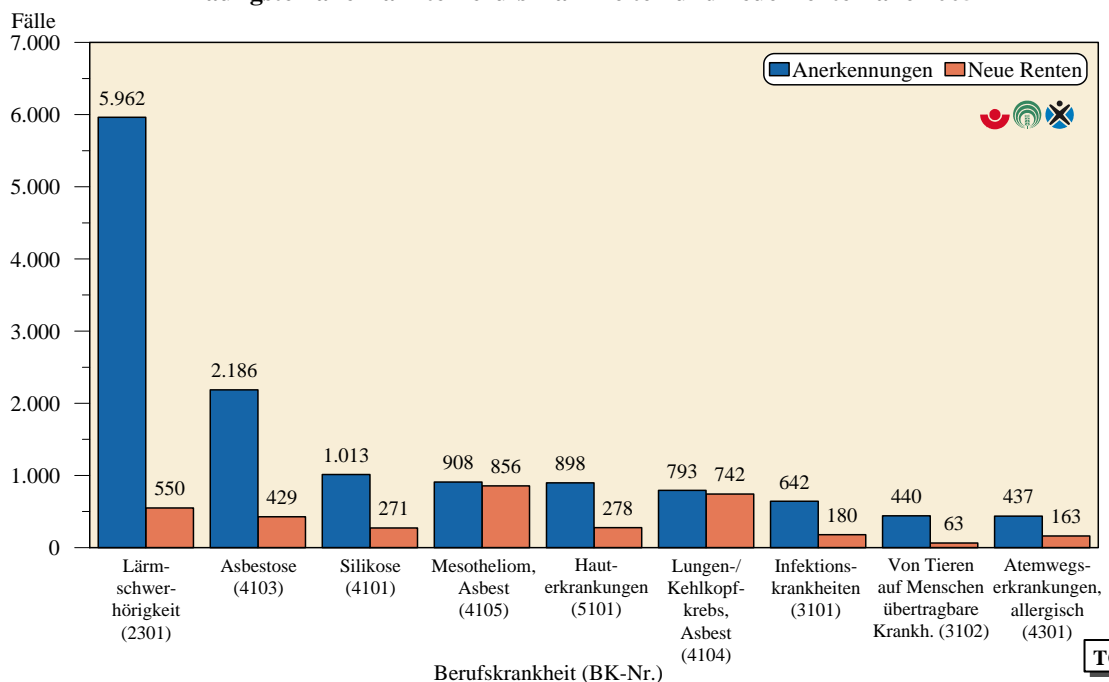
Die Liste der Berufskrankheiten ist zuletzt mit Wirkung vom 1.10.2002 durch die Verordnung zur Änderung der BKV (BKV-ÄndV) um die Berufskrankheit Lungenkrebs durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid bei nachgewiesener Quarzstaublungenenerkrankung

(Silikose oder Siliko-Tuberkulose) (BK-Nr. 4112) erweitert worden. Die bereits bestehende Berufskrankheit Drucklähmungen der Nerven (BK-Nr. 2106) wurde auf Druckschädigungen der Nerven ausgedehnt. Vor Inkrafttreten der BKV-ÄndV konnten diese Erkrankungen bereits nach § 9 Absatz 2 SGB VII wie eine Berufskrankheit anerkannt werden.

Das Berufskrankheitengeschehen entwickelte sich im Jahr 2005 uneinheitlich. Bei den Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit, bei den anerkannten Berufskrankheiten und bei den neuen Berufskrankheitenrenten setzte sich der Abwärtstrend im Vergleich mit dem Jahr

Abbildung B 11

Am häufigsten anerkannte Berufskrankheiten und neue Rentenfälle 2005



TC 2

Tabelle B2

**Anerkannte Berufskrankheiten,
die zur Unterlassung aller schädigenden Tätigkeiten gezwungen haben¹ 2005**

BK-Nr.	Berufskrankheiten-Kurzbezeichnung ²	Fälle	Anteile in %
5101	Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen	916	51,0
4301	Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie)	437	24,3
2108	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung	189	10,5
4302	Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen	177	9,9
1315	Erkrankungen durch Isocyanate	35	1,9
2101	Erkrankungen der Sehnenscheiden oder des Sehngleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze	15	0,8
2110	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen	14	0,8
2104	Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen an den Händen	11	0,6
2109	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter	1	0,1
Gesamt		1.795	100,0

¹ Für die in der Tabelle angeführten Berufskrankheiten hat der Verordnungsgeber jeweils als Voraussetzung für die Anerkennung festgelegt, dass sie zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können (vgl. Liste der Berufskrankheiten nach Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung)

² für die vollständigen Definitionen der BK-Nr. siehe Tabelle TC 2

TC 2 

2002 fort. Angestiegen ist die Zahl der Todesfälle Berufserkrankter mit Tod infolge der Berufskrankheit (s. Abb. B9 und TC 1 im Tabellenteil). Bezüglich der Schwerpunkte haben sich nur geringfügige Veränderungen ergeben.

Die Zahl der Verdachtsanzeigen beläuft sich für das Jahr 2005 auf 62.569 Fälle. Sie ist damit im Vergleich zum Jahr 2002 um 8.439 Fälle bzw. 11,9 % zurückgegangen. Die Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) stellen mit 16.833 Fällen (26,9 %) wie in den vergangenen Jahren den Hauptanteil, gefolgt von der Lärmschwerhörigkeit (BK-Nr. 2301) mit 9.787 Fällen (15,6 %) und den bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung (BK-Nr. 2108) mit 5.847 Fällen (9,3 %) (Abb. B10).

Zur Anerkennung als Berufskrankheit kamen insgesamt 16.519 Fälle. Dies bedeutet gegenüber 2002 einen Rückgang um 1.833 Fälle bzw. 10,0 %. Die Lärmschwerhörigkeit (BK-Nr. 2301) ist mit 5.962 Fällen (36,1 %) nach wie vor die am häufigsten anerkannte Berufskrankheit, gefolgt von der Asbestose (BK-Nr. 4103) mit 2.186 Fällen (13,2 %) und der Silikose (BK-Nr. 4101) mit 1.013 Fällen (6,1 %) (Abb. B11).

Die durch Asbest verursachten Erkrankungen Asbestose (BK-Nr. 4103), Lungen- oder Kehlkopfkrebs (BK-Nr. 4104) und Mesotheliom (BK-Nr. 4105) machen zusammen mit 3.887 Fällen 23,5 % aller Anerkennungen aus. In Deutschland ist die Herstellung und Verwendung von

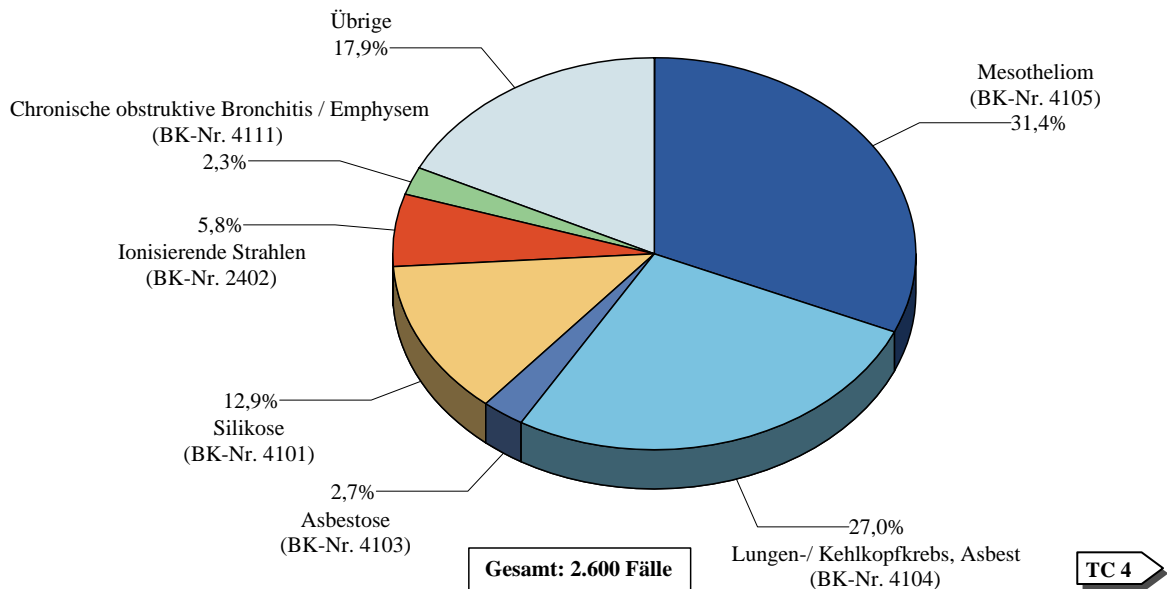
Asbestprodukten seit 1993 verboten. Es können aber 20 bis 30 Jahre vergehen, bis eine asbestbedingte Krankheit ausbricht.

Um das Berufskrankheitengeschehen sachgerecht beurteilen zu können, sind eine Reihe von Faktoren zu berücksichtigen, die mit dem eigentlichen Krankheitsgeschehen nicht im Zusammenhang stehen, aber auf die statistischen Angaben einen erheblichen Einfluss haben: die rechtliche Entwicklung (Erweiterung der Liste der Berufskrankheiten), Änderung der Anerkennungspraxis (Anerkennung des Versicherungsfalles ohne Eintritt des Leistungsfalles für bestimmte Berufskrankheiten wie die Lärmschwerhörigkeit, die Asbestose und die Silikose), Einbeziehung der Daten aus den neuen Bundesländern ab 1991. Das Zusammentreffen aller dieser Faktoren Anfang der 90er Jahre findet seinen Ausdruck in einem rapiden Anstieg der Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit und - mit leichter zeitlicher Verzögerung - auch der Fälle der anerkannten Berufskrankheiten.

Bei einer Reihe von Berufskrankheiten hat der Verordnungsgeber neben den üblichen arbeitstechnischen/medizinischen Voraussetzungen zusätzliche Bedingungen als zwingende Voraussetzung für die Anerkennung des Versicherungsfalles festgelegt. Dies bedeutet, dass eine Erkrankung trotz nachgewiesener beruflicher Verursachung versicherungsrechtlich nicht als Berufskrankheit anerkannt wird, wenn sie nicht zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen hat, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krank-

Abbildung B 12

Todesfälle Berufserkrankter mit Tod infolge der Berufskrankheit 2005



heit ursächlich waren oder sein können. Dies betrifft insgesamt 9 Berufskrankheiten (s. Tab. B2):

- BK-Nr. 1315: Erkrankungen durch Isocyanate
- BK-Nr. 2101: Erkrankungen der Sehnenscheiden
- BK-Nr. 2104: vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen der Hände
- BK-Nrn. 2108, 2109 und 2110: bandscheibenbedingte Erkrankungen der Hals- oder Lendewirbelsäule auf Grund bestimmter langjähriger Belastungen
- BK-Nrn. 4301 und 4302: obstruktive Atemwegserkrankungen durch allergisierende bzw. chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe
- BK-Nr. 5101: Hauterkrankungen

Im Jahr 2005 wurden zum Beispiel 898 Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) als Berufskrankheit anerkannt. Ein Vielfaches größer ist dagegen die Zahl der Fälle, bei denen die Anerkennung nicht erfolgte, weil die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, dazu zählt auch, dass ein schweres oder wiederholt rückfälliges Krankheitsbild vorliegen muss, nicht erfüllt waren.

Hinter diesen Zahlen stehen schwerwiegende Schicksale. Die Sorge um die weitere Ausübung des Berufes ist insbesondere auf Grund der derzeit beengten Arbeitsmarktlage groß. Es besteht somit zunehmend die Notwendigkeit, den Betroffenen durch Arbeitsschutzmaßnahmen den Arbeitsplatz zu erhalten.

Die seit 1978 verfügbaren Zahlen der anerkannten Berufskrankheiten liegen deutlich unter denen der Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit (Abb. B9). Eine Ursache dafür stellen die am Beispiel der Hauterkrankungen dargelegten Fälle dar, für die zusätzlich geforderte versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Die mit Abstand größte Diskrepanz zwischen Verdachtsanzeigen und Anerkennung zeigt sich bei den bandscheibenbedingten Erkrankungen der Hals- oder Lendenwirbelsäule auf Grund bestimmter langjähriger

Belastungen (BK-Nr. 2108: 5.847 Verdachtsanzeigen / 189 Anerkennungen, BK-Nr. 2109: 1.059 Verdachtsanzeigen / 1 Anerkennung, BK-Nr. 2110: 396 Verdachtsanzeigen / 14 Anerkennungen). Die Anerkennungskriterien für diese Berufskrankheiten müssen sich streng an gesicherten arbeitsmedizinischen Erkenntnissen über die ursächlichen Arbeitsbelastungen orientieren, da es sich bei diesen verbreiteten Gesundheitsstörungen um Krankheiten mit multifaktoriellen, d. h. auch außerberuflichen Belastungen handelt.

Die Zahl der Fälle mit neuen Berufskrankheitenrenten beläuft sich für das Jahr 2005 auf 5.651. Sie hat damit im Vergleich zu 2002 um 33 Fälle bzw. 0,6 % abgenommen. Die größte Gruppe bilden mit 2.027 Fällen (35,9 %) die Erkrankungen durch asbesthaltige Stäube (BK-Nrn. 4103, 4104 und 4105). Die zweitgrößte Gruppe bilden die 807 Rentenfälle im Rahmen von § 9 Absatz 2 SGB VII (14,3 %). Dabei handelt es sich um rund 800 Fälle von chronischer obstruktiver Bronchitis / Emphysem bei Steinkohlebergleuten, die ursprünglich wegen vorgreiflicher Anwendung der Rückwirkungsvorschrift nach § 6 BKV abgelehnt worden waren und nun aufgrund einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes nachträglich anerkannt und entschädigt wurden.

Im Jahr 2005 starben 2.600 Versicherte an den Folgen einer Berufskrankheit. Dies bedeutet im Vergleich zum Jahr 2002 eine Zunahme um 490 Fälle bzw. 23,2 %. 1.589 bzw. 61,1 % der Todesfälle infolge einer BK sind auf die Einwirkung asbesthaltiger Stäube zurückzuführen (BK-Nrn. 4103, 4104 und 4105). Bei 335 Fällen bzw. 12,9 % lag eine Erkrankung an einer Silikose (BK-Nr. 4101) vor (Abb. B12).

Die Tabellen und Abbildungen basieren auf den Geschäftsergebnissen des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften, des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und des Bundesverbandes der Unfallkassen.

5.1 Erkrankungsrisiko bezüglich chronisch obstruktiver Atemwegserkrankungen durch Quarzstaub

Hintergrund

Die Staubexposition hat hohe Relevanz für die Praxis des Arbeitsschutzes aufgrund der hohen Anzahl betroffener Branchen bzw. exponierter Beschäftigter.

Im Zusammenhang mit der Exposition gegenüber Quarzfeinstaub sind die Endpunkte Lungenkrebs, Silikose und chronische Bronchitis relevant.

Letztere kann im Rahmen der Berufskrankheit (BK) 4111 (chronische Bronchitis / Emphysem) im Steinkohlenbergbau bei Vorliegen einer kumulativen Dosis von 100 Feinstaubjahren ((mg/m³) x Jahre) entschädigt werden. Demgegenüber herrscht eine unklare Situation bei sonstigen Arbeitsplätzen mit Quarzstaubexposition, beispielsweise bei Steinbruch- und Gießereiarbeitern.

Im Rahmen eines im März 2002 an der BAuA in Berlin durchgeführten Workshops zum Thema „Quarz – Einstufung, Dosis-Wirkungs-Beziehungen“, diskutierten Experten unter anderem den aktuellen Stand der epidemiologischen Datenlage zum Zusammenhang von Quarzstaubexposition und dem Vorkommen von chronischer Bronchitis. Konsens bestand dahin gehend, dass die verfügbaren epidemiologischen Studien nachteilige Effekte an den Atmungsorganen bei hoher Quarzstaubexposition zeigen. Keine Aussagen sind hingegen zur quantitativen Beziehung zwischen Quarz und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COLD) möglich. Entsprechend identifizierten die am Workshop teilnehmenden Experten weiteren epidemiologischen Forschungsbedarf zu Dosis-Wirkungs-Beziehung im Niedrigdosisbereich bzw. zum eventuellen Vorliegen eines Schwellenwertes. Als wesentliche Probleme der bisher durchgeführten Studien wurden genannt:

- Die Studien wurden zumeist als Querschnittstudien und nicht als Längsschnittuntersuchung durchgeführt, wodurch die Gefahr besteht, dass primär gesunde Probanden in die Studie gelangen.
- Unzureichende Kontrolle von Störgrößen (Confounderkontrolle), d. h. von anderen Einflussfaktoren, die sich ebenfalls auf die Lungenfunktionsparameter auswirken (z. B. Raucherstatus).
- Ungeeignete Expositionsabschätzung, d. h. der Quarzanteil im Staub ist nicht bekannt bzw. die alveolengängige Fraktion (A-Staub) kann nicht vom einatembaren Staub (E-Staub) abgegrenzt werden.

Da eine bereits abgeschlossene Krankenstandsanalyse der Wismut aus dem Zeitraum 1985-1989 eine Erhöhung von Arbeitsunfähigkeits-Episoden aufgrund chronisch obstruktiver Lungenerkrankungen zeigte (Möhner et al., 2001), stellt sich die Frage, ob das Gesundheitsdatenarchiv der Wismut (GDAW), trotz seines Sekundärdatencharakters, als geeignete Datenquelle für eine Studie zum Zusammenhang zwischen Quarzstaubexposition und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung anzusehen ist. Im Rahmen einer vorausgehenden Machbarkeitsstudie wurden folgende Fragen abgeklärt:

- Ist eine Studie zur genannten Fragestellung anhand des GDAW grundsätzlich durchführbar?
- Sind Aussagen zu Dosis-Wirkungs-Beziehungen im Niedrigdosisbereich möglich?

Besonderes Augenmerk wurde hierbei auf die Überprüfung der Datenqualität und der Vollständigkeit der in den Akten des GDAW archivierten Unterlagen zur Lungenfunktionsprüfung (Spirometrie) gelegt. Trotz offensichtlicher Datenlücken ergab sich kein dringender Hinweis auf das Vorliegen eines Selektionsbias, d. h. die Datenlücken bezüglich der dokumentierten Spirometrien sind mit hoher Wahrscheinlichkeit zufälliger und nicht systematischer Natur.

Nachdem die Machbarkeitsstudie mit diesem positiven Ergebnis abgeschlossen werden konnte, wurde mit der eigentlichen Studie begonnen, deren erste vorläufige Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Quarz-A-Staub-Exposition und 1-Sekunden-Kapazität (Tiffeneau-Test, FEV-1) nachfolgend vorgestellt werden.

Studiendesign

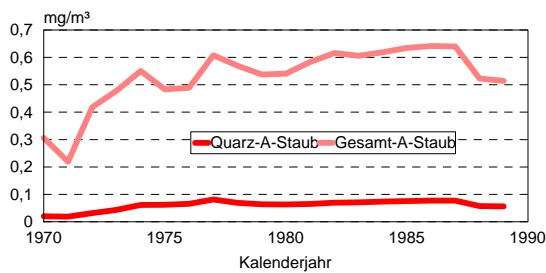
Die Studie wurde im Design einer retrospektiven Kohortenstudie, basierend auf der Teilkohorte C der deutschen Uranbergarbeiterstudie des Bundesamtes für Strahlenschutz (Kreuzer et al., 2002), durchgeführt. Die Einschlusskriterien sehen eine Beschränkung auf männliche Wismutbeschäftigte der Geburtsjahrgänge 1955 und 1956 mit n= 1.597 Probanden vor.

Die Abschätzung bezüglich der Gesamt-, Fein- und Quarzfeinstaubexposition erfolgte für jeden Probanden auf der Basis seines Berufsspiegels. Im Rahmen einer umfänglichen Untersuchung wurde die Staubexposition an den Arbeitsplätzen der Wismut retrospektiv schacht-, arbeitsplatz- und zeitbezogen abgeschätzt (Bauer, 2000). Unter Nutzung dieser Job-Exposure-Matrix (JEM) konnte so für jeden Probanden ausgehend vom Berufsspiegel die kumulative Staubexposition abgeschätzt werden.

Als Zielgrößen wurden die in epidemiologischen Studien bewährten, auf Lungenfunktionsveränderungen hinweisenden Parameter der Vitalkapazität (Volumendifferenz zwischen maximaler Ein- und Ausatmung, VC) und der 1-Sekunden-Kapazität (Kenngröße zur Diagnose von Ventilationsstörungen, FEV-1) gewählt. Zu Beginn der 70er Jahre wurde im Gesundheitswesen der Wismut das Lungen-Standard-Diagnostik-Programm (LSD) eingeführt, welches eine standardisierte Vorgehensweise in Bezug auf Durchführung und Dokumentation von Lungenfunktionsprüfungen beinhaltete. Somit konnte davon ausgegangen werden, dass für den Großteil der Probanden die Untersuchungen vom Anlegejahr an unter Berücksichtigung dieses Standards vorgenommen und entsprechend dokumentiert worden sind.

Zur Kontrolle potentieller Confounder wurden Informationen zum Raucherstatus, zu Körpergewicht und Körpergröße sowie Hinweise auf relevante Lungenerkrankungen retrospektiv aus den Akten erfasst.

Abbildung B 13
Mittlere jährliche A-Staub-Exposition
1970 - 1989



Die statistische Auswertung erfolgte mittels spezieller linearer Zeitreihenmodelle (Population-Average-Modelle). Die Berechnungen wurden mit dem Statistikpaket STATA (Version 8.2) durchgeführt.

Ergebnisse und Diskussion

Die bewusste Beschränkung auf Probanden der Geburtsjahrgänge 1955 und 1956 führte dazu, dass das Anlegjahr der Kohortenmitglieder frühestens zu Beginn der 70er Jahre liegen konnte und somit hohe Expositionen, wie sie insbesondere in den Jahren vor 1955 in der Wismut auftraten, ausgeschlossen waren. Wie Abb. B13 verdeutlicht, konnte seit den 70er Jahren in der Wismut von einer jährlichen Quarz-A-Staub Exposition im Bereich von unter 0,15 mg/m³, dem von 1971 bis 1999 in der Bundesrepublik gültige MAK-Wert, ausgegangen werden. Somit sind die Probanden von ihrem Expositionsprofil her auch gut vergleichbar zu noch heute aktuellen Arbeitsplätzen.

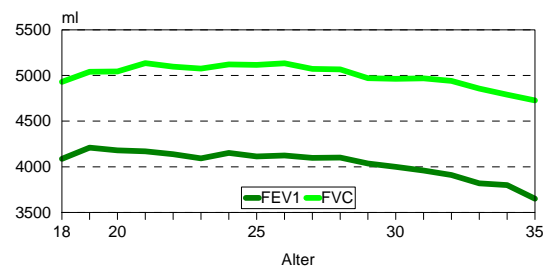
Ausgehend von 1.597 Probanden wurden 266 Probanden ohne verwertbare Spirometrie ausgeschlossen. Für die verbleibenden 1.331 Probanden finden sich im Mittel 4,7 Spirometrien (Spannweite: 1 - 16).

Die mittleren FEV-1 und VC-Werte der Probanden sinken ab dem 20. Lebensjahr kontinuierlich ab, wie Abb. B14 belegt.

Wird lediglich das Alter als relevante Einflussgröße angesetzt, so ergibt sich ein durchschnittlicher jährlicher Rückgang der FEV-1 von 26,9 ml, d. h. es wird eine gute Übereinstimmung mit den Referenzwerten erzielt, welche von einem mittleren jährlichen Abfall von FEV-1 bei körperlich schwer arbeitenden Männern in der Größenordnung von 26 bis 29 ml sprechen (Ulmer et al., 1991). Die weiteren Analysen zeigen jedoch sehr deutlich, dass sich sowohl das Rauchen als auch die A-Staub-Exposition negativ auf die Lungenfunktionsparameter auswirken. So ergibt sich für Raucher gegenüber Nichtrauchern ein um mehr als 60 % erhöhter jährlicher Abfall des FEV-1-Wertes, d. h. die Lunge eines Rauchers „altert“ im Vergleich zu der eines Nichtrauchers jährlich um zusätzliche 7 Monate.

Silikogene Stäube sind als Gefahrstoff in der aktuellen Gefahrstoffordnung ausgewiesen (GefStoffV, 2006). Bis 2005 galt für sie ein MAK-Wert von 0,15 mg/m³. Für rund 20 % der Probanden wurde für mindestens ein Jahr die Überschreitung dieses Wertes registriert. Insofern wurde ein negativer Zusammenhang zwischen Quarz-A-

Abbildung B 14
Mittlere FEV1 und FVC-Werte von Wismut-Bergleuten
1970 -1989



Staub-Exposition und Lungenfunktion erwartet. Aber selbst die Nicht-Quarz-A-Stäube wirkten sich deutlich negativ auf die Lungenfunktion aus. Unterstellen wir z. B. eine A-Staub-Exposition (frei von Quarzanteilen) auf dem Niveau des gegenwärtig gültigen allgemeinen Staubgrenzwertes von 3 mg/m³ über das volle Berufsleben eines Beschäftigten (45 Jahre), so resultiert daraus theoretisch (hochgerechnet aus den Parameterschätzungen unserer Analysen) eine Reduktion von FEV-1 durch diese Exposition von rund 1.500 ml. Zusammen mit dem altersbezogenen Abfall würde sich somit der FEV-1-Wert bis zum 65. Lebensjahr um fast 2,5 Liter reduzieren. Eine so starke Reduktion dürfte jedoch schon im Vorfeld dazu führen, dass der Betreffende gesundheitliche Beschwerden verspürt, einen Arzt aufsucht und in der Folge die Staubexposition durch Arbeitsplatzwechsel reduziert bzw. ganz abgebrochen wird.

Darüber hinaus deutet die Analyse an, dass Quarz-A-Stäube die Lungenfunktion wesentlich stärker beeinträchtigen können, als sonstige A-Stäube. Je nach Modellansatz fällt die geschätzte Reduktion des FEV-1-Wertes durch Quarz-A-Staub je mg/m³*Jahr drei bis fünf mal so hoch aus wie die durch sonstige A-Stäube.

Es darf bei der Bewertung der Ergebnisse jedoch nicht unberücksichtigt bleiben, dass es sich hierbei lediglich um erste vorläufige Auswertungen handelt. Geplant ist eine Erweiterung der Studie um mindestens einen weiteren Geburtsjahrgang (1957), was zu einer Präzisierung der Schätzungen führen dürfte. So wird die Studie dann dazu beitragen können, die wissenschaftliche Basis für die Diskussion über die Staubgrenzwerte in Deutschland zu verbreitern.

Literatur

- Bauer, H.D.: Studie zur retrospektiven Analyse der Belastungssituation im Uranerzbergbau der ehemaligen SDAG Wismut mit Ausnahme der Strahlenbelastung für die Zeit von 1946 bis 1990. Sankt Augustin, HVBG, 2000
- GefStoffV – Verordnung zum Schutz vor Gefahrstoffen. BGBl. I S 1577, 2006
- Kreuzer, M.; Brachner, A.; Lehmann, F.; Martignoni, K.; Wichmann, H.-E.; Grosche, B.: Characteristics of the German Uranium Miners Cohort Study. Health Physics, 2002, 83: 26-34
- Möhner, M.; Ott, J.; Gellissen, J.; Lindtner, M.; Gille, H.-G.: Analyse des Krankenstandes der WISMUT-Beschäftigten im Zeitraum 1985-1989. Schriftenreihe der BAuA, Forschung, FB 937, 2001
- Quarz – Einstufung, Dosis-Wirkungs-Beziehungen. Workshop vom 07./08. März 2002 in Berlin. Bremerhaven. Wirtschaftsverl. NW 2003. Schriftenreihe der BAuA, Tagungsbericht, Tb 131, 2003
- Ulmer, W.T.; Reichel, G.; Nolte, D.; Islam, M.S.: Die Lungenfunktion (5. Auflage). Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1991.

6. Gesundheitssituation der Erwerbstätigen

Die Gesundheitssituation der Beschäftigten ist lt. des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) zunehmend schwieriger einzuschätzen. Reine statistische Angaben aus Arbeitsunfähigkeitszahlen oder Gesundheitsberichten ergeben ein unvollständiges Bild. Selbst aus Betrieben mit extrem niedrigen Krankenständen melden Betriebsärzte einen stark zugenommenen Beratungsbedarf der Beschäftigten. Als Gründe hierfür werden angesehen:

- Arbeitsunfähigkeit wird von Beschäftigten trotz Krankheit vermieden.
- Ärztliche Behandlung wird wegen tatsächlicher oder vermeintlicher Kosten zunehmend vermieden.
- Das Bewusstsein der Beschäftigten über die Begrenztheit der Sozialsysteme nimmt zu und damit die Motivation, den Arbeitsplatz (trotz Krankheit) zu erhalten.
- Die Anwesenheit bei Krankheit (sog. Presentismus) führt wegen eingeschränkter Leistungsfähigkeit häufig zu schlechten Arbeitsergebnissen und erhöht – je nach Erkrankung – das Risiko, dass andere ebenfalls erkranken.
- Die Personalreserven der Betriebe sind so weit reduziert, dass Leistungsschwankungen einzelner Beschäftigter oder Krankheitsausfälle nicht mehr kompensiert werden können.

Aus Sicht der Arbeitsmedizin ist hier ein hoher Bedarf an qualifizierter arbeitsplatzbezogener Gesundheitsberatung entstanden, der kontinuierlich zunimmt.

Zur Beschreibung der Gesundheitssituation der Erwerbstätigen können verschiedene Datenquellen genutzt werden. Zum einen dienen dazu Daten aus Erwerbstätigenbefragungen wie z. B. der BIBB/BAuA-Befragung (vgl. auch Abschnitt A1.1). Darüber hinaus vermitteln auch die hier dargestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten der gesetzlichen Krankenversicherer einen Eindruck über die Entwicklungen in diesem Bereich. Als dritte hier verwendete Datenquelle sind die Daten des VDR zu nennen, mit denen das Frühverrentungsgeschehen beschrieben wird.

6.1 Arbeitsbedingungen, Anforderungen und gesundheitliche Situation aus der Sicht der Erwerbstätigen

Die Nachfolgeerhebung der seit 1986 regelmäßig durchgeführten BIBB/IAB-Befragung ist die BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2005/2006. Ziel war neben der Darstellung von Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen auch ein Bild beruflicher Kenntnisse und deren Entwicklungen zu zeichnen.

Um zudem eine genauere Beschreibung der subjektiv wahrgenommenen Arbeitsbelastung zu geben, wurde neben der Häufigkeit des Auftretens einer Arbeitsbedingung auch danach gefragt, ob diese den Arbeitnehmer belastet.

Dass diese Angabe sehr wichtig ist, lässt sich an einem kleinen Beispiel verdeutlichen:

Mehr als die Hälfte der Befragten (56,5 %) arbeitet häufig im Stehen und etwa ein Viertel von ihnen (25,7 %) fühlt sich dadurch belastet. Unter Lärm arbeiten weit weniger Erwerbstätige (24,0 %). Davon fühlen sich allerdings mit 54,3 % weit mehr durch diese Bedingung subjektiv belastet. Damit ist die absolute Anzahl von Beschäftigten, die sich durch Lärm oder Arbeiten im Stehen belastet fühlen ähnlich hoch.

Weitere Daten dazu finden Sie im Tabellenteil TE. Darüber hinaus enthält der Teil TF Daten über die Gesundheitssituation der Erwerbstätigen aus Ihrer eigenen Sicht.

6.2 Arbeitsunfähigkeit

Die in diesem Abschnitt beschriebenen Statistiken über Arbeitsunfähigkeit basieren auf Angaben über Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte der folgenden Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen: Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen (Wissenschaftliches Institut der Allgemeinen Ortskrankenkassen), Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie Verband der Angestelltenkrankenkassen und dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. Insgesamt standen für diese Auswertung Daten von etwa 30 Millionen Versicherten zur Verfügung, wobei nur etwa zwei Drittel davon die Auswertung nach Wirtschaftszweigen und Berufsgruppen zulassen.

Die Gesamtzahl der Arbeitsunfähigkeitstage sinkt seit einigen Jahren. Dies zeigt sich insbesondere in der Anzahl der Fälle pro 100 Versicherte, die sich von 115,0 im Jahr 2002 auf 103,2 im Berichtsjahr verringert hat. Diese Entwicklungen spiegeln sich – mit zwei Ausnahmen – in allen Berufsgruppen wieder (Tab. B6). Ein leichter Anstieg zeigt sich bei Technikern (2002: 79,1; 2005: 83,9). Wesentlich deutlicher ist die Veränderung bei den auf überaus niedrigem Niveau liegenden Ingenieure, Chemiker, Physiker und Mathematiker (31,8 vs. 45,2).

Die durchschnittliche Dauer eines AU-Falles hat sich vergleichsweise nur wenig geändert. (2002: 12,3; 2005: 12,2). Allerdings zeigt sich bei diesen Daten ein deutlicher Alterseffekt (Abb. B16): Mit steigendem Alter steigt auch die durchschnittliche Falldauer für Arbeitsunfähigkeiten.

In der Betrachtung der Wirtschaftszweige (Tab. B5) zeigen sich einige Unterschiede: In der Landwirtschaft sind durchschnittlich weniger Fälle zu verzeichnen, allerdings ist die durchschnittliche Falldauer höher. Im Bereich der Dienstleistungen verhält es sich umgekehrt. Die durchschnittlich längsten Falldauern sind im Baugewerbe zu verzeichnen (13,6), die kürzesten im Wirtschaftszweig Finanzierung, Vermietung und Unternehmensdienstleister (10,7).

Tabelle B 3

Versicherte nach Wirtschaftszweigen, Geschlecht und Altersgruppen 2005

Code	Wirtschaftszweige ¹	Gesamt		jünger als 45 Jahre		45 Jahre und älter	
		absolut	%	absolut	%	absolut	%
A + B	Land- Forstwirtschaft, Fischerei	267.399	1,5	176.440	1,4	90.959	1,5
	<i>Männer</i>	<i>197.482</i>	<i>1,8</i>	<i>131.791</i>	<i>1,8</i>	<i>65.691</i>	<i>1,8</i>
	<i>Frauen</i>	<i>69.917</i>	<i>0,9</i>	<i>44.649</i>	<i>0,9</i>	<i>25.268</i>	<i>1,0</i>
C - E	Produzierendes Gewerbe ohne Baugewerbe	5.203.863	28,3	3.317.925	26,7	1.885.938	31,5
	<i>Männer</i>	<i>3.879.889</i>	<i>35,7</i>	<i>2.484.493</i>	<i>34,0</i>	<i>1.395.396</i>	<i>39,2</i>
	<i>Frauen</i>	<i>1.323.974</i>	<i>17,6</i>	<i>833.432</i>	<i>16,3</i>	<i>490.542</i>	<i>20,2</i>
F	Baugewerbe	1.424.036	7,7	996.121	8,0	427.915	7,1
	<i>Männer</i>	<i>1.299.229</i>	<i>12,0</i>	<i>916.962</i>	<i>12,6</i>	<i>382.267</i>	<i>10,7</i>
	<i>Frauen</i>	<i>124.807</i>	<i>1,7</i>	<i>79.159</i>	<i>1,6</i>	<i>45.648</i>	<i>1,9</i>
G - I	Handel, Gastgewerbe und Verkehr	4.403.757	23,9	3.102.824	25,0	1.300.933	21,7
	<i>Männer</i>	<i>2.560.489</i>	<i>23,6</i>	<i>1.796.627</i>	<i>24,6</i>	<i>763.862</i>	<i>21,5</i>
	<i>Frauen</i>	<i>1.843.268</i>	<i>24,4</i>	<i>1.306.197</i>	<i>25,6</i>	<i>537.071</i>	<i>22,1</i>
J + K	Finanzierung, Vermietung u. Unternehmensdienstleister	2.815.459	15,3	2.047.559	16,5	767.900	12,8
	<i>Männer</i>	<i>1.485.897</i>	<i>13,7</i>	<i>1.096.811</i>	<i>15,0</i>	<i>389.086</i>	<i>10,9</i>
	<i>Frauen</i>	<i>1.329.562</i>	<i>17,6</i>	<i>950.748</i>	<i>18,6</i>	<i>378.814</i>	<i>15,6</i>
L - Q	Öffentliche und private Dienstleistungen	4.049.207	22,0	2.614.741	21,1	1.434.466	23,9
	<i>Männer</i>	<i>1.336.085</i>	<i>12,3</i>	<i>829.157</i>	<i>11,4</i>	<i>506.928</i>	<i>14,2</i>
	<i>Frauen</i>	<i>2.713.122</i>	<i>36,0</i>	<i>1.785.584</i>	<i>35,0</i>	<i>927.538</i>	<i>38,1</i>
	Übrige (keine WZ-Angabe)	239.028	1,3	154.464	1,2	84.564	1,4
	<i>Männer</i>	<i>104.152</i>	<i>1,0</i>	<i>47.353</i>	<i>0,6</i>	<i>56.799</i>	<i>1,6</i>
	<i>Frauen</i>	<i>134.876</i>	<i>1,8</i>	<i>107.111</i>	<i>2,1</i>	<i>27.765</i>	<i>1,1</i>
A - Q Übrige	Gesamt	18.402.749	100,0	12.410.074	100,0	5.992.675	100,0
	<i>Männer</i>	<i>10.863.223</i>	<i>100,0</i>	<i>7.303.194</i>	<i>100,0</i>	<i>3.560.029</i>	<i>100,0</i>
	<i>Frauen</i>	<i>7.539.526</i>	<i>100,0</i>	<i>5.106.880</i>	<i>100,0</i>	<i>2.432.646</i>	<i>100,0</i>

¹⁾ Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 1993 (WZ 93), NACE Rev. 1
Rundungsfehler

Tabelle B4

Versicherte nach Berufsgruppen, Geschlecht und Altersgruppen 2005

Nr.	Berufsgruppen ¹	Versicherte in %								
		Gesamt			jünger als 45 Jahre			45 Jahre und älter		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
01 - 06	Berufe der Land-, Forstwirtschaft, im Gartenbau	1,8	2,2	1,2	1,8	2,2	1,3	1,8	2,3	1,0
07 - 11	Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter, Steinbearbeiter, Baustoffhersteller	0,2	0,4	0,0	0,2	0,3	0,0	0,2	0,4	0,0
12, 13	Keramik-, Glasberufe	0,3	0,4	0,2	0,3	0,3	0,1	0,4	0,5	0,2
14, 15	Chemie-, Kunststoffberufe	2,0	2,6	1,1	1,8	2,5	0,9	2,3	2,8	1,6
16, 17	Berufe in der Papierherstellung und im Druck	1,0	1,3	0,6	0,9	1,2	0,5	1,2	1,5	0,8
18	Berufe in der Holzbearbeitung	0,3	0,4	0,1	0,2	0,3	0,1	0,3	0,4	0,1
19, 20	Berufe in der Metallherzeugung, Gießereiberufe	0,5	0,8	0,1	0,4	0,7	0,0	0,6	0,9	0,1
21 - 30	Metall- und Maschinenbauberufe	10,2	16,5	1,2	10,2	16,5	1,2	10,2	16,4	1,1
31	Elektroberufe	2,9	4,6	0,4	2,9	4,7	0,4	2,8	4,4	0,5
32	Montierer/Montiererinnen	2,4	2,8	1,9	2,2	2,7	1,5	2,8	2,8	2,7
33 - 36	Textil- und Bekleidungsberufe	0,5	0,3	0,8	0,4	0,3	0,6	0,7	0,3	1,3
37	Berufe in der Lederherstellung, -verarbeitung	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
39 - 43	Ernährungsberufe	3,7	3,7	3,8	3,9	4,3	3,3	3,5	2,5	4,9
44, 46, 47	Hoch-, Tiefbauberufe	3,1	5,2	0,1	3,0	5,0	0,1	3,3	5,4	0,1
48, 49	Ausbauberufe, Polsterer	0,8	1,3	0,2	0,9	1,4	0,2	0,7	1,1	0,2
50	Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung	1,1	1,7	0,1	1,2	2,0	0,1	0,8	1,2	0,1
51	Maler, Lackierer	1,2	2,0	0,2	1,3	2,1	0,2	1,1	1,7	0,1
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher	1,8	1,8	1,7	1,6	1,7	1,4	2,2	2,0	2,5
53	Hilfsarbeiter	3,0	3,7	2,0	3,3	4,1	2,0	2,4	2,8	1,9
54, 55	Maschinenisten	0,9	1,4	0,1	0,8	1,2	0,2	1,2	2,0	0,1
60, 61	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker	1,3	1,9	0,4	1,3	2,0	0,4	1,2	1,8	0,2
62 - 65	Techniker	3,1	4,2	1,5	3,0	4,0	1,6	3,2	4,6	1,3
66 - 68	Warenkaufleute	6,9	3,8	11,5	7,6	4,4	12,2	5,6	2,6	9,9
69, 70	Dienstleistungskaufleute	3,0	2,3	4,0	3,4	2,5	4,7	2,0	1,7	2,5
71 - 74	Verkehrsberufe	9,3	13,3	3,6	8,2	11,8	3,2	11,6	16,5	4,4
75 - 78	Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe	15,1	8,6	24,4	15,5	9,0	24,9	14,1	7,7	23,4
79 - 81	Ordnungs- und Sicherheitsberufe	1,7	2,4	0,8	1,3	1,7	0,7	2,7	3,7	1,1
82, 83	Schriftwerkschaffende, künstlerische Berufe	0,6	0,5	0,8	0,7	0,6	0,9	0,5	0,4	0,5
84, 85	Gesundheitsdienstberufe	5,3	1,2	11,3	6,0	1,4	12,7	3,9	0,8	8,3
86 - 89	Sozial- und Erziehungsberufe	4,2	1,7	7,7	4,2	1,7	7,7	4,1	1,7	7,6
90 - 93	Sonstige Dienstleistungsberufe	7,6	3,1	14,0	6,8	3,4	11,8	9,2	2,7	18,6
97 - 99	Sonstige Arbeitskräfte	4,1	4,0	4,2	4,4	4,0	5,1	3,3	3,9	2,5
01 - 99	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Versicherte abs. (in Tsd.)	18.403	10.863	7.540	12.410	7.303	5.107	5.993	3.560	2.433

Abbildung B 15

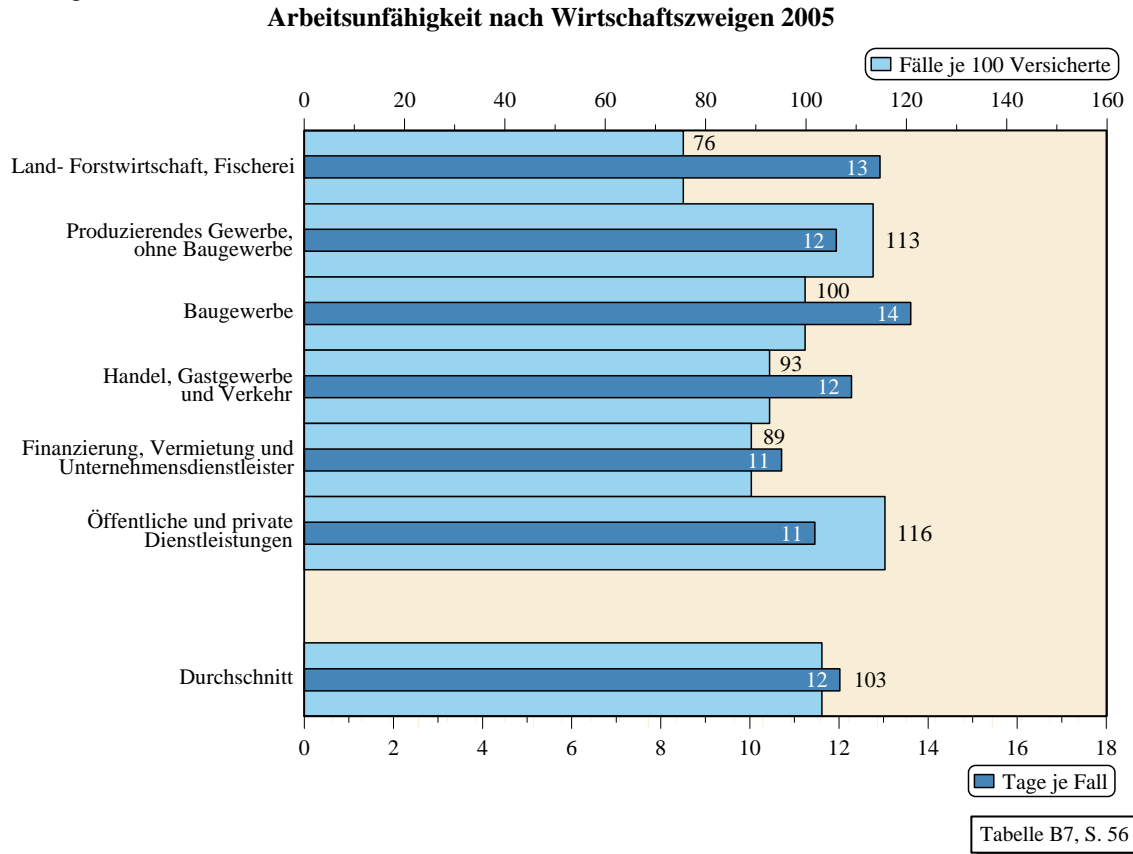


Abbildung B 16

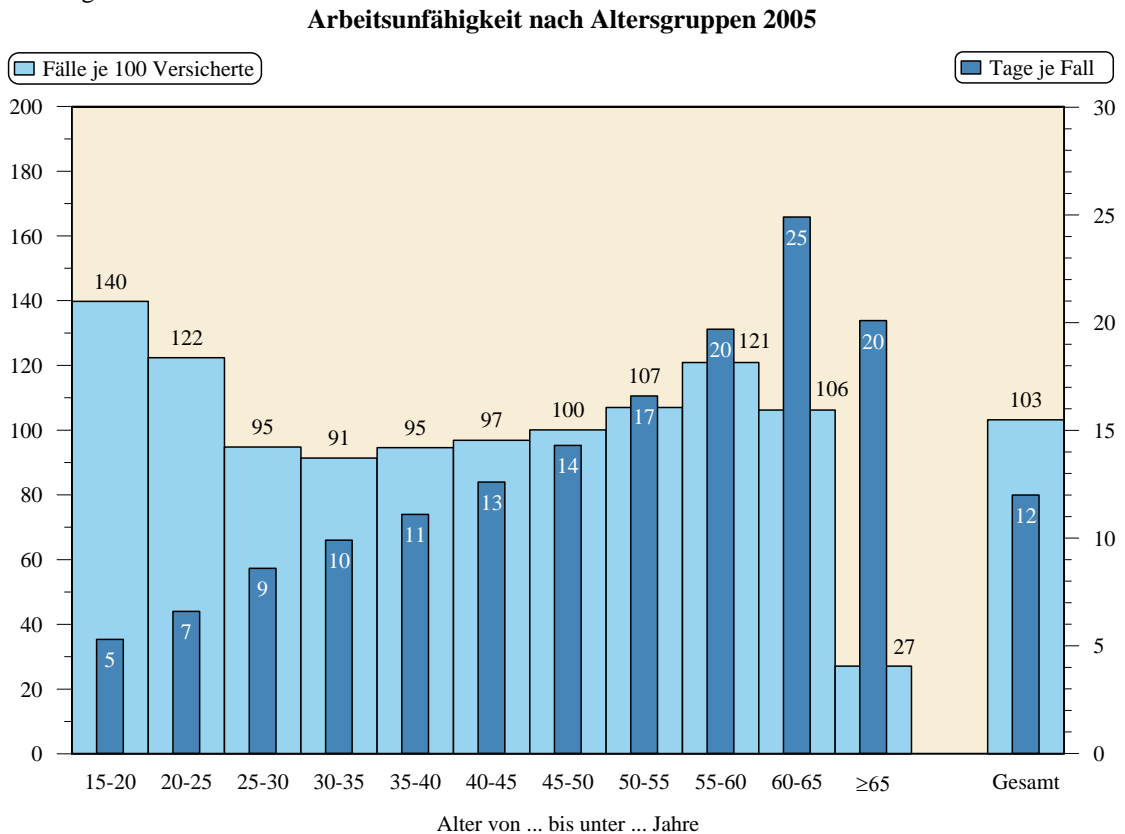


Tabelle B 5

Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen (Fälle je 100 Versicherte) 2005

Nr.	Berufsgruppen ¹	Fälle je 100 Versicherte								
		Gesamt			jünger als 45 Jahre			45 Jahre und älter		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
01 - 06	Berufe der Land-, Forstwirtschaft, im Gartenbau	98,2	99,0	96,0	98,8	98,6	99,5	96,7	99,7	87,2
07 - 11	Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter, Steinbearbeiter, Baustoffhersteller	105,8	106,3	100,9	106,5	107,1	100,4	104,6	104,8	102,2
12, 13	Keramik-, Glasberufe	125,7	120,8	142,3	125,3	121,4	139,7	126,2	119,8	145,2
14, 15	Chemie-, Kunststoffberufe	136,6	132,5	150,6	133,8	131,1	145,2	141,1	135,0	156,6
16, 17	Berufe in der Papierherstellung und im Druck	123,2	121,3	128,8	119,7	119,7	119,7	128,4	123,9	141,0
18	Berufe in der Holzbearbeitung	119,8	118,4	128,5	121,6	121,2	124,6	117,0	113,7	132,4
19, 20	Berufe in der Metallherzeugung, Gießereiberufe	144,4	143,8	158,9	141,9	141,7	145,8	148,4	147,0	174,8
21 - 30	Metall- und Maschinenbauberufe	125,7	125,5	128,8	127,0	127,0	126,0	123,0	122,4	134,9
31	Elektroberufe	112,0	109,8	148,3	111,9	110,0	143,3	112,5	109,3	157,3
32	Montierer/Montiererinnen	135,0	126,7	152,3	130,6	125,2	144,6	142,2	129,7	161,1
33 - 36	Textil- und Bekleidungsberufe	118,3	121,1	116,9	120,9	122,1	120,1	115,5	119,5	114,0
37	Berufe in der Lederherstellung, -verarbeitung	113,8	113,6	114,1	114,1	114,5	113,6	113,4	112,0	114,7
39 - 43	Ernährungsberufe	97,4	86,5	112,5	91,9	85,3	104,1	110,0	90,8	124,4
44, 46, 47	Hoch-, Tiefbauberufe	102,2	102,0	117,3	103,6	103,4	124,3	99,4	99,2	107,7
48, 49	Ausbauberufe, Polsterer	112,1	111,4	120,3	114,3	113,8	120,9	106,4	105,1	119,2
50	Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung	122,9	122,2	143,2	125,6	124,7	150,3	114,1	113,8	121,8
51	Maler, Lackierer	126,2	124,5	153,2	130,9	129,1	157,6	113,9	112,5	139,3
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher	123,1	118,1	130,7	119,2	117,2	122,7	128,9	119,5	139,8
53	Hilfsarbeiter	100,6	99,7	103,1	100,5	100,1	101,6	100,9	98,3	106,6
54, 55	Maschinenisten	106,1	103,0	151,8	106,7	102,5	152,9	105,4	103,6	149,0
60, 61	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker	45,2	41,1	76,0	44,1	39,8	72,0	47,7	44,0	92,0
62 - 65	Techniker	83,9	76,9	112,2	84,9	77,6	111,0	81,9	75,6	115,5
66 - 68	Warenkaufleute	85,6	75,5	90,4	87,8	78,0	92,8	79,3	67,0	84,1
69, 70	Dienstleistungskaufleute	88,8	69,9	104,4	88,4	70,1	102,5	90,2	69,2	111,8
71 - 74	Verkehrsberufe	106,2	103,5	120,9	105,0	102,4	119,1	108,0	105,2	123,6
75 - 78	Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe	87,5	68,1	97,3	87,4	68,4	97,2	87,8	67,6	97,5
79 - 81	Ordnungs- und Sicherheitsberufe	92,2	90,3	100,0	89,8	88,6	94,1	94,7	92,0	107,4
82, 83	Schriftwerkschaffende, künstlerische Berufe	74,1	63,0	85,6	70,1	59,3	80,5	86,2	72,7	102,9
84, 85	Gesundheitsdienstberufe	95,4	85,9	96,8	93,1	82,4	94,8	102,6	97,9	103,3
86 - 89	Sozial- und Erziehungsberufe	106,2	74,0	116,5	104,6	72,2	114,9	109,7	77,9	120,0
90 - 93	Sonstige Dienstleistungsberufe	104,6	95,9	107,4	100,0	92,4	103,0	111,8	104,9	113,3
97 - 99	Sonstige Arbeitskräfte	114,9	136,6	85,9	113,3	137,9	85,7	119,4	133,7	86,6
01 - 99	Durchschnitt	103,2	102,4	104,3	101,9	102,1	101,7	105,7	103,0	109,7

¹⁾ Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992

Tabelle B 6

Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen (Tage je Fall) 2005

Nr.	Berufsgruppen ¹	Tage je Fall								
		Gesamt			jünger als 45 Jahre			45 Jahre und älter		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
01 - 06	Berufe der Land-, Forstwirtschaft, im Gartenbau	12,1	12,3	11,5	9,7	9,8	9,3	17,3	17,2	17,8
07 - 11	Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter, Steinbearbeiter, Baustoffhersteller	13,8	13,9	12,2	10,8	11,0	9,0	19,4	19,3	20,0
12, 13	Keramik-, Glasberufe	13,9	14,1	13,4	10,6	10,8	10,0	18,5	18,9	17,4
14, 15	Chemie-, Kunststoffberufe	12,2	12,0	13,0	9,8	9,7	10,2	15,9	15,9	15,8
16, 17	Berufe in der Papierherstellung und im Druck	12,6	12,3	13,3	9,7	9,6	10,1	16,6	16,4	17,1
18	Berufe in der Holzbearbeitung	13,4	13,2	14,6	10,5	10,3	12,0	17,8	18,0	17,1
19, 20	Berufe in der Metallherzeugung, Gießereiberufe	14,4	14,2	17,9	11,4	11,3	14,0	18,8	18,6	21,8
21 - 30	Metall- und Maschinenbauberufe	11,4	11,4	11,2	8,8	8,8	8,7	16,8	16,8	16,4
31	Elektroberufe	11,0	10,9	11,5	8,6	8,5	9,3	16,2	16,4	15,1
32	Montierer/Montiererrinnen	12,7	12,2	13,7	10,3	10,0	10,9	16,5	16,4	16,6
33 - 36	Textil- und Bekleidungsberufe	13,1	12,9	13,2	9,5	10,0	9,2	17,2	17,6	17,0
37	Berufe in der Lederherstellung, -verarbeitung	12,8	12,4	13,3	9,5	9,6	9,4	17,9	17,8	18,0
39 - 43	Ernährungsberufe	13,4	12,4	14,4	10,5	10,2	11,0	18,9	19,8	18,3
44, 46, 47	Hoch-, Tiefbauberufe	14,6	14,7	12,6	11,2	11,2	10,3	21,4	21,5	16,2
48, 49	Ausbauberufe, Polsterer	13,2	13,4	11,8	10,4	10,5	8,6	21,3	21,7	18,2
50	Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung	10,8	10,9	10,6	8,9	8,9	8,8	18,0	18,0	17,2
51	Maler, Lackierer	11,5	11,6	10,5	8,9	9,0	8,7	19,3	19,4	17,2
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher	12,8	12,3	13,5	10,1	9,9	10,6	16,4	16,4	16,4
53	Hilfsarbeiter	11,0	10,9	11,2	9,1	9,1	9,2	16,0	16,4	15,3
54, 55	Maschinisten	14,0	14,3	10,5	10,5	10,7	8,9	18,4	18,6	15,1
60, 61	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker	9,4	9,5	9,0	7,9	7,9	7,8	12,8	12,8	12,8
62 - 65	Techniker	11,5	12,0	10,1	9,8	10,3	8,6	14,8	15,0	14,0
66 - 68	Warenkaufleute	11,3	10,3	11,7	9,1	8,6	9,4	18,0	17,2	18,3
69, 70	Dienstleistungskaufleute	9,1	9,6	8,8	7,6	7,8	7,6	13,9	15,0	13,3
71 - 74	Verkehrsberufe	14,3	14,5	13,5	11,3	11,4	10,9	18,6	18,9	17,3
75 - 78	Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe	9,9	10,1	9,8	8,0	8,0	7,9	14,2	15,2	13,8
79 - 81	Ordnungs- und Sicherheitsberufe	14,9	15,0	14,6	11,4	11,4	11,5	18,2	18,2	18,1
82, 83	Schriftwerkschaffende, künstlerische Berufe	10,3	11,4	9,6	8,8	9,8	8,1	14,0	14,7	13,4
84, 85	Gesundheitsdienstberufe	11,3	12,1	11,2	9,2	10,2	9,0	17,6	17,3	17,7
86 - 89	Sozial- und Erziehungsberufe	10,7	11,0	10,7	8,8	9,1	8,8	14,6	14,7	14,6
90 - 93	Sonstige Dienstleistungsberufe	13,4	12,9	13,5	10,1	10,3	10,0	18,0	18,6	17,9
97 - 99	Sonstige Arbeitskräfte	13,5	13,9	12,5	10,4	10,7	9,9	21,5	20,8	23,7
01 - 99	Durchschnitt	12,0	12,3	11,6	9,4	9,7	9,1	17,2	17,7	16,4

¹⁾ Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992

Tabelle B7

Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftszweigen, Geschlecht und Altersgruppen 2005

Code	Wirtschaftszweige ¹	Gesamt		jünger als 45 Jahre		45 Jahre und älter	
		Fälle je 100 Vers.	Tage je Fall	Fälle je 100 Vers.	Tage je Fall	Fälle je 100 Vers.	Tage je Fall
A + B	Land- Forstwirtschaft, Fischerei	75,5	12,9	77,4	10,2	72,0	18,6
	Männer	75,3	12,9	77,5	10,1	71,0	18,8
	Frauen	76,1	13,1	77,0	10,3	74,5	18,1
C - E	Produzierendes Gewerbe ohne Baugewerbe	113,4	11,9	111,1	9,4	117,3	16,2
	Männer	112,9	11,9	111,7	9,4	115,1	16,3
	Frauen	114,8	12,0	109,6	9,2	123,6	16,2
F	Baugewerbe	99,8	13,6	103,3	10,4	91,7	21,9
	Männer	102,5	13,7	105,5	10,5	95,5	22,1
	Frauen	71,4	12,1	78,2	9,1	59,5	18,8
G - I	Handel, Gastgewerbe und Verkehr	92,7	12,3	91,7	9,8	95,1	18,1
	Männer	92,9	12,5	91,9	9,9	95,1	18,6
	Frauen	92,6	11,9	91,5	9,6	95,2	17,4
J + K	Finanzierung, Vermietung u. Unternehmensdienstleister	89,1	10,7	88,7	8,6	90,3	16,2
	Männer	80,8	10,9	80,8	8,8	80,8	16,6
	Frauen	98,4	10,5	97,7	8,4	100,1	15,8
L - Q	Öffentliche und private Dienstleistungen	115,7	11,5	115,2	8,9	116,7	16,0
	Männer	118,2	11,7	122,1	9,1	111,9	16,4
	Frauen	114,5	11,3	112,0	8,8	119,4	15,9
A - Q Übrige	Durchschnitt	103,2	12,0	101,9	9,4	105,7	17,2
	Männer	102,4	12,3	102,1	9,7	103,0	17,7
	Frauen	104,3	11,6	101,7	9,1	109,7	16,4

¹⁾ Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 1993 (WZ 93), NACE Rev. 1 Rundungsfehler

6.3 Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Die Einschränkung oder der Verlust der Fähigkeit, den Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit verdienen zu können, wird als **Minderung der Erwerbsfähigkeit** bezeichnet.

Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit umfassen Erwerbsminderungsrenten der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), Verletztenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung, Dienstunfähigkeit in der Beamtenversorgung sowie Erwerbsminderung nach dem Bundesversorgungsgesetz. Nicht zur Frühberentung zählen dagegen die verschiedenen Formen des vorgezogenen Altersruhegeldes z. B. wegen Arbeitslosigkeit. Die statistischen Daten im Bericht über Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit beziehen sich auf die *Frühberentung der*

gesetzlichen Rentenversicherung (GRV). Diese Renten stellen den größten Versorgungsbereich dar und eignen sich deshalb als Indikator für die Gesamtsituation.

Nach § 33 Abs. 3 SGB VI gibt es seit 2001 eine zweistufige Erwerbsminderungsrente, die längstens bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten gezahlt wird:

- **Teilweise erwerbsgemindert** sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 1 SGB VI).
- **Voll erwerbsgemindert** sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen

des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Voll erwerbsgemindert sind auch 1. Versicherte nach § 1 Satz 1 Nr. 2, die wegen Art und Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können und 2. Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt (§ 43 Abs. 2 SGB VI).

Im Vergleich zum Jahr 2002 sind mit 163.905 im Jahr 2005 6,9 % weniger Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu verzeichnen (Tab. B8). Dabei ist der Rückgang in einzelnen Diagnosegruppen besonders stark. Dies betrifft in erster Linie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (25,4 %) und Krankheiten des Kreislaufsystems (18,8 %). Dahingegen sind Psychische oder Verhaltensstörungen häufiger der Grund für eine verminderte Erwerbsfähigkeit als 2002. Betrug der Anteil der letztgenannten Diagnose-

gruppe am gesamten Neuverrentungsgeschehen 2002 noch 28,5 % ist dieser im Jahr 2005 auf 32,3 % gestiegen. Bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung sieht man außerdem, dass die Neuverrentungen aus diesem Grund bei den Frauen einen besonders hohen Anteil an der Gesamtverrentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit hat.

Im Vergleich der Geschlechter zeigt sich außerdem, dass Krankheiten des Kreislaufsystems bei Männern drei mal so oft eine Ursache für verminderte Erwerbsfähigkeit darstellen (Abb. B17).

Im Vergleich zu 2002 ist das durchschnittliche Zugangsalter für verminderte Erwerbsfähigkeit leicht gesunken (Männer: 50,5 Jahre in 2005 vs. 51,1 Jahre in 2002; Frauen 49,2 vs. 49,5 Jahre). Im gleichen Zeitraum stieg der Durchschnitt für Rentenzugänge aufgrund des Alters leicht an (Männer: 63,1 vs. 62,6 Jahre; Frauen 63,2 vs. 62,8 Jahre).

Tabelle B8

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach den vier häufigsten Diagnosegruppen – von 2003 bis 2005 –

Diagnosegruppen	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit						Veränderungen			
	2005		2004		2003		von 2004 auf 2005		von 2003 auf 2004	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	29.700	18,1	31.706	18,7	35.189	20,2	- 2.006	- 6,3	- 3.483	- 9,9
<i>Männer</i>	16.783	18,4	18.375	19,0	20.958	20,9	- 1.592	- 8,7	- 2.583	- 12,3
<i>Frauen</i>	12.917	17,8	13.331	18,3	14.231	19,3	- 414	- 3,1	- 900	- 6,3
Psychische u. Verhaltensstörungen	52.977	32,3	52.686	31,1	50.804	29,2	291	0,6	1.882	3,7
<i>Männer</i>	25.133	27,5	25.563	26,5	24.562	24,5	- 430	- 1,7	1.001	4,1
<i>Frauen</i>	27.844	38,4	27.123	37,2	26.242	35,5	721	2,7	881	3,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	18.018	11,0	19.374	11,4	21.527	12,4	- 1.356	- 7,0	- 2.153	- 10,0
<i>Männer</i>	13.443	14,7	14.475	15,0	16.183	16,1	- 1.032	- 7,1	- 1.708	- 10,6
<i>Frauen</i>	4.575	6,3	4.899	6,7	5.344	7,2	- 324	- 6,6	- 445	- 8,3
Neubildungen	23.681	14,4	24.843	14,7	25.417	14,6	- 1.162	- 4,7	- 574	- 2,3
<i>Männer</i>	12.349	13,5	13.209	13,7	13.550	13,5	- 860	- 6,5	- 341	- 2,5
<i>Frauen</i>	11.332	15,6	11.634	16,0	11.867	16,1	- 302	- 2,6	- 233	- 2,0
Übrige Diagnosen	39.529	24,1	40.781	24,1	41.342	23,7	- 1.252	- 3,1	- 561	- 1,4
<i>Männer</i>	23.593	25,8	24.908	25,8	25.144	25,0	- 1.315	- 5,3	- 236	- 0,9
<i>Frauen</i>	15.936	21,9	15.873	21,8	16.198	21,9	63	0,4	- 325	- 2,0
Gesamt	163.905	100,0	169.390	100,0	174.279	100,0	- 5.485	- 3,2	- 4.889	- 2,8
<i>Männer</i>	91.301	100,0	96.530	100,0	100.397	100,0	- 5.229	- 5,4	- 3.867	- 3,9
<i>Frauen</i>	72.604	100,0	72.860	100,0	73.882	100,0	- 256	- 0,4	- 1.022	- 1,4

Rundungsfehler

Quelle: VDR, eigene Berechnungen

Abbildung B17

**Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Diagnosegruppen
– von 2003 bis 2005 –**

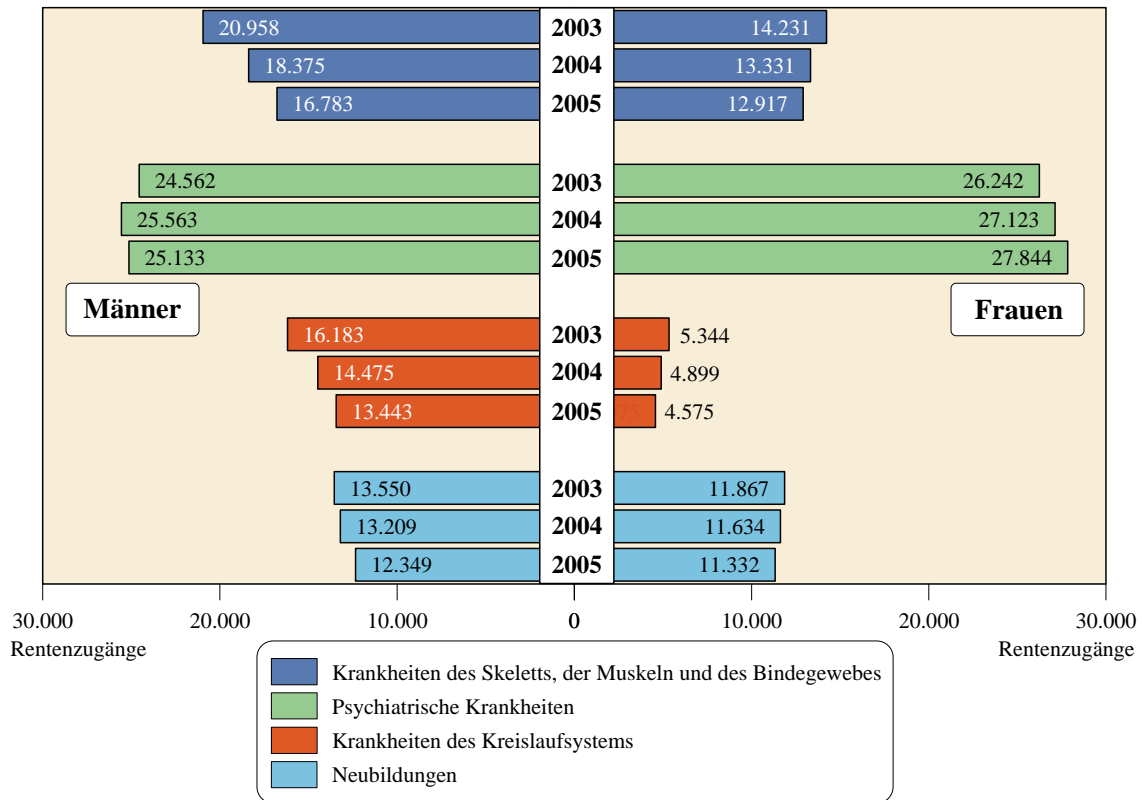
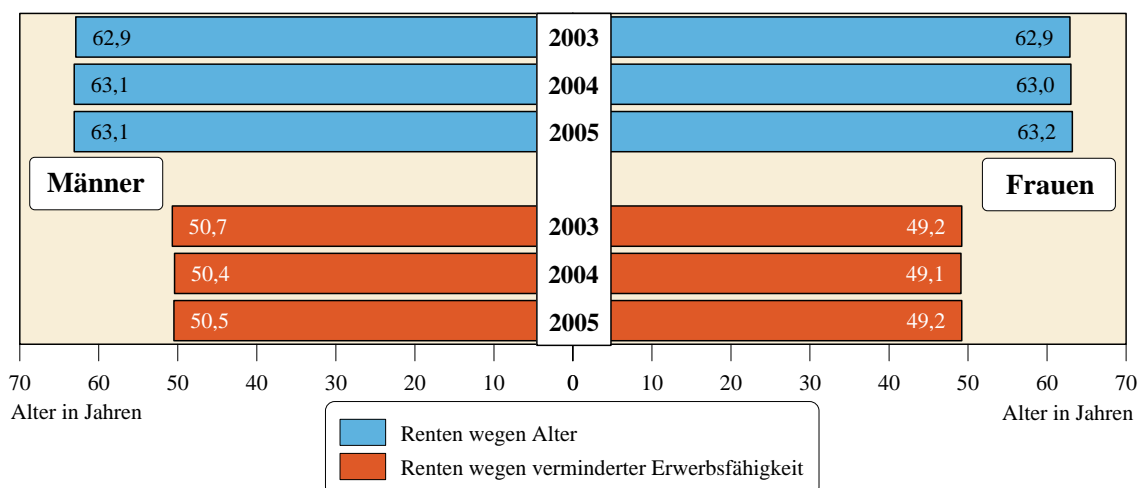


Abbildung B18

**Durchschnittliches Zugangsalter der Rentenempfänger
– von 2003 bis 2005 –**



C. Ökonomische Aspekte von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit

Vor dem Hintergrund eingeschränkter finanzieller Mittel im Bereich der öffentlichen Kassen und Betriebe rücken die ökonomischen Aspekte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes immer mehr in den Blickpunkt des Interesses. Dabei geht es auf betrieblicher Ebene insbesondere um den Zusammenhang zwischen der Förderung von Human Ressourcen und dem Unternehmenserfolg. Volkswirtschaftlich ist auch die Monetarisierung präventiver Maßnahmen bzw. die Kosten-Nutzen-Analyse dieser ein Diskussionsschwerpunkt (Abschnitt 1). Die Schätzung der Volkswirtschaftlichen Kosten, die aus Arbeitsunfähigkeit entstehen (s. Abschnitt 2), sind darüber hinaus genauso von Interesse wie die Kosten der Unfallversicherungsträger (vgl. Abschnitt 3).

1. Wirtschaftlichkeit und Prävention

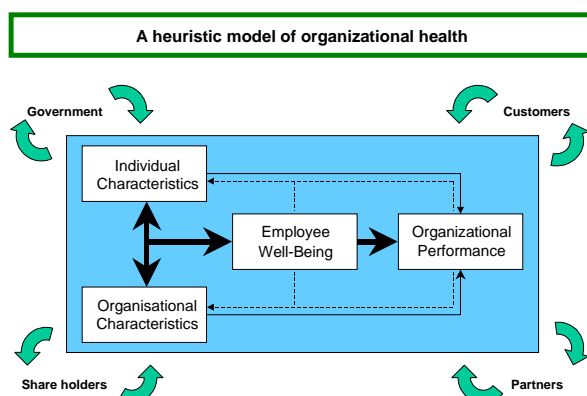
1.1 Das Problemfeld „Wirtschaftlichkeit“ im Zusammenhang mit Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit

Der Wirtschaftsstandort Deutschland kann seine Wettbewerbsfähigkeit in Zukunft nur über die Leistungs- und Innovationsfähigkeit der Menschen erhalten und ausbauen. Dieser Zusammenhang gilt sowohl auf gesamtwirtschaftlicher Ebene wie auch für jedes einzelne Unternehmen, jeden einzelnen Betrieb.

Wenngleich in der Bewertung von Unternehmen in ihrer Außendarstellung die humanen Ressourcen wegen der fehlenden Möglichkeiten zur Messung und Darstellung noch keinen so großen Raum einnehmen, ist innerhalb der Unternehmen der „fight for talents“ bereits ausgebrochen. Die rege Diskussion um Wettbewerbe wie „Deutschlands bester Arbeitgeber“, um die Wahrnehmung der „sozialen Verantwortung von Unternehmen“ oder die verstärkte Berücksichtigung von Nachhaltigkeitskriterien bei der Unternehmensbewertung machen deutlich, dass ein Teil unserer Wirtschaftswelt von diesen Zusammenhängen nicht mehr überzeugt werden muss. Dieser heuristische Zusammenhang ist in Abb. C1

Abbildung C1

Zentrale Bedeutung von „Gesundheit und Sicherheit“ für den Unternehmenserfolg



Quelle: Hart & Cooper, 2001

dargestellt.

Viele Unternehmer sind also einerseits von dem positiven Zusammenhang zwischen Investitionen in ihre Mitarbeiter und den Chancen für den Unternehmenserfolg überzeugt, möchten diesen aber andererseits greifbarer machen, um eine effiziente Steuerung des „humanen Kapitals“ zu ermöglichen.

Dennoch: Sollen Unternehmer davon überzeugt werden, stärker in die Bereiche Gesundheit und Sicherheit oder auch Personal- und Organisationsentwicklung zu investieren, bedarf es plausibler Argumente. Über das Verantwortungsbewusstsein gegenüber den Mitarbeitern hinaus, interessieren sich die Entscheidungsträger in den Unternehmen für Methoden, den wirtschaftlichen Erfolg dieser Investitionen sichtbar zu machen und Steuerungsinstrumente zu finden, die den möglichst wirkungsvollen und effizienten Einsatz der Mittel für Gesundheit und Sicherheit ermöglichen. Der Zusammenhang zwischen dem Wohlbefinden der Mitarbeiter und dem wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens ist äußerst komplex und die Entwicklung von geeigneten Methoden, die diesen Zusammenhang untersuchen, ist nicht trivial.

Sowohl in der betriebswirtschaftlichen wie auch der arbeitswissenschaftlichen Literatur gibt es bereits Ansätze, die Wirksamkeit von Maßnahmen aufzuzeigen. Die notwendige interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Thema und insbesondere die Einbindung des Themenfeldes Gesundheit und Sicherheit in die strategische Planung der Unternehmen ist indes noch nicht sehr weit. Die BAuA fördert verschiedene Projekte zum Bereich Wirtschaftlichkeit von Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit, wobei auf die Verstärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit klassischer arbeitswissenschaftlicher Disziplinen mit den Wirtschaftswissenschaften besonderer Wert gelegt wird.

Zielrichtung der Projekte sind Methoden der ökonomischen Evaluation und Steuerung sowie die Entwicklung von Indikatorenmodellen, die auch dem Unternehmer selbst Aufschluss über Potenziale und Defizite in dem Bereich Humanressourcen aufzeigen sollen.

Handlungshilfen zur ökonomischen Evaluation humanressourcenorientierter Maßnahmen

Eines dieser Projekte zielt auf die Methoden zur ökonomischen Evaluation von Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit. Dabei wird zum einen der Stand der Forschung aufbereitet und werden Studien zu diesem Themenfeld kategorisiert und systematisch dargestellt. Zudem wird auf Grundlage empirischer Untersuchungen geprüft, welche ökonomischen Effekte sich durch konkrete Maßnahmen zur Erhaltung und Steigerung der Mitarbeitergesundheit und ihrer Zufriedenheit ergeben. Die Projektergebnisse werden in Gänze zum Ende des Jahres 2006 verfügbar sein. Bereits jetzt liegen erste Zwischenergebnisse vor, die im Folgenden dargestellt werden sollen.

Forschungsstand zu Methoden der ökonomischen Evaluation

Zur Beschreibung des Forschungsstandes im Hinblick auf verfügbare Methoden der ökonomischen Evaluation ist im Rahmen des Projekts eine umfangreiche Literaturübersicht erstellt worden (Pennig et al., 2006). In dieser werden Verfahren zur Steuerung und ökonomischen Evaluation von Maßnahmen im Personalbereich (Human Resources, HR-Bereich) hinsichtlich ihrer Theorie und Methodik zusammenfassend dargestellt und anhand von Fallbeispielen veranschaulicht. Praktische Verwendbarkeit, Schwächen und Stärken der Verfahren werden dadurch transparent. Der Bericht ist bereits veröffentlicht und kann auf den Internetseiten der BAuA heruntergeladen werden. Die Gliederung dieses Berichts ist am Zweck und den Adressaten der Evaluationsergebnisse ausgerichtet. Diese Adressaten können zu sehr unterschiedlichen Gruppen in einer Organisation bzw. in deren Einflussbereich gehören, wie Tab. C1 verdeutlicht.

Kapitalgeber: Die Bewertung des Humankapitals im Sinne eines Werteausweises ist mit den gängigen Modellen der Bilanzierung wenig aussagekräftig. Mit Hilfe ausgewählter, nicht unbedingt ökonomischer Indikatoren lässt sich besser erfassen und verstehen, welche aktuellen und zukünftigen Wettbewerbsvorteile durch die bestehenden Management- und Mitarbeiterkompetenzen erwachsen.

TOP-Management: Scorecards, die den HR-Bereich als wichtigen Wertetreiber im Unternehmen abbilden, helfen, die grundlegenden Bewertungskriterien „guter HR-Arbeit“ im Sinne des Unternehmens zu definieren und die wichtigsten strategieumsetzenden Handlungsfelder zu erkennen. Entscheidungshilfen und Erfolgskriterien für einzelne HR-Programme müssen fallweise mit dem HR-Bereich erarbeitet werden.

Bereichsmanagement: Bereichsmanager können z.Zt. auf strategische Steuerungskonzepte zurückgreifen, um diese für den eigenen Verantwortungsbereich zu spezifizieren. Die Ausrichtung der Personalentwicklung auf die Unterstützung der Leistungsprozesse sollte im engen Dialog von HR-Experten, Prozessverantwortlichen und Mitarbeitern erfolgen, um klare Ziele und Bedarfe zu

Tabelle C1
Kategorisierung der Verfahren und Aufbau der Fallstudien

Stakeholder	Beobachtungsebene	Interesse
Kapitalgeber	Kapitalallokationsebene	Kapitalsteuerung
TOP-Management	Organisationsebene	Strategische Steuerung
Bereichsmanagement	Prozessebene	Prozesssteuerung
Unterste Führungsebene	Aufgabenebene	Verhaltens- und Leistungssteuerung
HR Management	Personalbereich	Steuerung von HR-Aktivitäten

erarbeiten. Spezifische Modelle fehlen hier.

Unterste Führungsebene: Teamleiter können vor allem klassische Konzepte der Aufgaben- und Anforderungsanalyse nutzen, um den Entwicklungsbedarf zu erheben. Dieser ist zugleich die Messlatte für die Personalentwicklungsarbeit.

HR-Abteilung: Das HR-Management hat vielfältige Möglichkeiten, um die eigene Arbeit zu steuern und zu evaluieren. Einerseits ist die Mitwirkung an einer unternehmensweiten Scorecard sinnvoll, um den Einfluss und die Bedeutung der Personalentwicklung strategisch zu verankern. Andererseits kann eine HR-Scorecard daraus entwickelt werden, die das Leistungsspektrum des Personalbereiches differenzierter erfasst. Schließlich können die Methoden der traditionellen HR-Evaluation genutzt werden, um die Planung und Kontrolle einzelner HR-Programme zu systematisieren.

Ergebnisse der empirischen Studie

Im Rahmen einer empirischen Studie werden konkrete Maßnahmen zur Förderung der Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und ihrer Kosteneffizienz untersucht. Es wird dabei unterschieden nach Effekten, die sich in Geldwerten ausdrücken lassen und den sogenannten intangiblen und sehr komplexen Effekten, die sich beispielsweise aus der Verbesserung der Unternehmenskultur ergeben. Betrachtet man allein die monetarisierbaren Effekte, so konnte in der Studie am Beispiel einer Präventionsmaßnahme zur Vorbeugung von Posttraumatischen Belastungsstörungen ein Mittelrückfluss von 2,50 Euro pro investiertem Euro ermittelt werden (Vogt et al., 2004). Dies ist gemessen an den umfangreichen intangiblen Effekten eine eher konservative Schätzung.

Es ergaben sich umfangreiche positive Effekte zur Verbesserung der Kommunikations- und Vertrauenskultur. Der Forschungsbericht zu den empirischen Untersuchungen wird Ende 2006 zur Verfügung stehen.

Auf der Grundlage des Literaturkompendiums und der empirischen Untersuchungen wird zudem ein Handlungsleitfaden für die ökonomische Evaluation von Maßnahmen zur Unterstützung der Humanressourcen erstellt. Dieser Leitfaden soll den verschiedenen Adressatengruppen (Unternehmensleitung, Management, operative Führungsebene, Personalbereich) Hilfestellungen bei dem Prozess der Evaluation von einschlägigen Maßnahmen ermöglichen. Auch der Handlungsleitfaden wird Ende 2006 zur Verfügung stehen.

Zusammenfassung

Die Frage nach der Kosteneffizienz von Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheit und Sicherheit wird zunehmend diskutiert. Es geht dabei nicht um die Ökonomisierung der Bemühungen um Gesundheit und Sicherheit sondern um die bestmögliche Steuerung der vorhandenen Budgets sowie um Überzeugungsarbeit auf der Entscheidungsebene in den Unternehmen. Die BAuA stellt sich dem Themenbereich „Wirtschaftlichkeit“ mit Projekten, die in interdisziplinärer Zusammensetzung

sowohl die arbeitswissenschaftlichen als auch die ökonomischen Aspekte sachgerecht beleuchten.

Literatur

Hart, P.M. & Cooper, C.L. (2001). Occupational Stress: Toward a more integrated framework. In: Handbook of Industrial Work and Organizational Psychology.

Pennig, S., Kremeskötter, N., Nolle, T., Koch, A. & Vogt J. (2006). Verfahren zur ökonomischen Evaluation von Personalressourcen und Personalarbeit.

www.baua.de/nn_8514/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2105.html

Vogt, J., Leonhard, J., Köper, B. & Pennig, S. (2004). Economic Evaluation of CISM – A Pilot Study. Emergency Mental Health, Vol. 6, Nr. 4, S. 185-196.

1.2 Prävention lohnt sich!

Dass sich Prävention lohnt, zeigen zahlreiche von den gewerblichen Berufsgenossenschaften zusammengetragene Beispiele aus den verschiedensten Branchen. Seit Anfang 2004 stehen diese Beispiele erfolgreicher betrieblicher Prävention unter www.hvbg.de Webcode: 752629 der Öffentlichkeit zur Verfügung.

Erfolgreiche Prävention lohnt sich natürlich an erster Stelle für die betroffenen Menschen. Wenn eine Gesundheitsgefahr bei der Arbeit beseitigt wird, ist dies für den betroffenen Arbeitnehmer immer ein Gewinn. Ebenso lohnt sich Prävention aber auch für den Betrieb. Das belegen die in dieser Sammlung zusammengestellten Beispiele. So wurde beispielsweise mit einem Präventionskonzept auf die zunehmenden Haut- und Atemwegserkrankungen im Friseurhandwerk erfolgreich reagiert. Mit betrieblicher Prävention ist es nicht nur gelungen, die Erkrankungszahlen drastisch zu senken, sondern auch die Beiträge der Betriebe für ihre Berufsgenossenschaft zu reduzieren. Nicht zuletzt konnten für Friseure hohe Investitionen in Absauganlagen vermieden werden. Diese Sammlung erfolgreicher Prävention dient aber nicht nur der Veranschaulichung und Illustration der angebotenen Präventionsdienstleistungen der Berufsgenossenschaften, sondern auch als Grundlage zur Durchführung einer Analyse von Merkmalen, die zum Erfolg der betrieblichen Prävention geführt hat. Darüber hinaus soll die Sammlung einen Überblick über Indikatoren geben, die die Wirksamkeit durchgeführter Maßnahmen messen und mögliche Wechselwirkungen zu flankierenden Maßnahmen aufzeigen. Fest steht, dass betriebliche Prävention, wenn sie wirksam und nachhaltig sein soll, systematisch und gezielt eingesetzt werden muss. Bei vielen Beispielen wurde deutlich, dass eine Maßnahme alleine oft nicht den erwünschten Erfolg bringt, sondern zusätzliche Maßnahmen flankierend erforderlich sind. Die vielfältigen Beispiele erfolgreicher Prävention zeigen aber, dass erfolgreiche Präventionsarbeit einen Nutzen sowohl für die Betriebe und Beschäftigten als auch für die Berufsgenossenschaften hat. Die Sammlung erfolgreicher Präventionsbeispiele wird fortgesetzt.

1.3 Kosten arbeitsbedingter Arbeitsunfähigkeit

Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in Bilbao hat 1999 eine europaweite Untersuchung zum Thema wirtschaftliche Aspekte von Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz durchgeführt. Der darüber veröffentlichte Bericht¹ macht deutlich, dass zahlreiche wirtschaftliche Instrumente wie z. B. Nutzung von Subventionen, finanzielle Sanktionen als Durchsetzungsinstrumente, Anreize der Sozialversicherungen und insbesondere Verfahrensweisen zur Abschätzung von Kosten und Nutzen (KNA) verwendet werden. Der europäische Überblick zeigt, dass die meisten einzelstaatlichen KNA's lediglich eine begrenzte Anzahl an Elementen auf beiden Seiten der Kosten-Nutzen-Gleichung einbeziehen und solche Elemente ausklammern, die sich nur schwierig in Geldwert umrechnen lassen. In zahlreichen Mitgliedsstaaten gibt es jedoch Versuche, Geldwerte für subjektive Kosten wie Kummer, Schmerzen und Leid zu ermitteln. Darüber hinaus gibt es ein breites Spektrum, KNA's als Teil des Gesetzgebungsverfahrens entweder formalisiert oder in weniger festgelegter Form zu verwenden. Festzustellen ist jedoch, dass die verwendeten Methoden schon deshalb stark voneinander abweichen, weil die sogenannten sozialen Kosten ganz unterschiedlich mit einbezogen werden: Erwerbs- und Berufsunfähigkeit, Ausfälle durch krankheitsbedingte Abwesenheit, Kosten für Rehabilitation und für medizinische Versorgung, Schmerzen und Leid der Betroffenen. Die entscheidenden in diesem Zusammenhang aufgeworfenen Fragen sind:

- Inwieweit stehen diese sozialen Kosten im Zusammenhang mit der Arbeit?
- Inwieweit können sie durch Prävention verhindert werden?
- Inwieweit kann der dadurch langfristig geschaffene Nutzen berechnet werden?

Diese Fragen spielen wiederum eine große Rolle bei der Überlegung, ob Präventionskosten in einem ausgewogenem Verhältnis zur Senkung der sozialen Kosten stehen. Diese Informationen sind für staatliche Entscheidungen relevant: Können den Betrieben Maßnahmen zu „vernünftigen Kosten“ auferlegt werden oder sind Einzelinvestitionen auf Betriebsebene finanziell vorteilhafter.

Darüber hinaus bestehen eine ganze Reihe weiterer methodischer Probleme: Nicht jeder Nutzen kann in Geldwert ausgedrückt werden; es bestehen z. B. Probleme bei der Abzinsung und der Präzision der eingesetzten Instrumente.

Um Informationen über die Wirkungen von Maßnahmen zu erhalten (wie die Einführung neuer oder die Anpassung bestehender Vorschriften) ist es in vielen Mitgliedsstaaten durchaus üblich, vor der Verabschiedung neuer

¹ Wirtschaftliche Aspekte von Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (1998), Bilbao: Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz

Gesetze (ex-ante) eine Evaluierung vorzunehmen. In einigen Mitgliedstaaten wird eine solche Vorabbewertung der Auswirkungen routinemäßig durchgeführt und ist manchmal sogar vorgeschrieben. Der von solchen Bewertungen abgedeckte Umfang variiert von Land zu Land; er kann auch je nach Maßnahmentyp und Bedeutung des Problems unterschiedlich ausfallen. Deutlich weniger werden Bewertungen anderer Präventionsmaßnahmen wie Kampagnen usw. vorgenommen.

Natürlich können Maßnahmen auch im nachhinein (ex-post) bewertet werden. Das Ziel einer ex-post-Bewertung kann die Überprüfung der Wirksamkeit und Effizienz einer Maßnahme sein. Die Ergebnisse einer KNA nach der Umsetzung von Maßnahmen können auch benutzt werden, um eine Anpassung der betreffenden Maßnahmen vorzunehmen. Normalerweise wird die Gesetzgebung bewertet. Nur wenige Länder evaluieren auch andere Maßnahmen auf diese Weise. Mit ex-ante-, aber auch mit ex-post-Evaluierungen ist der Nutzen schwer abzuschätzen. Eines der Hauptprobleme dabei ist, dass der Nutzen präventiver Maßnahmen unter Umständen erst nach sehr langer Zeit sichtbar wird. Allgemein lässt sich festhalten, dass es aufgrund fehlender zuverlässiger Daten und von Schwierigkeiten bei der Isolierung relevanter Faktoren schwierig ist, eine solche Evaluierung vorzunehmen.

Zusätzlich zu den bisher erwähnten Ansätzen ist es auch möglich, die Leistungsfähigkeit der in den Mitgliedstaaten bestehenden Systeme für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz zu messen. Hierzu können zum Beispiel Indikatoren für die wirtschaftliche Effizienz verwendet werden.

Obwohl diese Möglichkeit besteht, kommt man zu dem Schluss, dass diese Art der Evaluierung bisher noch keine große Aufmerksamkeit gefunden hat. In den meisten Mitgliedstaaten stehen noch keine effizienten Instrumente für die Bewertung der Systeme für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz zur Verfügung.

Um die wirtschaftlichen Auswirkungen von Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes beurteilen zu können, sind die zugrundeliegenden Konzepte zur Kosten-Nutzen-Analyse zu klären. Üblicherweise wird eine klare Unterscheidung zwischen den Kosten für die Durchführung von Maßnahmen (Präventionskosten) und dem nach der Durchführung eintretenden Nutzen getroffen. Der Ansatz für die Bewertung von Kosten und Nutzen ist von Land zu Land unterschiedlich und kann auch je nach Maßnahmenart variieren. Vermiedene Krankheitskosten sind ein gemeinsames Kriterium für die Bewertung des Nutzens. Die Senkung der Kosten für das Gesundheitswesen und für die Rehabilitation wird in einem geringen Ausmaß bewertet. Insgesamt sind die Erfahrungen mit der Quantifizierung der Auswirkungen auf Produktivität und Produktqualität noch sehr gering.

Einige Mitgliedstaaten schätzen selber die Ausgaben für arbeitsbedingte Krankheiten als Bestandteil des Brutto-sozialprodukts. Die Angaben schwanken zwischen 2,6 % und 3,8 %. Im Rahmen der Untersuchung der Europäischen Agentur wurden für andere Mitgliedstaaten

Schätzungen vorgenommen, deren Grundlage alle vorgelegten Angaben über Kosten sowie Statistiken waren. In diesen Fällen lagen die Prozentsätze zwischen 0,4 % und 4,0 %. Zu diesen Zahlen sei noch der Hinweis erlaubt, dass wegen unterschiedlicher Berechnungsmethoden ein Vergleich und ein Benchmarking zwischen den Mitgliedstaaten derzeit nicht möglich sind.

Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen machte 2002 in seinem Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ deutlich, dass der Präventionsgedanke nachhaltig verstärkt werden muss. Rund 25 - 30 % der Gesundheitsausgaben in Deutschland wären durch verstärkte Prävention vermeidbar. Wichtig für eine nachhaltige Prävention ist die Schnittstelle zwischen allgemeiner Gesundheitspolitik und den Zielen im Bereich von Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz.

Die Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen sind eine wichtige Kenngröße, um die Bedeutung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung abschätzen zu können. Darüber hinaus können sie als Planungsgröße für den möglichst effizienten Einsatz von Präventionsleistungen bei begrenzten Ressourcen dienen.

Ein Forschungsvorhaben der BAuA hatte zum Ziel, eine verbesserte Methode zur Berechnung der arbeitsbedingten Kostenanteile zu entwickeln und die mit Belastungen am Arbeitsplatz im Zusammenhang stehenden Kosten zu berechnen. Bisher bestand eine große Schwierigkeit darin, den auf die Arbeitsbedingungen zurückgehenden Anteil der Krankheitskosten zu ermitteln. Im Fb 946 der BAuA sind die im Folgenden kurz dargestellten Ergebnisse ausführlich nachzulesen².

Für das Forscherteam war die Frage von Bedeutung, welche Einsparpotentiale mit der graduellen Reduzierung von Belastungen – insbesondere von Spitzenbelastungen – verbunden sein können. Die Belastungsfaktoren wurden daher auch hinsichtlich der Häufigkeit ihres Vorkommens (selten, häufig) betrachtet. Hierdurch kann verdeutlicht werden, welcher Erkrankungsanteil nicht vorkommen würde, wenn es gelänge, die Belastungsspitzen (=hohe Belastungen) zurück zu drängen.

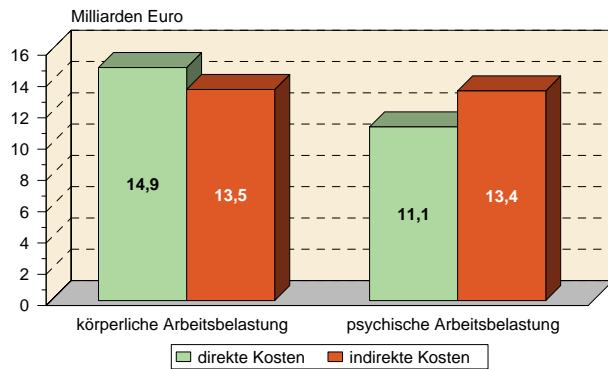
Die Ergebnisse im Einzelnen

Für die exemplarische Berechnung wurden Daten des Jahres 1998 benutzt. 29 % aller Arbeitsunfähigkeitsfälle können den körperlichen Belastungen und 31 % den psychischen Belastungen zugeordnet werden. Die höchsten Anteile ergeben sich bei Arbeitsunfällen, von denen 63 % auf psychische Belastungen und 44 % auf körperliche Belastungen zurückführbar sind. Die Anteile dürfen hierbei nicht addiert werden, da körperliche und psychische Belastungen gemeinsam vorkommen können und nicht als statistisch unabhängig angesehen werden können.

² Bödeker W., Friedel H., Röttger Chr., Schröer A., Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen, Fb 946 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund / Berlin 2002.

Abbildung C 2

Direkte und indirekte Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Mrd. Euro aufgrund von körperlichen psychischen bzw. Belastungen¹⁾



¹⁾ Da die Belastungsfaktoren nicht unabhängig sind, dürfen die Kosten nicht addiert werden.

Betrachtet man die arbeitsbedingten Anteile am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen für die einzelnen Belastungsfaktoren, so wird deutlich, dass „Arbeitsschwere/Lastenheben“ (23 %), „geringer Handlungsspielraum“ (14 %) und „geringe psychische Anforderungen“ (9 %) die höchsten Anteile aufweisen.

Kosten der arbeitsbedingten Erkrankungen

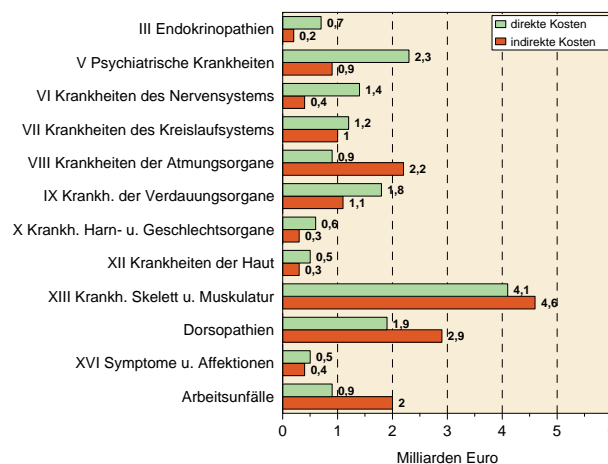
Die Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen werden in direkte Kosten (Kosten der Krankheitsbehandlung) und indirekte Kosten (Produktivitätsausfall durch Arbeitsunfähigkeit) unterschieden.

Wie Abb. C2 zeigt, wurden durch körperliche Belastungen in der Arbeitswelt in Deutschland 1998 direkte Kosten in Höhe von 14,9 Milliarden Euro und indirekte Kosten in Höhe von 13,5 Milliarden Euro verursacht. Psychische Belastungen führen zu 11,1 Milliarden Euro direkten und 13,4 Milliarden Euro indirekten Kosten.

Die diagnosespezifischen Kosten sind in Abb. C3 und

Abbildung C 3

Diagnosen-spezifische direkte und indirekte Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen aufgrund von körperlichen Belastungen in Mrd. Euro¹⁾



¹⁾ Da die Belastungsfaktoren nicht unabhängig sind, dürfen die Kosten nicht addiert werden

C4 dargestellt. Die Kosten ergeben sich in erster Linie durch Muskel- und Skeletterkrankungen, auf die sich ca. 1/3 aller arbeitsbedingten Kosten konzentrieren.

Die Kosten lassen sich auch für einzelne Belastungsfaktoren und Belastungsstärken berechnen. Abb. C5 gibt wieder, dass z. B. durch „Arbeitsschwere/Lastenheben“ 10,4 Milliarden Euro direkte Kosten hervorgerufen wurden, wovon allein 3 Milliarden Euro auf die hohe Belastungskategorie zurückzuführen sind. Ließe sich also durch Präventionsmaßnahmen der Faktor „Arbeitsschwere/Lastenheben“ soweit verringern, dass keine hohen Belastungen mehr auftreten, so könnten bereits 3 Milliarden Euro Krankheitskosten eingespart werden.

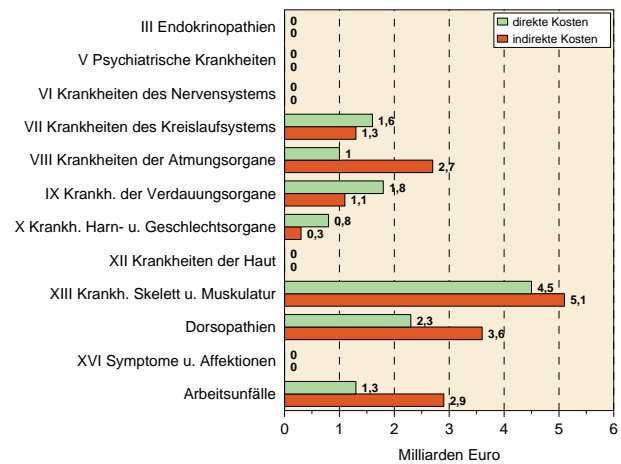
Als nächste bedeutende Belastungsfaktoren sind der „geringe Handlungsspielraum“ sowie „geringe psychische Anforderungen“ erkennbar. Auch hinsichtlich der indirekten Kosten (Abb. C6) ergibt sich ein ähnliches Bild.

Folgerungen für die Prävention

Die Ergebnisse zeigen ein strukturiertes Bild für die Verteilung der Präventionspotentiale in der Arbeitswelt. Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass in Deutschland 1998 die Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen mit mindestens 28,4 Milliarden Euro zu veranschlagen sind. Diese Kosten ergeben sich aufgrund von körperlichen Belastungen und setzen sich aus 14,9 Milliarden Euro direkten und 13,5 Milliarden Euro indirekten Kosten zusammen. Die arbeitsbedingten Krankheitskosten entsprechen damit ca. 1,6 % des Brutto-Inland-Produktes. Die bedeutendsten Belastungsfaktoren sind dabei „Arbeitsschwere/Lastenheben“ und „geringer Handlungsspielraum“, welche in einer Vielzahl von Branchen und Berufen verbreitet sind. Die Ergebnisse machen darüber hinaus auch deutlich, wo erfolgreich Prävention bezogen auf Branchen und Berufe, bezogen auf Belastungsarten und bezogen auf Belastungsspitzen eingeleitet werden kann. Wenn heute politisch über Prävention nachgedacht

Abbildung C 4

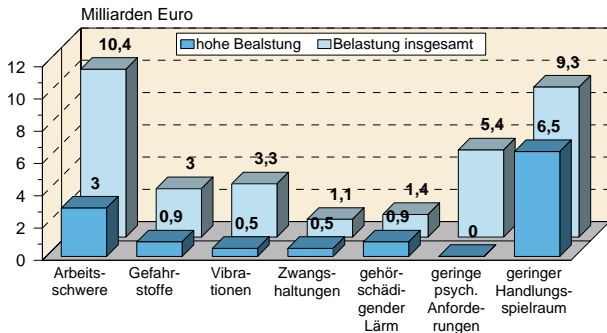
Diagnosen-spezifische direkte und indirekte Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen aufgrund von psychischen Belastungen in Mrd. Euro¹⁾



¹⁾ Da die Belastungsfaktoren nicht unabhängig sind, dürfen die Kosten nicht addiert werden

Abbildung C 5

Direkte Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Mrd. Euro nach Belastungsfaktoren¹⁾



¹⁾ Da die Belastungsfaktoren nicht unabhängig sind, dürfen die Kosten nicht addiert werden

wird, hat man in der Regel eher das Gesundheitssystem im Fokus als Anbieter von Gesundheitsleistungen und weniger die Verursachungsbereiche in der Arbeitswelt. Setzt man die konzeptionellen und strategischen Vorgaben auf europäischer Ebene jedoch mit einem wesentlich breiteren Präventionsansatz national um – zur Schaffung einer umfangreichen Präventionskultur – könnte man das Erkrankungsgeschehen im Bereich der chronischen Erkrankungen wesentlich nachhaltiger beeinflussen als allein mit Maßnahmen zur Steigerung der Qualitätsverbesserung des Gesundheitswesens. Die einzelnen Vorsorgesysteme im Gesundheitsbereich sowie im Arbeitsschutz könnten durch ein Disease Prevention Management sinnvoll im Sinne der Prävention miteinander verknüpft werden.

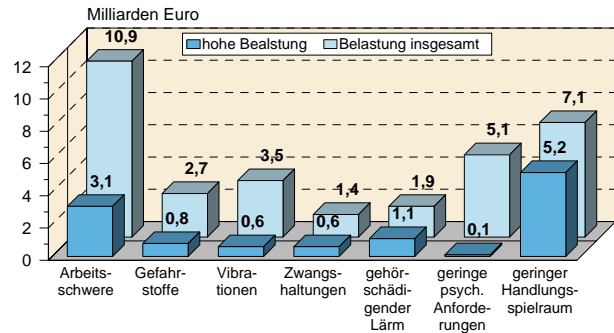
2. Volkswirtschaftliche Kosten

Die Schätzung der Produktionsausfälle durch Arbeitsunfähigkeit gibt volkswirtschaftlich gesehen ein Präventionspotenzial und mögliches Nutzenpotenzial an. Mit einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 12,2 Ta-

Tabelle C 2

Abbildung C 6

Indirekte Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Mrd. Euro nach Belastungsfaktoren¹⁾



¹⁾ Da die Belastungsfaktoren nicht unabhängig sind, dürfen die Kosten nicht addiert werden

gen je Arbeitnehmer ergeben sich im Jahr 2005 insgesamt 420,5 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage.

Ausgehend von diesem Arbeitsunfähigkeitsvolumen schätzt die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin die volkswirtschaftlichen Produktionsausfälle auf insgesamt 38 Milliarden Euro bzw. den Ausfall an Bruttowertschöpfung auf 66 Milliarden Euro (Tab. C2).

Die Schätzung basiert im Jahr 2005 auf Arbeitsunfähigkeitsdaten von rund 30 Millionen Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wie jede Modellrechnung geht auch diese Schätzung der volkswirtschaftlichen Produktionsausfälle (Lohnkosten) und der Verluste an Arbeitsproduktivität (Ausfall an Bruttowertschöpfung) von bestimmten Annahmen aus. So wird z.B. anhand der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (Statistisches Bundesamt) angenommen, dass die Lohnkosten der Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer und die Bruttowertschöpfung der Erwerbstätigen auf die Daten der vorgenannten Versicherten der gesetzlichen

Schätzung der volkswirtschaftlichen Produktionsausfälle und der ausgefallenen Bruttowertschöpfung durch Arbeitsunfähigkeit 2005

34.467 Tsd. Arbeitnehmer x 12,2 Arbeitsunfähigkeitstage	
⇒ 420,5 Mio. Arbeitsunfähigkeitstage, das entspricht	1,2 Mio. ausgefallene Erwerbsjahre
Schätzung der Produktionsausfallkosten anhand der Lohnkosten (Produktionsausfall)	
1,2 Mio. ausgefallene Erwerbsjahre x 32.800 € durchschnittliches Arbeitnehmerentgelt	
⇒ ausgefallene Produktion durch Arbeitsunfähigkeit	38 Mrd. €
⇒ Anteil am Bruttonationaleinkommen	1,7 %
Schätzung des Verlustes an Arbeitsproduktivität (Ausfall an Bruttowertschöpfung)	
1,2 Mio. ausgefallene Erwerbsjahre x 57.700 € durchschnittliche Bruttowertschöpfung	
⇒ ausgefallene Bruttowertschöpfung	66 Mrd. €
⇒ Anteil am Bruttonationaleinkommen	3,0 %

Rundungsfehler

Tabelle C3

Produktionsausfälle und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen 2005

ICD 10	Diagnosegruppe	Arbeitsunfähigkeitstage		Produktionsausfall		Ausfall an Bruttowertschöpfung	
		Mio.	%	Mrd. €	vom Bruttonational-einkommen in %	Mrd. €	vom Bruttonational-einkommen in %
V	Psychische und Verhaltensstörungen	44,1	10,5	4,0	0,2	7,0	0,3
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	26,6	6,3	2,4	0,1	4,2	0,2
X	Krankheiten des Atmungssystems	60,9	14,5	5,5	0,2	9,6	0,4
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	26,0	6,2	2,3	0,1	4,1	0,2
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	97,8	23,3	8,8	0,4	15,5	0,7
XIX	Verletzungen, Vergiftungen	53,5	12,7	4,8	0,2	8,5	0,4
alle anderen	Übrige Krankheiten	111,6	26,5	10,0	0,4	17,6	0,8
I - XXI	Alle Diagnosegruppen	420,5	100,0	37,8	1,7	66,5	3,0

Rundungsfehler

Krankenversicherung übertragbar sind. Da die Schätzung mit stark gerundeten Werten erfolgt, sind Rundungsfehler und Differenzen in der Spaltensummierung teilweise nicht zu vermeiden.

Zur Schätzung der über die Diagnosegruppen verteilten volkswirtschaftlichen Ausfälle vergleiche Tab. C3.

Die geschätzten Produktionsausfallkosten machen insgesamt einen Anteil von 1,7 % am Bruttonationalein-

Tabelle C4

Arbeitsunfähigkeitsvolumen nach Wirtschaftszweigen 2005

Code	Wirtschaftszweige ¹	Arbeitnehmer im Inland in Tsd.	Arbeitsunfähigkeit		Durchschnittliches Arbeitnehmerentgelt in €	Durchschnittliche Bruttowertschöpfung in €
			Tage pro Arbeitnehmer	Tage in Mio.		
A + B	Land-, Forstwirtschaft, Fischerei	441	9,8	4,3	18.500	23.400
C - E	Produzierendes Gewerbe ohne Baugewerbe	7.560	13,5	102,1	44.100	65.300
F	Baugewerbe	1.738	13,6	23,6	29.100	62.600
G - I	Handel, Gastgewerbe und Verkehr	8.521	11,4	97,1	26.300	37.400
J + K	Finanzierung, Vermietung u. Unternehmensdienstleister	5.430	9,5	51,6	34.100	92.400
L - Q	Öffentliche und private Dienstleistungen	10.777	13,3	143,3	30.500	38.400
	Alle Wirtschaftszweige	34.467	12,2	420,5	32.800	57.700

¹ Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 1993 (WZ 93), NACE Rev. 1
Rundungsfehler

TD 3

Tabelle C5

Produktionsausfallkosten und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Wirtschaftszweigen 2005

Code	Wirtschaftszweige ¹	Produktionsausfall			Ausfall an Bruttowertschöpfung		
		Mrd. €	je Arbeitnehmer in €	pro Arbeitsunfähigkeitstag in €	in Mrd. €	je Arbeitnehmer in €	pro Arbeitsunfähigkeitstag in €
A + B	Land-, Forstwirtschaft, Fischerei	0,2	497	51	0,3	628	64
C - E	Produzierendes Gewerbe ohne Baugewerbe	12,3	1.631	121	18,3	2.415	179
F	Baugewerbe	1,9	1.084	80	4,1	2.332	172
G - I	Handel, Gastgewerbe und Verkehr	7,0	821	72	10,0	1.168	103
J + K	Finanzierung, Vermietung u. Unternehmensdienstleister	4,8	888	93	13,1	2.405	253
L - Q	Öffentliche und private Dienstleistungen	12,0	1.111	84	15,1	1.399	105
	Alle Wirtschaftszweige	37,8	1.096	90	66,5	1.929	158

¹ Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 1993 (WZ 93), NACE Rev. 1 Rundungsfehler

TK 4-9

kommen aus. Allein ein Anteil von 0,4 % ist auf Arbeitsunfähigkeit durch Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes zurückzuführen. Der geschätzte Ausfall an Bruttowertschöpfung weist einen Anteil von 3,0 % am Bruttonationaleinkommen auf. Nach den Muskel- und Skelett-Erkrankungen (0,7 %) stehen die Krankheiten des Atmungssystems gemeinsam mit Verletzungen und Vergiftungen mit einem Anteil für den Ausfall an Bruttowertschöpfung am Bruttonationaleinkommen von je 0,4 % auf dem zweiten Rang.

Von der insgesamt hochgerechneten Arbeitsunfähigkeit für die Arbeitnehmer im Jahr 2005 (420,5 Millionen Tage) entfallen 34,1 % auf die Öffentlichen und privaten Dienstleistungen, 24,3 % auf das Produzierende Gewerbe

(ohne Baugewerbe) und 23,1 % auf Handel, Gastgewerbe und Verkehr (Tab. C4).

3. Kosten der gesetzlichen Unfallversicherung

Die im Wege einer Zusammenfassung der jährlichen Rechnungsergebnisse der Unfallversicherungsträger festgestellten Aufwendungen für die gesamte gesetzliche Unfallversicherung beliefen sich für das Jahr 2005 auf 14,4 Mrd. Euro.

Diese Bruttoaufwandssumme ist überhöht: Zum einen sind die gegenseitigen Zahlungen der Versicherungsträger im Rahmen des Lastenausgleichsverfahren nach Ar-

Tabelle C6

Ausgaben der Unfallversicherungsträger für Prävention und Erste Hilfe 2005

Unfallversicherungsträger	Versicherte in Mio.	Ausgaben für Prävention und Erste Hilfe (Kostengruppe 59) in Mio. €		Veränderungen von 2004 auf 2005		
		absolut	je Mio. Versicherte	Versicherte in Mio.	Ausgaben in Mio. €	
					absolut	je Mio. Versicherte
Gewerbliche Berufsgenossenschaften	42,5	732,9	17,2	-0,13	-1,4	0,02
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	3,7	51,7	14,0	-0,52	3,3	2,52
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand	11,5	79,7	6,9	0,61	0,6	-0,32
Gesamt/Durchschnitt	57,8	864,3	15,0	-0,04	2,5	0,05

Rundungsfehler

TA 10, TK 2

Tabelle C7

Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherungsträger für Prävention und Erste Hilfe nach Kontenart im Berichtszeitraum

Art der Leistung (Kontenart)	Ausgaben in Mio. €				
	2005		2004	2003	2002
	absolut	je Mio. Versicherte ¹	absolut	absolut	absolut
Herstellung von Unfallverhütungsvorschriften (590)	3,9	0,1	4,6	4,9	5,4
Überwachung und Beratung der Unternehmen (591)	504,4	8,7	499,3	491,9	472,1
Ausbildung (592)	134,1	2,3	131,4	131,7	124,0
Zahlungen an Verbände für Prävention (593)	72,6	1,3	72,8	71,3	67,5
Arbeitsmedizinische Dienste (594)	50,7	0,9	55,9	57,8	57,1
Sicherheitstechnische Dienste (596)	11,6	0,2	9,8	10,2	10,5
Sonstige Kosten Prävention (597)	63,6	1,1	65,1	64,9	60,5
Erste Hilfe (598)	23,4	0,4	22,9	21,5	19,4
Gesamt	864,3	15,0	861,8	854,0	816,4

¹⁾ Anzahl der Versicherten (in Tsd.): 57.760,8 (2005), 57.803,3 (2004), 57.355,9 (2003) und 57.627,5 (2002)

TK 2

tikel 3 des Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetzes in der Fassung des Finanzierungsgesetzes 1967 – im Jahre 2005 waren dies rd. 620,3 Mio. Euro – nicht bereinigt, zum anderen sind darin 1,3 Mrd. Euro Insolvenzgeld enthalten, das nicht zu den Leistungen der Unfallversicherung zählt.

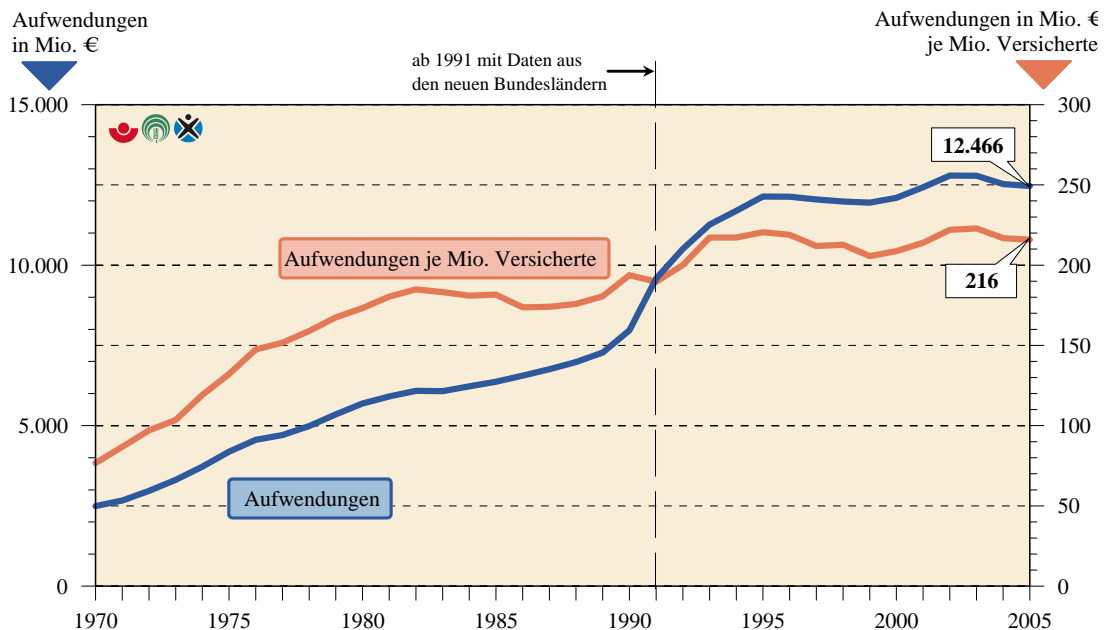
Die um die beiden vorgenannten Beträge bereinigten Gesamtausgaben (Nettoausgaben) betragen für 2005 somit 12,5 Mrd. Euro.

Die Nettoausgaben des Jahres 2005 sind verglichen mit denen des Jahres 2002 (12,8 Mrd. Euro) um 326,7 Mio. Euro oder 2,6 % gesunken (Abb. C7).

Die zwei Kontengruppen bei denen bezüglich der Aufwendungen der größte Rückgang zu verzeichnen ist (Tab. C8), sind „Verletztengeld und besondere Unterstützungen (47)“ (124,8 Mio. Euro; 19,6 %) und „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (49)“ (47,8 Mio. Euro; 16,7 %).

Abbildung C7

Aufwendungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger – von 1970 bis 2005 –



TM 10, TK 1, TA 10

Tabelle C8

Aufwendungen der Unfallversicherungsträger nach Kontengruppen Im Berichtszeitraum

Art der Aufwendung ¹	Aufwendungen in Mio. €				
	2005		2004	2003	2002
	absolut	je Mio. Versicherte ²	absolut	absolut	absolut
Ambulante Heilbehandlung (40)	891,9	15,4	861,7	861,7	839,5
Zahnersatz (45)	12,6	0,2	13,5	13,5	14,0
Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege (46)	841,2	14,6	838,0	838,0	836,2
Verletztengeld und besondere Unterstützung (47)	512,0	8,9	533,9	533,9	636,8
Sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen zur Heilbehandlung (48)	569,0	9,9	575,0	575,0	578,7
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (49)	237,8	4,1	281,0	281,0	285,6
Renten an Versicherte und Hinterbliebene (50)	5.759,5	99,7	5.804,4	5.804,4	5.796,4
Beihilfen an Hinterbliebene (51)	19,9	0,3	20,2	20,2	19,0
Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene (52)	106,1	1,8	124,5	124,5	114,6
Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen (53)	0,5	0,0	0,4	0,4	0,5
Sterbegeld und Überführungskosten (57)	18,3	0,3	18,5	18,5	18,5
Mehrleistungen und Aufwendungsersatz (58)	14,7	0,3	14,1	14,1	12,9
Prävention (59)	864,3	15,0	861,8	861,8	816,4
Leistungen insgesamt (4/5)	9.847,8	170,5	9.947,0	9.947,0	9.969,1
Vermögensaufwendungen (6)	3.162,3	54,7	3.226,8	3.226,8	3.924,8
Verwaltungs-/Verfahrenskosten (7)	1.380,3	23,9	1.382,1	1.382,1	1.381,1
abzüglich Lastenausgleich (690)	620,3	10,7	500,8	500,8	472,2
abzüglich Insolvenzgeld (691)	1.304,3	22,6	1.526,0	1.526,0	2.010,3
Nettoaufwendungen gesamt	12.465,8	215,8	12.529,1	12.529,1	12.792,5

1) Ebenen des Kontenrahmens: dreistellig = Kontenart, zweistellig = Kontengruppe, einstellig = Kontenklasse

2) Anzahl der Versicherten (in Tsd.): 57.760,8 (2005), 57.803,3 (2004), 57.355,9 (2003) und 57.627,5 (2002)

TK 1

In der Erhöhung der Aufwendungen für die „Ambulante Heilbehandlung (40)“ (52,4 Mio. Euro; 6,2 %) schlägt sich die Kostenentwicklung auf dem Gesundheitssektor nieder.

Aufwendungen für Prävention und Erste Hilfe

Auf Prävention entfielen im Jahr 2005 rund 864,3 Mio. Euro (Tab. C8), das entspricht 6,9 % der Gesamt-Nettoaufwendungen. Im Berichtszeitraum (2002 – 2005) haben die Ausgaben für Prävention und Erste Hilfe um 5,9 % (47,9 Mio. Euro) zugenommen (Tab. C7). Die Ausgaben der gewerblichen Berufsgenossenschaften liegen umgerechnet auf Euro pro Versichertem am höchsten (17,20 Euro). Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand holen auf: Beide steigerten Ihre Ausgaben für Prävention im Berichtszeitraum um mehr als 10 % und damit weit stärker als die gewerblichen Berufsgenossenschaften.

Unterschieden nach Kontenarten (Tab. C7) zeigen sich lediglich bei der „Herstellung von Unfallverhütungsvorschriften“ (1,5 Mio. Euro; 27,8 %) und bei den „Arbeitsmedizinischen Diensten“ (6,4 Mio. Euro; 11,2 %) Rückgänge. In allen anderen Bereichen stiegen die Aufwendungen im Vergleich zu 2002 um mindestens 5 %; für die „Erste Hilfe“ sogar um etwa ein Fünftel.

D. Entwicklung des Arbeitsschutzrechts

Neben der Darstellung der Veränderungen im staatlichen Recht wird auf die Entwicklung des Vorschriftenwerkes der Unfallversicherungsträger eingegangen.

1. Staatliches Recht¹

Neuordnung des Arbeitsschutzrechts

Im Berichtszeitraum hat die Bundesregierung bei der von ihr initiierten und gemeinsam mit Ländern und Unfallversicherungsträgern verfolgten Neuordnung des Arbeitsschutzrechts weitere wichtige Fortschritte erzielt. Die Bemühungen um ein modernes leistungsfähiges und effizientes Arbeitsschutzsystem orientieren sich dabei insbesondere an dem Ziel einer zukunftsgerichteten Rechtsetzung und einer dienstleistungsbezogenen Beratung und Überwachung arbeitsschutzrechtlicher Standards.

Mit dem im April 2003 beschlossenen „Leitlinienpapier zur zukünftigen Gestaltung des Vorschriften- und Regelwerks“ ist im Bereich der Rechtsetzung eine tragfähige Basis für eine erfolgreiche und richtungweisende Konsolidierung der berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütungsvorschriften im Verhältnis zu den staatlichen Arbeitsschutzbestimmungen gelegt worden. Anknüpfend an eine strenge Bedarfsprüfung sollen Unfallverhütungsvorschriften nur noch dann erlassen werden, wenn dies aus branchenbezogenen Erwägungen unter Beachtung der im staatlichen Recht getroffenen Wertentscheidung zwingend erforderlich ist. Die 81. Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder hat gebeten, diesen Prozess im SGB VII durch Einschränkung der Rechtsetzungsbefugnis der Unfallversicherungsträger gesetzlich abzusichern. Die Bundesregierung hat dem zugestimmt und wird die erforderlichen Änderungen voraussichtlich im Rahmen des Reformgesetzes zur gesetzlichen Unfallversicherung einleiten.

Im Rahmen des Reformprojekts „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ wurde mit der Überprüfung des geltenden Vorschriften- und Regelwerks begonnen. Ziel ist es, Doppelregelungen zu vermeiden und transparente und systematische Rechtsgrundlagen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge zu schaffen.

Ferner hat die Bundesregierung wichtige Impulse bei der Fortentwicklung der Arbeitsschutzüberwachung mit dem Ziel gesetzt, das Leistungsangebot insgesamt effizienter zu organisieren. Ziel ist es, vorhandene Überschneidungen im Wirkungskreis der Aufsichtsdienste von Ländern und Unfallversicherungsträgern aufzulösen und Synergien im Vollzug des Arbeitsschutzes zu erschließen. Die Bundesregierung ist sich mit den Ländern darüber einig, dass eine gemeinsam getragene **Arbeitsschutzstrategie** von zentraler Bedeutung für ein effizientes Aufsichtshandeln ist. Auf Länderseite hat die 82. Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) den Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik beauftragt, in Zusammenarbeit mit der Bundesregierung

und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung eine gemeinsame Arbeitsschutzstrategie zur Optimierung des dualen Arbeitsschutzsystems auszuarbeiten. Dabei geht es darum, ein abgestimmtes einheitliches Handeln des Bundes, der Unfallversicherungsträger und der Länder in vereinbarten Handlungsfeldern, nach gemeinsamen Grundsätzen und in abgestimmten Programmen zu erreichen. Zu diesem Zweck ist eine trilaterale Arbeitsgruppe „Gemeinsame Arbeitsschutzstrategie (AG GDA)“ eingesetzt worden, die ein Strategiekonzept erarbeitet hat. Das erzielte Arbeitsergebnis wurde mit den Sozialpartnern abgestimmt und wurde auf der 83. ASMK beschlossen. Das Konzept enthält erstmals in der deutschen Arbeitsschutzgeschichte eine methodische Festlegung auf die systematisierte Entwicklung gemeinsamer Arbeitsschutzziele, deren Untersetzung mit prioritären Handlungsfeldern einschließlich Evaluation der Zielerreichung. Ferner enthält das Konzept mit der Schaffung einer Nationalen Arbeitsschutzkonferenz die Einrichtung eines zentralen Entscheidungsgremiums für die Planung, Koordinierung und Evaluation der Strategieumsetzung. Zugleich werden mit dem Strategiekonzept europäische und internationale Entwicklungen aufgenommen und der Prozess der Fortschreibung einer europäischen Gemeinschaftsstrategie im Arbeitsschutz aktiv mitgestaltet. Nach Beschlussfassung durch die 83. ASMK sollen die Kernelemente der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie gesetzlich festgeschrieben werden. Die Bundesregierung wird entsprechende Vorschläge voraussichtlich im Rahmen des Gesetzgebungsvorhabens zur Reform der gesetzlichen Unfallversicherung vorlegen.

Arbeitsstättenverordnung

Im Berichtszeitraum wurde die seit 1976 geltende Arbeitsstättenverordnung modernisiert und auf der Grundlage des § 18 Arbeitsschutzgesetz neu erlassen. Mit der novellierten Verordnung wird die Richtlinie 89/654/EWG des Rates über Mindestvorschriften für Sicherheit und Gesundheitsschutz in Arbeitsstätten (Erste Einzelrichtlinie im Sinne des Artikels 16 Absatz 1 der Richtlinie 89/391/EWG) vom 30. November 1989 vollständig umgesetzt. Die Richtlinie 92/58/EWG des Rates über Mindestvorschriften über die Sicherheits- und Gesundheitsschutzkennzeichnung am Arbeitsplatz wird durch einen gleitenden Verweis innerhalb der Arbeitsstättenverordnung umgesetzt. Desgleichen erfolgt die Umsetzung des Anhangs IV Teile A und B der Richtlinie 92/57/EWG des Rates über die auf zeitlich begrenzte oder ortsveränderliche Baustellen anzuwendenden Mindestvorschriften für Sicherheit und Gesundheitsschutz.

Arbeitsstätten sind entsprechend den Vorschriften der Verordnung einschließlich ihres Anhangs so einzurichten und zu betreiben, dass von ihnen keine Gefährdungen für die Sicherheit und die Gesundheit der Beschäftigten ausgehen. Bei der Novellierung wurde grundsätzlich auf die Festlegung von konkreten Maßzahlen und Maßnahmen verzichtet und der Konzeption des Arbeitsschutzgesetzes folgend wurden allgemeine Schutzziele festgelegt. Innerhalb der zwingenden europäischen Vorgaben für das Einrichten und Betreiben von Arbeitsstät-

¹ geändert am 14.12.2006

ten konnte damit der Spielraum für spezifische, den betrieblichen Gegebenheiten angepasste Arbeitsschutzmaßnahmen deutlich erweitert werden.

Die wichtigste Neuregelung der novellierten Arbeitsstättenverordnung ist die in § 7 bestimmte Bildung eines Ausschusses für Arbeitsstätten. Damit wird das Verfahren für die Erarbeitung des untergesetzlichen Regelwerkes zur Arbeitsstättenverordnung aufbauend auf den Erfahrungen bereits bestehender Arbeitsschutz-Ausschüsse grundlegend neu geregelt. Durch die stärkere Einbeziehung der beteiligten Kreise wird sich die Relevanz und Akzeptanz des Regelwerkes in der Praxis verbessern.

In den vom Arbeitsstättenausschuss (ASTA) erarbeiteten Arbeitsstättenregeln wird beispielhaft und unverbindlich zusammengestellt, wie die grundlegenden Anforderungen der Verordnung in der Praxis erfüllt werden können. Sie sind beim Einrichten und Betreiben von Arbeitsstätten zu berücksichtigen. Für die Arbeitsstättenregeln legt die Verordnung eine sogenannte „Vermutungswirkung“ fest. Bei ihrer Einhaltung wird vermutet, dass die Anforderungen der Verordnung dahingehend erfüllt sind. Der Arbeitgeber kann jederzeit von den Technischen Regeln abweichen, wenn er durch andere Maßnahmen die gleiche Sicherheit und den gleichen Gesundheitsschutz erreicht. Der Arbeitsstättenausschuss (ASTA) hat sich am 24. Mai 2005 konstituiert und seine Arbeit aufgenommen.

Geräte- und Produktsicherheit

Die technische Sicherheit von Geräten, Produkten und Anlagen ist für den Arbeitsschutz von besonderer Bedeutung. Zentrale Rechtsvorschrift ist hier das Gesetz über technische Arbeitsmittel und Verbraucherprodukte (Geräte- und Produktsicherheitsgesetz - GPSG) vom 06. Januar 2004 (BGBl. I S. 2 ff.).

Das GPSG fasst das bis dahin eigenständige Gerätesicherheitsgesetz und das Produktsicherheitsgesetz in einem Gesetz zusammen. Damit liegt ein umfassendes Gesetz für technische Produkte vor. Anlass für diese Zusammenführung war die Umsetzung der europäischen Produktsicherheitsrichtlinie 2001/95/EG, die das Inverkehrbringen von Produkten, die für den Verbraucher bestimmt sind, regelt.

Damit kommt dem GPSG neben seiner Bedeutung für den Arbeitsschutz auch eine umfassende Bedeutung für den Verbraucherschutz zu. Diese folgerichtige Entwicklung trägt der Tatsache Rechnung, dass zunehmend Produkte aus dem Arbeitsbereich in den Verbraucherbereich abwandern und umgekehrt. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von so genannten Migrationsprodukten.

Eine wichtige Neuerung des Gesetzes ist die Übertragung der Grundsätze des europäischen Konzepts – Vorgabe allgemeiner verbindlicher Sicherheitsanforderungen und deren Konkretisierung durch Normen – auf den nationalen Bereich. Damit gibt es auch im nationalen Recht eine, der europäischen vergleichbare Vermutungswirkung. Für Produkte, die nach amtlich bekannt gemachten Normen gefertigt werden, gilt die Vermutung

der Übereinstimmung mit den Anforderungen an Sicherheit und Gesundheit.

Außerdem enthält das Gesetz neue und erweiterte Vorschriften zur Überwachung des Inverkehrbringens von Produkten sowie zu den Informationspflichten über unsichere Produkte. Dies dient der Verbesserung des Schutzes der Verbraucher und der Beschäftigten.

Änderung der Baustellenverordnung

Auf Betreiben der EU-Kommission wurde mit Artikel 15 der „Verordnung zur Anpassung der Gefahrstoffverordnung an die EG-Richtlinie 98/24/EG und andere EG-Richtlinien“ vom 23. Dezember 2004 der Absatz 1a in § 3 der Baustellenverordnung eingefügt:

(1a) Der Bauherr oder der von ihm beauftragte Dritte wird durch die Beauftragung geeigneter Koordinatoren nicht von seiner Verantwortung in diesem Bereich entbunden.

Eine derartige Klarstellung war zwar bereits in Nr. 21 der RAB 10 „Begriffsbestimmungen“ enthalten, durch Aufnahme in die Verordnung wird aber noch deutlicher herausgestellt, dass ein Bauherr auch bei Beauftragung eines oder mehrerer Koordinatoren weiterhin Verantwortung für die von ihm gemäß BaustellV zu veranlassenden Maßnahmen trägt. Er hat daher die Erfüllung

- der an den Koordinator/ die Koordinatoren übertragenen Aufgaben
- und der sich im Rahmen der Koordination ergebenden Maßnahmen

zu überprüfen und sicher zu stellen.

Lärm und Vibrationen

Mit der neuen Verordnung zu Vibrationen und Lärm an Arbeitsplätzen werden die EU-Arbeitsschutz-Richtlinien zu Lärm (RL 2003/10/EG) und Vibrationen (RL 2002/44/EG) sowie das ILO-Übereinkommen Nr. 148 zu Lärm in nationales Recht umgesetzt. Die Verordnung soll sowohl zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten als auch zur Kostensenkung bei den sozialen Sicherungssystemen beitragen (s. auch Kapitel B. 5 und Tabellenteil TC).

Ladenschluss

Mit der vom Deutschen Bundestag und Bundesrat verabschiedeten Föderalismusreform und der damit verbundenen Änderung des Grundgesetzes haben die Länder das ausschließliche Gesetzgebungsrecht für den Ladenschluss im Rahmen des Kompetenztitels „Wirtschaft“ erhalten. Das Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes ist am 1. September 2006 in Kraft getreten. Die Länder können jetzt das Ladenschlussgesetz durch eigene Regelungen ersetzen und damit eigenverantwortlich darüber entscheiden, wann die Einzelhandelsgeschäfte geöffnet haben dürfen. Dabei sind die Bundesländer wegen der Sonntagsöffnung an den verfassungsrechtlichen Grundsatz des Sonn- und Feiertagsschutzes gebunden.

Das Ladenschlussgesetz ist zuletzt am 1. Juni 2003 mit dem Gesetz zur Verlängerung der Ladenöffnung an

Samstagen geändert worden. Der Öffnungsrahmen wurde an diesen Tagen auf 20 Uhr ausgeweitet. Von Montag bis Samstag können die Geschäfte jetzt von 6 bis 20 Uhr geöffnet sein. Durch die Verlängerung der Ladenöffnungszeit am verkaufstärksten Tag der Woche wurden die Möglichkeiten des Einzelhandels für eine zeitgemäße und bedarfsorientierte Öffnung der Läden erweitert. Die Unternehmen des Einzelhandels werden in die Lage versetzt, sich besser auf die Bedürfnisse der Verbraucher einzustellen und ihre Leistungen dem Bedarf und dem Kundenaufkommen anzupassen.

Die Beschäftigten im Einzelhandel, die an Samstagen eingesetzt werden, erhalten als Kompensation einen individuellen Anspruch auf einen freien Samstag im Monat. Dies soll der Bedeutung des Samstags für die Freizeitgestaltung in der Familie und im Freundeskreis, im Ehrenamt, im Verein sowie in Sport und Kultur Rechnung tragen. Die Ausgestaltung als Individualanspruch lässt eine flexible Handhabung sowohl im Interesse des Beschäftigten als auch des Einzelhandelsbetriebs zu.

Außerdem wurde die Pflicht zur Schließung um 14 Uhr an Samstagen vor verkaufsoffenen Sonntagen aufgehoben. Es war den Verbrauchern nicht zu vermitteln, dass bei Vorliegen desselben Anlasses zwar ein Sonntagsverkauf genehmigt wird, am vorhergehenden Samstag die Geschäfte aber vorzeitig geschlossen werden müssen. Aus Gründen der Vereinfachung und Modernisierung wurden weitere Regelungen aufgehoben, u. a. Vorschriften über Warenautomaten und Friseurbetriebe.

Änderung des Arbeitszeitgesetzes

Durch das am 1. Januar 2004 in Kraft getretene Gesetz zu Reformen am Arbeitsmarkt vom 24. Dezember 2003 wurden im Arbeitszeitgesetz (Artikel 4b) die durch das Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 9. September 2003 zum Bereitschaftsdienst notwendigen Änderungen vorgenommen. Der EuGH hatte entschieden, dass Bereitschaftsdienst insgesamt als Arbeitszeit im Sinne der Arbeitszeitrichtlinie anzusehen ist. Dementsprechend werden Arbeitsbereitschaft und Bereitschaftsdienst im Arbeitszeitgesetz jetzt in vollem Umfang als Arbeitszeit gewertet.

Die Tarifvertragsparteien erhalten für Arbeitszeiten mit Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst Gestaltungsspielräume für die Verlängerung der Arbeitszeit. Dies ist auch unter Arbeitsschutzgesichtspunkten angemessen, da die besonderen Dienstformen Arbeitsbereitschaft und Bereitschaftsdienst gegenüber der Vollarbeit weniger belastend sind. Auf tarifvertraglicher Grundlage darf die Arbeitszeit bei diesen Dienstformen – mit Zeitausgleich – über zehn Stunden pro Werktag hinaus verlängert werden. Um eine interessengerechte Arbeitszeitgestaltung zu ermöglichen, kann die Arbeitszeit auf tarifvertraglicher Grundlage auch ohne Zeitausgleich über acht Stunden pro Werktag hinaus verlängert werden. Bei Zulassung einer solchen Verlängerung muss durch besondere Regelungen sichergestellt werden, dass die Gesundheit der Beschäftigten nicht gefährdet wird. Eine Arbeitszeitverlängerung ohne Ausgleich darf nur erfolgen, wenn der einzelne Beschäftigte schriftlich einwil-

ligt. Willigt er nicht ein, oder widerruft er seine einmal erteilte Einwilligung, darf er nicht benachteiligt werden. In Bereichen, in denen Regelungen durch Tarifvertrag üblicherweise nicht getroffen werden, kann die Aufsichtsbehörde entsprechende Abweichungen bewilligen. Kirchen und öffentlich-rechtliche Religionsgemeinschaften können solche Ausnahmen in ihren Regelungen vorsehen. Mit diesem Gestaltungsrahmen erhält die Praxis zahlreiche Möglichkeiten, um weiterhin Arbeitszeitorganisationen unter Nutzung der besonderen Dienstformen Arbeitsbereitschaft und Bereitschaftsdienst zu vereinbaren.

Wird die Arbeitszeit mit Ausgleich verlängert, darf die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit 48 Stunden innerhalb des gesetzlich (sechs Kalendermonate oder 24 Wochen) oder tariflich (ein Jahr) festgelegten Ausgleichszeitraums nicht übersteigen. Entsprechend den Vorgaben des EuGH zum Ausgleich von Ruhezeiten sieht das Gesetz bei einer Verlängerung der täglichen Arbeitszeit über zwölf Stunden hinaus vor, dass im unmittelbaren Anschluss an die Beendigung der Arbeitszeit eine Ruhezeit von mindestens elf Stunden gewährt werden muss.

Um den Umstellungsproblemen der Branchen mit hohem Anteil an Bereitschaftsdiensten und Arbeitsbereitschaft Rechnung zu tragen, wurde eine Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2005 eingeführt, innerhalb derer die zum 1. Januar 2004 bestehenden oder nachwirkenden Tarifverträge unberührt bleiben. Diese Frist ist Ende 2005 bis zum 31. Dezember 2006 letztmalig verlängert worden.

Berufskrankheiten-Verordnung

Im Jahr 2002 ist die Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) durch die „Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung“ vom 05.09.2002 (BGBl. I S. 3541) erweitert worden. Mit der Änderungsverordnung wurden zwei Krankheiten in der Liste der Berufskrankheiten neu bezeichnet bzw. neu aufgenommen:

- Druckschädigung der Nerven
- Lungenkrebs durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (Silikose oder Siliko-Tuberkulose).

Damit hat die Bundesregierung den neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen über diese Erkrankungen Rechnung getragen und die rechtliche Basis für die Anerkennung als Berufskrankheit bei den Betroffenen geschaffen.

REACH und Arbeitsschutz

Im Berichtszeitraum wurden die Arbeiten an der EG-REACH-Verordnung begonnen. Diese Verordnung besitzt eine Vielzahl von Schnittstellen mit dem EG-Arbeitsschutzrecht. Durch REACH dürften sich eine Reihe von Fortschritten im stoffbezogenen Arbeitsschutz ergeben. So ist zu erwarten, dass sich der Informationsgehalt und die Qualität der Sicherheitsdatenblätter insgesamt verbessern werden.

Arbeitgebern wird über die nach REACH vorgesehenen Expositionsszenarien, die über die Sicherheitsdatenblätter entlang der Lieferkette weiter geleitet werden, eine „Hilfestellung“ bei der Durchführung der Gefährdungsbeurteilung gegeben, was insbesondere kleinen und mittleren Unternehmen zu Gute kommen dürfte.

Die nach REACH durch den Registrierungspflichtigen zu ermittelnden „Derived-No-Effect-Levels“ (DNEL) können in den Fällen, wo keine Arbeitsplatzgrenzwerte vorliegen, ein nützliches Instrument zur Überprüfung der Frage sein, ob die ergriffenen Arbeitsschutzmaßnahmen ausreichend sind. Das Verhältnis von DNEL und Arbeitsplatzgrenzwerten nach Arbeitsschutzrecht ist allerdings noch abschließend zu klären.

Die vorgenannten Fortschritte werden jedoch nur Stoffe betreffen, die pro Hersteller bzw. Importeur in einer Jahrestonnage von mehr als 10 Tonnen hergestellt bzw. importiert werden.

Durch das nach REACH vorgesehene verwendungsbezogene Zulassungsverfahren für krebserzeugende, erbgutverändernde und fruchtbarkeitsgefährdende Stoffe der Kategorien 1 oder 2 wird ein weiterer Anreiz zur Substitution dieser Stoffe, die ja bekanntlich hauptsächlich betrieblich verwendet werden, gegeben. Offen ist dabei die Frage, welche Bedeutung dem generellen Substitutionsgebot nach Arbeitsschutzrecht noch zukommt, wenn das Zulassungsverfahren nach REACH in Kraft ist.

Betriebssicherheitsverordnung

Die Betriebssicherheitsverordnung enthält Arbeitsschutzanforderungen für die Benutzung von Arbeitsmitteln und für den Betrieb überwachungsbedürftiger Anlagen. Sie beinhaltet ein umfassendes Schutzkonzept, das auf alle von Arbeitsmitteln ausgehenden Gefährdungen anwendbar ist. Grundbausteine sind

- eine einheitliche Gefährdungsbeurteilung für die Bereitstellung und Benutzung von Arbeitsmitteln,
- eine einheitliche sicherheitstechnische Bewertung für den Betrieb überwachungsbedürftiger Anlagen,
- der „Stand der Technik“ als wesentlicher Sicherheitsmaßstab sowie
- Mindestanforderungen für die Beschaffenheit von Arbeitsmitteln, soweit sie nicht bereits anderweitig geregelt sind.

Das Konzept folgt den sich aus dem Arbeitsschutzgesetz ergebenden Verpflichtungen konsequent und bezieht die Vorschriften für überwachungsbedürftige Anlagen einschließlich des Schutzes Dritter mit ein.

Die Betriebssicherheitsverordnung ist als flexible Grundvorschrift konzipiert, die durch technische Regeln konkretisiert wird. Damit werden die Voraussetzungen geschaffen, die staatlichen und die berufsgenossenschaftlichen Vorschriften als widerspruchsfreien Regelungskomplex für die Anlagen- und Betriebssicherheit zu gestalten. Ferner bietet die Verordnung die Gewähr dafür, dass die vom Ausschuss für Betriebssicherheit nach dem „Kooperationsmodell“ (Einbeziehung der

Fachausschüsse der Unfallversicherungsträger) beschlossenen technischen Regeln mit einschlägigen Regeln der Unfallversicherungsträger zusammengeführt werden. Bislang beschreiben beide Regelwerke getrennt den Stand der Technik; künftig werden beide gemeinsam den Stand der Technik beschreiben. Ein einziges technisches Regelwerk, umfassend anzuwenden auf den Bereich der Anlagen- und Betriebssicherheit, wird als alleinigen Sicherheitsmaßstab den „Stand der Technik“ beschreiben.

Im Berichtszeitraum stand die Erarbeitung dieses Regelwerks im Vordergrund der Arbeiten. Da einerseits die vollständige Überführung berufsgenossenschaftlicher Regelungen für die Bereitstellung und Benutzung von Arbeitsmitteln in ein staatliches Regelwerk erforderlich ist und andererseits die Vorschriften auch den Betrieb überwachungsbedürftiger Anlagen einbeziehen sollen, ist die Schaffung eines strukturell und inhaltlich völlig neuartigen Regelwerks unumgänglich. Dieser Prozess wird daher voraussichtlich noch die folgende Legislaturperiode in Anspruch nehmen.

Biostoffverordnung

Die Biostoffverordnung bietet einen branchenübergreifenden rechtlichen Rahmen für Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten vor berufsbedingten Infektionsgefährdungen. Kernvorschrift der Verordnung sind die Regelungen zur Gefährdungsbeurteilung, die die Anforderungen des § 5 Arbeitsschutzgesetz speziell für den Bereich der biologischen Einwirkungen untersetzen. Ein wichtiges Instrumentarium ist dabei das Schutzstufensystem, das dem Arbeitgeber insbesondere bei gezielten Tätigkeiten die Festlegung der erforderlichen Schutzmaßnahmen sehr erleichtert, da die Schutzstufen mit der Risikogruppe des verwendeten Mikroorganismus korrespondieren. Bei nicht gezielten Tätigkeiten, bei denen Mischexpositionen verschiedener biologischer Arbeitsstoffe in wechselnder Zusammensetzung und Konzentration vorliegen, ist die Schutzstufenzuordnung dagegen nicht so einfach. Der Ausschuss für biologische Arbeitsstoffe (ABAS) hat deshalb bereits seit in Kraft treten der Verordnung im April 1999 kontinuierlich an der Erstellung eines technischen Regelwerks insbesondere für diesen Bereich gearbeitet. In der letzten Legislaturperiode konnten hierbei wesentliche Fortschritte erzielt werden. Darüber hinaus ist eine Konsolidierung der bereits bestehenden Regelungen zu Laboratorien erfolgt und für die Abfallwirtschaft wird an einer solchen gearbeitet, um die Transparenz und Anwenderfreundlichkeit weiter zu erhöhen.

Mit der „Verordnung zur Anpassung der Gefahrstoffverordnung an die EG-Richtlinie 98/24/EG und andere EG-Richtlinien“ vom 23. Dezember 2004 wurde auch die Biostoffverordnung geändert, mit dem Ziel u. a. die Regelungen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge bei Stoffbezogenen Gefährdungen zu vereinheitlichen. Der neu gefasste § 15 der Biostoffverordnung umfasst die Definition der arbeitsmedizinischen Vorsorge, das grundsätzliche Vorgehen und sowie die Pflichten des Arbeitgebers. Die Tatbestände, die eine Vorsorgeuntersuchung

zur Folge haben, werden im neuen § 15a beschrieben und die konkreten Anlässe für Pflichtuntersuchungen in Anhang IV aufgelistet. Das bisherige Impfangebot wurde dadurch gestärkt, dass es bei relevanten Tätigkeiten an eine Pflichtuntersuchung gekoppelt wurde.

Einen großen Fortschritt im Arbeitsschutz stellt die TRBA 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ dar, die in Kooperation zwischen ABAS und der BGW erarbeitet wurde. In der TRBA wurden im Jahr 2003 neben den etablierten Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten erstmals Festlegungen für eine Verwendung sicherer Spritzensysteme im Gesundheitsdienst getroffen, um die steigende Zahl der Nadelstichverletzungen zu senken. Dazu sollen spitze, scharfe oder zerbrechliche Arbeitsgeräte durch solche ersetzt werden, bei denen keine oder eine geringere Gefahr von Stich- oder Schnittverletzungen besteht. Der Ersatz sollte vorrangig dann erfolgen, wenn mit besonderen Gefährdungen zu rechnen ist (bei nachgewiesener Infektion durch Erreger der Risikogruppe 3**, z. B. in HIV-Schwerpunktpraxen, oder bei Rettungsdiensten sowie bei der Behandlung fremdgefährdender Patienten). Parallel dazu wurde im Auftrag des damaligen BMWA, des HVBG und der BGW eine Metaanalyse zur „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit präventiver Maßnahmen zum Schutz vor Nadelstichverletzungen bei Beschäftigten in Gesundheitsberufen“ durchgeführt. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Studie wurde die TRBA 250 im Frühjahr 2006 dahingehend geändert, dass für bestimmte, als besonders gefährlich identifizierte Tätigkeiten, die Einführung der sicheren Systeme nunmehr obligatorisch ist.

Biologische Arbeitsstoffe stellen den Arbeitsschutz vor besondere Herausforderungen, da ständig mit dem Auftreten neuer oder veränderter Krankheitserreger gerechnet werden muss. Aber auch das Wiederauftreten bereits überwunden geglaubter Krankheiten wie z. B. die Tuberkulose wirft Probleme auf. Gründe hierfür sind z. B. zunehmende Resistenzenbildung. Hinzu kommt die schnelle weltweite Verbreitung „exotischer“ Krankheitserreger durch verstärkte Reiseaktivitäten. In der Regel sind davon auch Beschäftigte insbesondere in der Forschung und im Gesundheitsdienst betroffen. Für solche speziellen Fälle hat das BMAS einen Krisenstab eingerichtet, der sich – der jeweiligen Problemstellung entsprechend – aus Experten des ABAS und relevanten Wissenschaftlern zusammensetzt. Dadurch konnten z. B. beim Auftreten der Vogelgrippe im Herbst 2005 die erforderlichen Maßnahmen zum Arbeitsschutz unverzüglich festgelegt und ein entsprechender Beschluss des ABAS bekannt gegeben werden.

Von besonderer politischer Brisanz ist die Diskussion über eine mögliche Influenzapandemie. Hiervon wären auch Beschäftigte im Gesundheits- und Rettungsdienst betroffen. Hier greifen Fragen des allgemeinen Infektionsschutzes und des Arbeitsschutzes ineinander. Dabei sind die Schutzziele der beiden Bereiche nicht unbedingt deckungsgleich. Während der Infektionsschutz im Pandemiefall nicht nur die Verhinderung der Ausbreitung und die Bekämpfung der Erkrankung sondern auch die

Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung erreichen muss, hat der Arbeitsschutz lediglich den erhöht gefährdeten Beschäftigten zu schützen. Besonders problematisch ist dies in Bezug auf Impfungen und die Prophylaxe mit antiviralen Medikamenten zu sehen, da diese nach derzeitigem Stand der Wissenschaft nicht sofort bzw. nicht in ausreichender Menge zur Verfügung stehen würden. Der Arbeitsschutz wird hier also hinter den höherrangigen Zielen der Pandemiebekämpfung zurückstehen müssen.

Gefahrstoffverordnung 2005

Eine Novellierung der Gefahrstoffverordnung wurde erforderlich, weil mehrere EG-Arbeitsschutzrichtlinien in deutsches Recht umzusetzen waren. Hier sind die Richtlinien 98/24/EG zum Schutz von Gesundheit und Sicherheit der Arbeitnehmer vor der Gefährdung durch chemische Arbeitsstoffe bei der Arbeit, 1999/38/EG zur Erweiterung der Richtlinie 90/394/EWG über den Schutz der Arbeitnehmer gegen Gefährdungen durch Karzinogene auf Mutagene (zusammengefasst in: Richtlinie 2004/37/EG) und 2003/18/EG zur Änderung der Richtlinie 83/477/EWG über den Schutz der Arbeitnehmer gegen Gefährdung durch Asbest am Arbeitsplatz zu nennen. Ferner mussten die Voraussetzungen für die Ratifizierung von zwei Übereinkommen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) geschaffen werden.

In der EG-Richtlinie 98/24/EG sind die grundlegenden Bestimmungen zum Schutz der Beschäftigten bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen festgelegt. Ihr zentrales Element ist eine umfassende Gefährdungsbeurteilung, die der Arbeitgeber vor Aufnahme von Tätigkeiten durchführen muss.

Auf Grund der Umsetzung der Richtlinie 98/24/EG durch die Gefahrstoffverordnung 2005, enthält diese als zentrales Element ebenfalls die Gefährdungsbeurteilung. Das Konzept der Gefährdungsbeurteilung verzichtet auf detailliert ausformulierte Regelungen für den Einzelfall und überträgt ein hohes Maß an Verantwortung auf den Arbeitgeber, der die unter den speziellen Bedingungen seines Betriebs auftretenden Gefährdungen der Beschäftigten bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen zu analysieren hat und darauf aufbauend angemessene Schutzmaßnahmen ergreifen muss. Die Entscheidungen trifft somit jeder einzelne Arbeitgeber für seinen Betrieb, wobei er sich jedoch an den Bestimmungen der Verordnung orientieren muss. Die Verordnung ist insofern als rechtsverbindliche Rahmenvorschrift aufzufassen.

Die eingangs genannten Arbeitsschutzrichtlinien basieren auf Artikel 137 des EG-Vertrags und enthalten daher Mindestvorschriften. Dies eröffnet den EG-Mitgliedstaaten der EG die Möglichkeit national strengere Vorschriften festzulegen. Bei der Erarbeitung des Verordnungsentwurfs der Gefahrstoffverordnung 2005 kamen alle Beteiligten zu der Auffassung, dass die Bestimmungen der EG-Richtlinien – soweit sinnvoll und geeignet – unverändert in deutsches Recht übernommen werden sollten. Dadurch spiegelt die Gefahrstoffverordnung 2005 inhaltlich recht weitgehend die zu Grunde liegenden Richtlinien wider.

Bezüglich der Regelungen der Gefahrstoffverordnung 2005 besteht jedoch Präzisionsbedarf, was dem Ausschuss für Gefahrstoffe künftig eine wichtige Aufgabe im Hinblick auf die Erstellung eines geeigneten konkretisierenden Technischen Regelwerks zuweist. Technische Regeln sind nicht wie die Bestimmungen eines Gesetzes oder einer Verordnung so strikt bindend, jedoch besteht im Rahmen der Gefahrstoffverordnung die sogenannte „Vermutungswirkung“. Dies bedeutet, dass der Arbeitgeber, der sich an die Vorgaben einer Technischen Regel hält, davon ausgehen kann, den rechtlichen Vorgaben genüge getan zu haben. Es steht ihm jedoch frei, andere Maßnahmen als in der Technischen Regel vorgesehen zu treffen, sofern mit diesen Maßnahmen die gleiche Sicherheit erreicht wird.

Ebenfalls im Konsens wurden einige wenige nur national gültige Vorschriften der alten Gefahrstoffverordnung wie zum Beispiel die schriftliche Betriebsanweisung und die regelmäßige mündliche Unterweisung in die Gefahrstoffverordnung 2005 übernommen, da diese sich für die praktische Sicherheit im Betrieb als besonders geeignet erwiesen haben.

Besonders hinzuweisen ist auf folgende Neuerungen in der Gefahrstoffverordnung 2005:

- Zuordnung wichtiger Arbeitsschutzmaßnahmen zu Schutzstufen entsprechend der Gefahrenkennzeichnung
- Umgestaltung des Systems der arbeitsmedizinischen Vorsorge
- konkretisierende Regelungen zu § 8 Arbeitsschutzgesetz über die Zusammenarbeit verschiedener Firmen
- Schutzvorschriften zu Tätigkeiten mit Exposition gegenüber einatembaren Stäuben und
- Nichtanwendung der für krebserzeugende, erbgutverändernde und fruchtbarkeitsgefährdende Gefahrstoffe festgelegten speziellen Regelungen, wenn der Arbeitsplatzgrenzwert (AGW) oder ein verfahrens- und stoffspezifisches Kriterium (VSK) eingehalten wird.

Im Hinblick auf die vorstehend genannten Punkte entspricht das EG-Recht nicht mehr den neueren Entwicklungen und Erkenntnissen im Arbeitsschutz, was die vom Ausschuss für Gefahrstoffe vorgeschlagene Einführung modernerer nationaler Konzepte rechtfertigt.

Gentechnik

Zur Umsetzung der Richtlinie 98/81 (Änderungsrichtlinie zur RL des Rates vom 23. April 1990 über die Anwendung genetisch veränderter Mikroorganismen in geschlossenen Systemen, „Systemrichtlinie“) erfolgte im Jahre 2002 eine umfassende Änderung des Gentechnikrechts mit dem „Zweiten Gesetz zur Änderung des Gentechnikgesetzes“. Die in den Folgejahren durchgeführten Änderungen des Gentechnikrechts dienen im wesentlichen der Umsetzung der Richtlinie 2001/18/EG mit den Regelungen zur Freisetzung und zum Inverkehrbringen.

Das Gentechnikrecht, insbesondere die Gentechnik-Sicherheitsverordnung, enthält die einschlägigen Arbeitsschutzregelungen unter Berücksichtigung der Abgrenzungsklausel der Biostoffverordnung. Es ist jedoch weitestgehend gelungen, einen Abgleich mit den Vorschriften der Biostoffverordnung und den entsprechenden technischen Regeln zu erreichen.

Bei allen gentechnischen Vorhaben besteht die Verpflichtung, alle mit der Durchführung des Vorhabens verbundenen Risiken vorab umfassend zu bewerten (Risikobewertung) sowie die Risikobewertung und die Sicherheitsstufenzuordnung in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Nach dem Stand von Wissenschaft und Technik sind die notwendigen Vorkehrungen zu treffen, um Menschen, Umwelt und Sachgüter vor Gefahren zu schützen und dem Entstehen solcher Gefahren vorzubeugen. Die konkreten Sicherheitsmaßnahmen hierzu sind in der Gentechnik-Sicherheitsverordnung festgelegt.

Gentechnische Anlagen und gentechnische Arbeiten sind – im Gegensatz zu Tätigkeiten mit natürlichen Organismen, die nach der Biostoffverordnung nur anzuzeigen sind – genehmigungs- (Sicherheitsstufe 3 und 4) bzw. anmeldepflichtig (Sicherheitsstufe 1 und 2). Die im Genehmigungs-/Anmeldeverfahren einzureichenden Unterlagen umfassen auch eine Beschreibung der für die Sicherheit und den Arbeitsschutz bedeutsamen Einrichtungen und Vorkehrungen sowie die zum Schutz der Beschäftigten erforderlichen Maßnahmen einschließlich Angaben zur arbeitsmedizinischen Vorsorge.

Eine Vereinheitlichung der Regelungen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge bei Gefahrstoff und Biostoff bezogenen Gefährdungen erfolgte mit der „Verordnung zur Anpassung der Gefahrstoffverordnung an die EG-Richtlinie 98/24/EG und andere EG-Richtlinien“, die am 01. Januar 2005 in Kraft trat. Mit der Anpassungsverordnung wurde durch Artikel 13 zusätzlich auch die Gentechnik-Sicherheitsverordnung geändert. Danach enthält Anhang VI „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ der Gentechnik-Sicherheitsverordnung keine eigenständigen Regelungen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge mehr, sondern einen Verweis auf die einschlägigen Paragraphen der Biostoffverordnung. Maßnahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge orientieren sich an der Gefährlichkeit der natürlichen Mikroorganismen, somit gelten für Tätigkeiten mit gentechnisch veränderten Mikroorganismen die gleichen Regelungen wie für Tätigkeiten mit den natürlichen Mikroorganismen. Auch die TRBA 310 „Arbeitsmedizinische Vorsorge nach Anhang VI GenTSV“ enthält nur Aussagen zu natürlichen Organismen, so dass zukünftig beabsichtigt ist, die TRBA 310 in eine gemeinsame Technische Regel „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ zu integrieren.

Verzeichnis der Arbeitsschutzvorschriften des Bundes

Ein Verzeichnis der Arbeitsschutzvorschriften des Bundes (Stand 15. November 2006) ist am Ende des Berichtes als Anhang 1 beigelegt.

2. Recht der Unfallversicherungsträger

Deregulierung des Vorschriftenwerkes der Unfallversicherungsträger

Gewerbliche Berufsgenossenschaften

Nach den gemeinsam von Vertretern des Bundes, der Länder, der UV-Träger, der Sozialpartner, der Industrie und des Handwerks verabschiedeten „Leitlinien zur künftigen Gestaltung des Vorschriften- und Regelwerks im Arbeitsschutz“ (Bundesarbeitsblatt 2003-06) werden Unfallverhütungsvorschriften (UVV) nur noch in den Bereichen erlassen, in denen es einer Ergänzung oder Konkretisierung staatlicher Arbeitsschutzvorschriften bedarf. In den Bereichen, in denen sowohl staatliches Arbeitsschutzrecht als auch Satzungsrecht gelten, muss eine sinnvolle Verknüpfung zwischen beiden Rechtsbereichen sicher gestellt sein, die für den Anwender durchschaubar und verständlich ist.

Vor diesem Hintergrund setzen die gewerblichen Berufsgenossenschaften überflüssig gewordene Vorschriften in ihrem Zuständigkeitsbereich schnellstmöglich außer Kraft. Mit der Verringerung von ehemals 127 auf jetzt noch 58 Unfallverhütungsvorschriften in allen Branchen haben die Berufsgenossenschaften ein vorzeigbares Zwischenziel erreicht und damit ihre Zusage einer mit Nachdruck verfolgten Verschlinkung ihres Vorschriftenwerkes nachweislich eingelöst. Die erhaltenen Prüf- und Betriebsbestimmungen der zurückgezogenen Unfallverhütungsvorschriften wurden unterhalb der Rechtsverbindlichkeitsebene in die BG-Regel „Betreiben von Arbeitsmitteln“ (BGR 500) überführt, um als Erkenntnisquelle für die an sicherheitstechnisch bewährten Lösungen interessierten Betriebe wie auch als Input für ein in der Entwicklung befindliches staatliches Regelwerk zur Verfügung zu stehen.

Der Dreh- und Angelpunkt künftiger berufsgenossenschaftlicher Präventionsarbeit ist die seit dem 1. Januar 2004 in Kraft befindliche Unfallverhütungsvorschrift „Grundsätze der Prävention“ (BGV A1). Diese Grundlagenvorschrift gilt für alle Branchen und enthält die wesentlichen Bestimmungen über die Organisation des Arbeitsschutzes und über die im Betrieb zu treffenden Präventionsmaßnahmen. Die BGV A1 wird konkretisiert durch die BG-Regel „Grundsätze der Prävention“ (BGR A1) vom 01. Oktober 2005.

Als eine weitere Basisvorschrift ist die Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A2) zu nennen. Mit dieser Vorschrift haben die Berufsgenossenschaften ab dem Jahr 2005 ein neues, abgestimmtes Konzept zur betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung kleiner und kleinster Betriebe nach dem Arbeitssicherheitsgesetz eingeführt. Es räumt den Unternehmen weitgehend eine Wahlmöglichkeit zwischen der Regelbetreuung nach festen Einsatzzeiten und einer alternativen Betreuung mit einer stärkeren Akzentuierung des eigenverantwortlichen Handelns ein.

Der Prozess der Neugestaltung des berufsgenossenschaftlichen Vorschriftenwerkes ist noch nicht abge-

schlossen, denn die Berufsgenossenschaften streben langfristig weniger als zehn Basisvorschriften an. Diese sollen ausreichen, um den Unternehmen Vorgaben für ihre Präventionsarbeit und damit für die Wahrnehmung ihrer Verantwortung für Sicherheit und Gesundheitsschutz ihrer Beschäftigten zu geben.

Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand

Vor dem Hintergrund der politischen Vorgaben zur Deregulierung im Arbeitsschutz haben die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand einen umfassenden Rechtsbereinigungsprozess ihres Vorschriftenwerkes eingeleitet. Kern des neuen Vorschriftenwerkes ist die neue Grundlagenvorschrift „Grundsätze der Prävention“ (GUV-V A1), die von den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand in Kraft gesetzt wurde. Sie entspricht im Wesentlichen der Fassung der Berufsgenossenschaften, berücksichtigt aber auch Besonderheiten im Hinblick auf die Freiwilligen Feuerwehren sowie die Schülerunfallversicherung. Durch die in der Unfallverhütungsvorschrift vorgenommene Verzahnung mit den staatlichen Arbeitsschutzvorschriften zum betrieblichen Arbeitsschutz werden Doppelregelungen abgebaut und durch den Verzicht auf Detailregelungen bei gleichzeitiger Formulierung von Schutzzielein ein hohes Maß an betrieblicher Flexibilität gewährleistet – ein wesentlicher Beitrag zur unternehmerischen Eigenverantwortung. Gleichzeitig werden mit der neuen Unfallverhütungsvorschrift eine Vielzahl anderer Unfallverhütungsvorschriften außer Kraft gesetzt. Hinzu kommt die vom Bundesverband der Unfallkassen empfohlene Außerkraftsetzung weiterer Unfallverhütungsvorschriften, so dass mehr als 1/3 aller der von den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand erlassenen Unfallverhütungsvorschriften entfallen.

Angesichts neuer staatlicher Arbeitsschutzvorschriften und der Ausarbeitung technischer Regeln durch staatliche Ausschüsse wird der Deregulierungsprozess weiter vorangetrieben. Zu diesem Zweck wurde Ende 2005 ein Abgleich der unter Federführung des Bundesverbandes der Unfallkassen (BUK) ausgearbeiteten Unfallverhütungsvorschriften mit den staatlichen Arbeitsschutzvorschriften eingeleitet, durch den solche Regelungen in Unfallverhütungsvorschriften identifiziert werden, die bereits durch staatliches Recht abgedeckt sind. Hierdurch wird es möglich sein, den Bestand an Unfallverhütungsvorschriften auf das absolut notwendige Maß zu reduzieren, ohne das Schutzniveau für die Versicherten zu reduzieren.

Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften

Bereits Ende der 90er Jahre haben die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften ihr Vorschriftenwerk mit insgesamt 31 Einzel-UVV auf die Richtlinien aus der Gemeinschaft hinsichtlich der Betriebs-, Bau- und Ausrüstungsvorschrift abgestimmt. Im Jahr 2000 trat das neue Regelwerk mit 22 Einzel-Richtlinien für Sicherheit und Gesundheitsschutz in Kraft.

E. Maßnahmen zur weiteren Gestaltung von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit

In diesem Kapitel geht es um die Darstellung der aktuellen und der zukünftigen Entwicklung im Bezug auf Maßnahmen zur Gestaltung von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Es werden zu diesem Zweck Projekte, Initiativen und ähnliches dargestellt. Zunächst wird die 2001 ins Leben gerufene Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) mit ihren Aufgaben und Schwerpunkten unter besonderer Berücksichtigung ihrer Thematischen Initiativkreise ausführlich beschrieben (Abschnitt 1). Anschließend wird das Modellprogramm zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen vorgestellt, wobei drei sehr unterschiedliche Teilprojekte intensiver beleuchtet werden (vgl. Abschnitt 2). Im dritten Abschnitt werden das Betriebliche Gesundheitsmanagement im Allgemeinen und die Strukturen der Betrieblichen Gesundheitsförderungen in Deutschland im Besonderen präsentiert. Aufgrund des in Kapitel C erwähnten wachsenden Interesses an dem Zusammenhang zwischen Ökonomie und Arbeitsschutz, werden im Abschnitt 4 Instrumente zur Bewertung von präventiven Maßnahmen vorgestellt. Nach wie vor hat aber auch der technische Arbeitsschutz einen hohen Stellenwert. Da im Mai 2004 das GSG (Gerätesicherheitsgesetz) durch das GPSG (Geräte- und Produktsicherheitsgesetz) ersetzt wurde, wird hier dargelegt, welche Zuständigkeiten in diesem Gesetz wie geregelt sind und was daraus für Kennzeichnungspflichten etc. folgen (s. Abschnitt 5). Arbeits- und Gesundheitsschutz sollte in der Berufsausbildung und den ersten Arbeitsjahren bereits als fester Bestandteil der Arbeit angesehen werden. Aus diesem Grund befasst sich ein Abschnitt nur mit dieser Zielgruppe (s. Abschnitt 6). Im Jahr 2002 trat das Biozid-Gesetz in Kraft, das zu einigen Neuregelungen im Bereich des Chemikaliengesetzes führte (vgl. Abschnitt 7). In einem zweiten Aufsatz wird das „Einfache Maßnahmenkonzept Gefahrstoffe“ vorgestellt – eine von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin entwickelte Handlungshilfe, die insbesondere Klein- und Mittelbetrieben den Umgang mit Gefahrstoffen erleichtern soll.

1. Initiative “Neue Qualität der Arbeit” – INQA

I. Vorbemerkung

Vor dem Hintergrund der im Jahr 2000 vom EU-Ministerrat verabschiedeten und kürzlich neu ausgerichteten **Lissabon-Strategie** ist ein europäisches Benchmarking nationaler Konzepte auf dem Weg zu „mehr und besseren Arbeitsplätzen“ entstanden.

Als deutscher Beitrag zu diesen europaweiten Aktivitäten rief der damalige Bundesarbeitsminister Walter Riester 2001 die Initiative Neue Qualität der Arbeit ins Leben.

II. Wer und was ist INQA?

Grundlage der Initiative ist der Konsens, dass qualitativ gute Arbeitsbedingungen und gesunde, qualifizierte und motivierte Beschäftigte für die Innovationsfähigkeit und

Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen unabdingbar sind. Wertschöpfung durch Wertschätzung ist für viele Unternehmen zum wirtschaftlichen Erfolgsfaktor geworden.

Ziel der Initiative ist es, erstmalig umfassend die verschiedenen Aspekte der Qualität der Arbeit einzubeziehen und miteinander zu verbinden. INQA setzt sich für den Erhalt und die Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit ebenso ein, wie für die Verbesserung der Qualität von Produkten und Serviceleistungen mit dem Ziel, die Wettbewerbsfähigkeit und den wirtschaftlichen Erfolg der Unternehmen in Deutschland zu stärken. Dies ist nur dann zu erreichen, wenn es gelingt, vorhandene Ressourcen sowohl aus dem traditionellen Arbeitsschutz als auch aus anderen gesellschaftlichen Bereichen zu bündeln, neue Kooperationen zu ermöglichen und zu entwickeln sowie für Investitionen in gute Arbeitsbedingungen zu werben.

INQA als Bündnis

INQA realisiert unter dem Motto „**Gemeinsam handeln – jeder in seiner Verantwortung**“ ein Bündnis aus Bund, Ländern, Sozialpartnern, Sozialversicherungsträgern, Unternehmen und Stiftungen. Die Initiative versteht sich als Plattform für Entwicklung, Austausch und Transfer des Wissens, das Unternehmen brauchen, um ihren aktuellen Herausforderungen in der Arbeitsgestaltung besser begegnen zu können.

Die Initiatoren

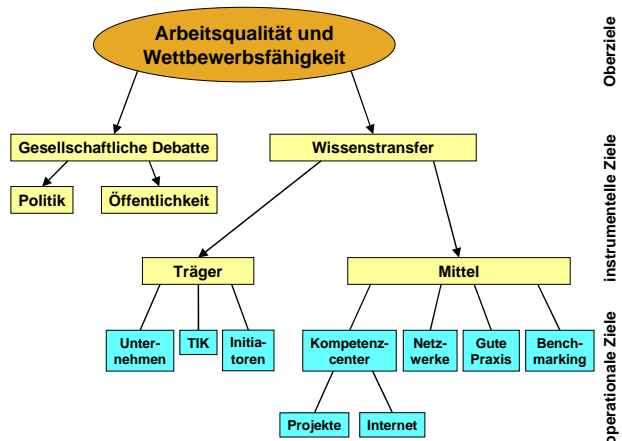
Die Initiative wird durch den **Initiatorenkreis** getragen, zu dem neben dem BMAS u. a. folgende Akteure gehören: BMBF, BMG, BMFSFJ, BDA, BDI, DGB, HVBG, BUK, Bertelsmann-Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung.

Der Initiatorenkreis befindet über die Strategie (z. B. thematische Ausrichtung, öffentliche Darstellung, etc.), die Arbeitsplanung und Grundsatzfragen. Durch Aktivitäten der Initiatoren soll die Breitenwirksamkeit von INQA gefördert werden.

Die Geschäftsführung und Steuerung des operativen Geschäftes, der Thematischen Initiativkreise und der Öffentlichkeitsarbeit von INQA erfolgt durch die **INQA-**

Abbildung E1

Zielebenen von INQA



Geschäftsstelle und weitere Ressourcen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).

Die Thematischen Initiativkreise

Eine zentrale Rolle innerhalb der Initiative haben die Thematischen Initiativkreise (TIK). In diesen arbeiten Promotoren aus dem Kreis der Initiatoren, Experten aus Institutionen und Unternehmen gemeinsam daran, Praxiswissen zusammenzutragen, Netzwerke aufzubauen und Projektaktivitäten im Sinne von bedarfsgerechten Transferlösungen zu steuern. Diese Form der Selbststeuerung und partizipativen Mitarbeit hat sich bewährt, weil von der Arbeit dieser Initiativkreise die Praxis in den Unternehmen in breiter Front profitiert.

a) Schwerpunktaktivitäten:

- **Initiativkreis „30-40-50 plus, Älterwerden in Beschäftigung“**, Gründung im November 2003
Der TIK Demographie beschäftigt sich mit einer Vielzahl an Fragen rund um den demographischen Wandel in der Arbeitswelt und setzt sich insbesondere für eine realistische Wahrnehmung der Fähigkeiten, Interessen und Kompetenzen Älterer sowie eine langfristige Sicherung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit ein.
- **Initiativkreis „Neue Qualität der Büroarbeit“**, Gründung im Oktober 2002
INQA-Büro versteht sich als aktivierende Plattform für die langfristig angelegte Kooperation aller an der Gestaltung der Büroarbeit Interessierten. Die im Initiativkreis begonnene erfolgreiche Kooperation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes mit den kommerziellen Trägern und den Disziplinen der Bürofachwelt ist beispielhaft.
- **Initiativkreis „Lebenslanges Lernen“**, Gründung im Juni 2002
Der TIK INQA-Lernen will dazu beitragen, Problemstellungen und Lösungsansätze zu Fragen der Sicherheit und Gesundheit in der Arbeits- und Lebenswelt in das Lebenslange Lernen zu integrieren, um eine lernförderliche Arbeitsgestaltung und gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen mittel- und langfristig zu erreichen.
- **Initiativkreis „Neue Qualität des Bauens“**, Gründung im Mai 2004
Der TIK INQA-Bauen ist ein Netzwerk von Fachleuten, die an der Verbreitung ihrer Erkenntnisse, Erfahrungen und Aktivitäten zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Bauwirtschaft interessiert sind und die deutsche Bauwirtschaft in den Themenfeldern Bauqualität und Unternehmenskultur unterstützt.
- **Initiativkreis „Gesund Pflegen“**, Gründung im Juni 2004
Der TIK Pflege verfolgt das Ziel, durch gemeinsame Anstrengungen der Akteure zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten in der Pflege beizutragen und eine verbesserte Pflegequalität zu fördern.

b) Weitere Aktivitäten:

- **Initiativkreis „Traumatische Ereignisse“**, Gründung im Dezember 2003
Kooperationspartner aus unterschiedlichen Bereichen haben sich im TIK Trauma-Prävention zusammengefunden, um insbesondere die intersektorale Zusammenarbeit (Präventiv-, Akut- und Nachsorgemaßnahmen) im Zusammenhang mit traumatischen Ereignissen zu fördern.
- **Initiativkreis „Anwendungssicherheit bei chemischen Produkten“**, Gründung im März 2004
Ziel des TIK INQA-Chemie ist es, die Anwendungssicherheit bei chemischen Produkten zu verbessern und Synergieeffekte durch gemeinsames Handeln aller beteiligten Akteure zu erreichen.
- **Initiativkreis „Körper, Geist, Arbeit – ein ganzheitlicher Ansatz zur Vermeidung psychischer und physischer Fehlbelastungen“**, Gründung im April 2004
Die Aktivitäten im TIK KGA-Ganzheitliche Prävention zielen darauf ab, ganzheitliche Präventionsansätze zu fördern und bekannt zu machen und sich für gesunde, menschengerechte Arbeitsbedingungen einzusetzen – insbesondere dort, wo physische und psychische Arbeitsbelastungen kombiniert auftreten.
- **Initiativkreis „Gestaltung von Arbeitssystemen (Produktion)“**, Gründung im Februar 2005
Der TIK INQA Produktion möchte ein Forum werden für die langfristige Kooperation von produzierenden Unternehmen aus Industrie und Handwerk sowie von allen an der Planung und Gestaltung von Arbeitssystemen in der Produktion Beteiligten und Interessierten.
- **Initiativkreis „Gesunde Lunge“**, Gründung im Juni 2005
Der TIK Gesunde Lunge soll Möglichkeiten, Wege und Nutzen integrierten Vorgehens bei der Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen am Beispiel der chronischen obstruktiven Lungenkrankheiten demonstrieren.
- **Initiativkreis „Fit für den Wettbewerb – neue Wege für den Mittelstand (KMU)“**, Gründung im Dezember 2005
Im TIK Mittelstand soll für die Zielgruppe KMU unter anderem das vorhandene Know-how im Bereich von Sicherheit, Gesundheit und Wettbewerbsfähigkeit bei der Arbeit zusammengeführt und effizient verbreitet, ein Diskussionsforum eingerichtet und neue Lösungsmodelle vorgestellt werden.

III. Was wurde bisher erreicht?

Befragungen von Unternehmensvertretern im Rahmen großer Veranstaltungen (Zukunftsforum, Personalforum, Bürokongress) führten immer wieder zu folgenden typischen Antworten:

Von INQA wird erwartet:

- „... Fragen zu einer gesunden Arbeitswelt kompetent und unabhängig beantwortet zu bekommen.“

- „... Anlässe zu organisieren, bei denen man sich informieren, aber auch treffen und einmal ohne Rücksicht auf Konkurrenzbeziehungen Erfahrungen austauschen kann.“
- „... gute Praxisbeispiele; sowohl von anderen, als auch die Möglichkeit zur Einstellung meines eigenen Unternehmensbeispiels.“
- „... Hilfen bei der Bestimmung meines eigenen Standorts und Angebote für ein Benchmarking, um von den Besten lernen zu können.“

Der von der Initiative angestrebte Wissenstransfer für eine gesunde Arbeitswelt stieß in den zurückliegenden fünf Jahren einen gemeinsamen Lernprozess an, der zur Herausbildung von praktischen Umsetzungsinstrumenten führte, die genau diese Anforderungen abdecken. Ihre Logik und Folgerichtigkeit sind selbst für die INQA-Akteure erst im Nachhinein wahrnehmbar geworden.

Die Instrumente des Wissenstransfers sind mithin: die Etablierung von INQA als Kompetenzzentrum durch Projekte und Internetportal, die diversen Angebote zur Vernetzung (z. B. durch die Thematischen Initiativkreise), die Installation und Pflege einer Gute Praxis Datenbank (über 100 qualitätsgesicherte Einträge) sowie die Beteiligung an Wettbewerben (Deutschlands Beste Arbeitgeber) und die Organisation von Benchmarkingprozessen (Demographiepanel).

Projekte und Aktivitäten

Seit 2002 wurden mehr als 40 Projekte zur Förderung einer Neuen Qualität der Arbeit unterstützt.

An der Mehrheit dieser Projekte beteiligten sich die Projektnehmer und Partner auch durch finanzielle Ressourcen.

Einige Beispiele:

- INQA fördert auf Kooperationsmodellen basierende **Transferlösungen** und **regionale Netzwerke** in den Bereichen:
 - a) **Demografie** (Kompetenz für den demografischen Wandel)
 - b) **Lebenslanges Lernen** (Kompetenzzentrum KMU)
 - c) **Bauwirtschaft** (Transferprojekt Präsenz in der Region)
 - d) **psychische Fehlbelastungen** (Stress in Unternehmensberatungen)
 - e) **Pflege** (regionale Netzwerke in der Pflege)
 - f) **Büroarbeit** (Praxisprodukte INQA-Büro)
- In Zusammenarbeit mit einer Expertenkommission der Bertelsmann-Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung zum Thema demografischer Wandel wird das Projekt „**regionale Vernetzung im Zeichen des demografischen Wandels**“ gefördert. Neben dem Ziel dauerhafter Vernetzung steht die Entwicklung spezifischer Tools zur Unterstützung von KMU bei der Lösung spezifischer Probleme im Zusammen-

hang mit dem demografischen Wandel im Vordergrund.

- Wie können Unternehmen sich optimal auf ältere Belegschaften einstellen und kreativ und wettbewerbsfähig bleiben? Wie machen andere das und wo steht mein Unternehmen im Vergleich? Welche neuen Anforderungen stellt die kaufkräftige Zielgruppe der älteren Kunden an Produkte und Dienstleistungen? Zur Beantwortung dieser und weiterer Fragen können sich Unternehmen künftig austauschen und von der Erfahrung anderer Teilnehmer sowie von Experten profitieren. Im März 2006 wurde unter dem Dach von INQA das erste **Demografie-Netzwerk Deutschlands (ddn)** gegründet. Mehr als 60 Unternehmen sind bereits Mitglied.
- Nach Erweiterung der Themenstellung der Initiative um arbeitsrechtliche Aspekte wurde mit der Realisierung des Projektes „Herausforderung der nationalen Mitbestimmung im europäischen Kontext – Benchmarking europäischer Unternehmenskulturen“ (Akademie der Arbeit, Frankfurt) begonnen.
- INQA begleitete eine umfassende repräsentative Umfrage bei Erwerbstätigen in Deutschland – die **Umfrage „Was ist Gute Arbeit“**. Ziel des Projektes ist es, Ansatzpunkte für ein neues Leitbild „Guter Arbeit“ zu entwickeln. Aufgrund des Umfangs und der Vielfalt der erhobenen Daten bietet sich nach Abschluss des Projektes die Möglichkeit, Sonderauswertungen zu spezifischen Themen anzubieten.
- INQA ist Partner des Great Place to Work® **Wettbewerb „Deutschlands beste Arbeitgeber“**. Dieser Wettbewerb ist Teil des internationalen Wettbewerbs, an dem weltweit 26 Länder (davon 15 europäische Länder) teilnehmen. In Deutschland werden jedes Jahr die TOP-50 Arbeitgeber ausgezeichnet, die verstanden haben, wie wichtig die „Ressource Mensch“ für den Unternehmenserfolg und die Arbeitsplatzqualität für die Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit ist. Die Bewertung der Unternehmen erfolgt durch eine Mitarbeiter- und Management-Befragung, jedoch mit eindeutigem Gewicht auf der Meinung der Mitarbeiter.

Transfer- und Medienarbeit

Zum wachsenden Bekanntheitsgrad von INQA tragen nicht zuletzt der **Newsletter**, eine Vielzahl von **Pressemitteilungen** und journalistisch aufbereiteten Hintergrundinformationen und Informationen zu **Veranstaltungen** bei.

Die Zahl der Veranstaltungen, die INQA initiiert und an denen INQA sich beteiligt, ist stetig gewachsen. Waren es 2002 noch 37 Veranstaltungen, so waren es 2005 bereits mehr als 60.

Von Faltblättern über Plakate, Sammelmappen und Broschüren realisierte INQA im Jahr 2005 bei der Herausgabe von **Printmedien** eine Auflage von rund 160.000 Exemplaren.

Die Anzahl der Besucher auf der INQA-Website www.inqa.de ist seit 2002 stetig gewachsen und liegt jetzt durchschnittlich bei 100.000 Zugriffen pro Monat. Die Website konnte sich damit als Fachmedium weiter etablieren. Eine Vielzahl von Informationen zu den Themenbereichen und zu Veranstaltungen sind verfügbar. Publikationen und Handlungshilfen werden als downloads zur Verfügung gestellt.

Darüber hinaus stellt INQA mit der **Datenbank Guter Praxis** ein Instrument zur Verfügung, das den Dialog zwischen den Unternehmen und den unkomplizierten Erfahrungsaustausch fördert. Mehr als 130 konkrete betriebliche Beispiele und Handlungshilfen für die betriebliche Praxis sind derzeit beschrieben.

IV. Ausblick

Die Bundesregierung hat sich in ihrem Koalitionsvertrag zu INQA und zur Fortsetzung der Initiative bekannt. Dabei kommt INQA bei der Unterstützung der politischen Aktivitäten zur Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels in der Arbeitswelt eine besondere Bedeutung zu. INQA setzt sich ein für die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit älterer Mitarbeiter sowie für die Unterstützung der Betriebe bei der Nutzung und Ausweitung der Beschäftigungsmöglichkeiten für Ältere.

Die bisherigen Ergebnisse im Rahmen der Kampagne „30-40-50 plus“ und die bereits erreichte Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit sind eine solide Ausgangsbasis, um den thematischen Schwerpunkt Demografie 2007 weiter auszubauen und zu unterstützen. Das 2006 ins Leben gerufene Demografie-Netzwerk ddn wird auch 2007 ein wichtiger Partner der Initiative sein. Die Entwicklung des zentralen Benchmarking-Instruments Demografie-Panel soll weiter vorangetrieben werden.

Die inhaltliche Fortentwicklung der Kampagne wird insbesondere durch die Fortschreibung und Verbreitung des Demografie-Memorandums sowie durch regelmäßige Fachveranstaltungen (Know-How-Kongress) flankiert. Die Verstetigung erfolgreicher Demografie-Projekte wie DemoKomp wird fortgesetzt, z. B. durch Demografie-Beratung von Unternehmen in Verbindung mit der Erarbeitung perspektivischer demografischer Daten und Entwicklungstrends für Regionen.

Die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von vor allem älteren Menschen steht im engen Zusammenhang mit lebensbegleitendem Lernen und der Flexibilisierung von Kompetenzen.

Das sich im Aufbau befindende Kompetenznetzwerk „Arbeitsqualität und Mitarbeiterengagement“ in Niedersachsen hat sich zum Ziel gesetzt, mittelfristig KMU mit 100-500 Beschäftigten Handlungskompetenzen zu vermitteln, die sie befähigen Gesundheit, Mitarbeiterengagement und damit die Qualität der Arbeitsbedingungen zu steigern. Dieses Netzwerk arbeitet derzeit mit 18 Unternehmen und soll 2007 und darüber hinaus zu einem norddeutschen Kompetenznetzwerk ausgebaut werden.

Damit können eine größere Breitenwirkung erzielt und Synergieeffekte ökonomisch genutzt werden. Dies ist gerade für ältere Beschäftigte in KMU von großer Bedeutung.

Neben dem Schwerpunkt Demografie sollen im Rahmen von INQA 2007 insbesondere die Aktivitäten im Hinblick auf die Förderung einer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur weiter ausgebaut werden. In 2007 werden die Ergebnisse eines Forschungsprojektes „Unternehmenskultur, Qualität der Arbeitsbedingungen und Mitarbeiterengagement in den Unternehmen in Deutschland“ vorliegen, das den Zusammenhang zwischen Qualität der Arbeitsbedingungen, Mitarbeitermotivation und Unternehmenserfolg in Deutschland darstellt und einen internationalen Vergleich ermöglicht. Darüber hinaus werden Interventionsmöglichkeiten und Gestaltungsanforderungen für die Betriebe im Rahmen dieses Vorhabens entwickelt.

Wesentliche inhaltliche Quelle der Initiative, aus der die mediale Außenwirkung von INQA gespeist wird, sind die Thematischen Initiativkreise. Die Verbreitung von Produkten, Transferwegen und Netzwerken sowie die Entstehung neuer Organisationsformen aus den Thematischen Initiativkreisen heraus werden unterstützt. Dabei konzentriert sich die mediale Unterstützung neben dem Thema Demografie insbesondere auf die Themenbereiche Gesunde Pflege, Lebenslanges Lernen und Bauwirtschaft.

Der Anteil Selbstständiger an der deutschen Erwerbsbevölkerung ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen und liegt bereits bei über zehn Prozent. Das zeigt: Selbstständige sind für die wirtschaftliche Entwicklung und den Arbeitsmarkt von zunehmender Bedeutung. INQA wird diese Tendenz aufnehmen und sich perspektivisch zunehmend mit dieser Thematik auseinandersetzen.

Auch für 2007 verfolgt INQA das Ziel, zur Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten vorhandenes Gestaltungswissen in die Betriebe zu transportieren, dort Veränderungsprozesse anzustoßen und Ergebnisse breit zu streuen. Dazu werden weiterhin Beispiele „Guter Praxis“ aus den Unternehmen für andere Unternehmen verbreitet. Eine 2006 begonnene „INQA-Premium-Buchreihe“ soll 2007 und 2008 ausgebaut und erweitert werden.

INQA wird sich auch 2007 an einer Reihe von Veranstaltungen und Fachkongressen – z. T. federführend – beteiligen. Erweiterungen ergeben sich durch zunehmende Präsenz im Rahmen europäischer Veranstaltungen sowie Aktivitäten im Rahmen der EU-Ratspräsidentschaft 2007.

Geplant ist die Ausweitung der Kooperation von Unternehmen und Parlamentariern z. B. im Rahmen des Wettbewerbs „Deutschlands Beste Arbeitgeber/Great place to work“. Die 2006 begonnene Ausweitung des Wettbewerbs auf Branchen wie Pflege und Bauwirtschaft wird 2007 und 2008 fortgesetzt.

Der Ausbau der „INQA Plattform“ zur gesellschaftlichen und politischen Verankerung der Initiative steht ebenfalls auf der Agenda. Durch diese Unterstützung sollten sich Unternehmen und Politik gemeinsam verstärkt mit brennenden Fragen der Gegenwart und Zukunft auseinandersetzen können. In diesen Prozess und Kreislauf des Informationsflusses sind neben Politik und Unternehmen auch Wissenschaftler und Präventionsdienstleister miteinbezogen, die dadurch die Möglichkeit haben, sehr rasch auf Erfordernisse für eine Verbesserung der Qualität der Arbeit in Unternehmen reagieren zu können.

2. Modellprogramm zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen

2.1 Inhalte und Ziele des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) initiierte mit der Bekanntmachung vom 14. Juni 1993 (Bundesanzeiger Jahrgang 45 Nr. 116 vom 26.06.1993) das „Modellprogramm zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen“. Dieses Förderprogramm des Bundes wird seitdem kontinuierlich mit wechselnden Förderschwerpunkten fortgeführt.

Gesundheitsstörungen, die durch Arbeitsbedingungen ganz oder teilweise verursacht sind bzw. in ihrem Verlauf ungünstig beeinflusst werden können, werden als „Arbeitsbedingte Erkrankungen“ bezeichnet. Berufskrankheiten sind ein Teil der arbeitsbedingten Erkrankungen. Seit Anfang der 90iger Jahre geht der moderne Arbeitsschutz, wie erstmals in der EG-Rahmenrichtlinie 89/391 gefordert, über die Aufgabe des klassischen Arbeitsschutzes der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten hinaus und widmet sich nunmehr der Verhütung aller arbeitsbedingten Erkrankungen. Richtungweisend ist das 1996 in Kraft getretene Arbeitsschutzgesetz, das die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung in der Bundesrepublik Deutschland auf alle Betriebe und Arbeitnehmer ausdehnte.

Das Modellprogramm sollte ab 1993 zunächst die Vorbereitung, später dann die praktische Umsetzung dieser erweiterten Aufgabenstellung unterstützen. Über die erste Phase des Modellprogramms liegt ein Evaluationsbericht¹ vor.

Mit der Bekanntmachung vom 20. November 1997 (Bundesanzeiger Jahrgang 49 Nr. 223 vom 28.11.1997) wurde das Modellprogramm zur Umsetzung des erweiterten Präventionsauftrages auf die Verbesserung der Zusammenarbeit von Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern ausgerichtet. Damit sollte erreicht werden, dass in Umsetzung des SGB V und SGB VII die Initiativen dieser beiden Institutionen noch besser im Sinne der Prävention koordiniert und Synergieeffekte besser genutzt werden können. Ein weiteres Anliegen

bestand in der Schaffung von Grundlagen, um die bei den Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern vorhandenen Daten zusammen zu führen und besser für die Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen nutzbar machen zu können. Mit dieser Zielstellung wurden ab 1997 die Modellvorhaben „Integrationsprogramm Arbeit und Gesundheit IPAG“, „Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren in der Bauwirtschaft – ArGO“ und „Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren im Entsorgungsbereich VerEa“ gefördert. Der Bericht steht als Download zur Verfügung² (s. a. Kapitel E 2.2).

Die aus dem sich zunehmend beschleunigenden Wandel in der Arbeitswelt und der Globalisierung resultierenden tiefgreifenden Veränderungen der Arbeitsbedingungen, Belastungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz stellen den Arbeitsschutz und die Arbeitsorganisation auch in der Bundesrepublik Deutschland vor neue Herausforderungen. Hohe Flexibilität der Arbeitsschutzvorschriften ist erforderlich. Zur Unterstützung bei der Umsetzung der veränderten Vorschriften unter Gewährleistung einer weiterhin vollen Wirksamkeit der Arbeitsschutzgesetzgebung leistet auch das Modellprogramm einen Beitrag. Die Grundlage dafür bildet die Bekanntmachung vom 21. Februar 2000 über das „Programm zur Förderung von Modellvorhaben zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen“ (Bundesanzeiger Jahrgang 52, Heft 42 vom 01.03.2000). Seitdem werden im Rahmen des Modellprogramms schwerpunktbezogene Initiativen gefördert, die modellhaft Konzepte entwickeln, erproben und Voraussetzungen für ihre nachhaltige Umsetzung schaffen, mit deren Hilfe in der betrieblichen Praxis insbesondere der Klein- und Mittelbetriebe systematisch arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren bekämpft und die Entstehung arbeitsbedingter Erkrankungen vermieden werden kann. Das Programm knüpft dazu an die aktuellen Ergebnisse der Arbeitsschutzforschung sowie an die Ergebnisse aus den Modellvorhaben selbst an und unterstützt den Wissens- und Technologietransfer in die Unternehmen. Modellvorhaben werden mit bis zu 70 % der Gesamtkosten aus Fördermitteln finanziell unterstützt.

Ein wesentliches Anliegen des Modellprogramms besteht darin, die bei der Durchführung der Modellvorhaben gewonnenen Erfahrungen in die breite Öffentlichkeit zu tragen und die angestoßenen Prozesse im Sinne der Nachhaltigkeit zu verstetigen. Dazu entwickeln alle Fördervorhaben neben diversen Druckerzeugnissen und Publikationen in der Fachpresse auch jeweils eine eigene Projektwebsite, die auch nach dem Auslaufen des Förderzeitraums bestehen bleibt und gepflegt und weiterentwickelt wird.

Insgesamt leistet das Modellprogramm einen Beitrag zur besseren Umsetzung des Arbeitsschutzes und zur Verbesserung von Sicherheit und Gesundheit der abhängig Beschäftigten. Langfristig werden damit krankheitsbedingte Ausfallzeiten reduziert, die Motivation der Beschäftigten verbessert, die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen po-

¹ Thomas Elkeles, Arno Georg: Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen. Evaluation eines Modellprogramms. Juventa Verlag Weinheim und München, 2002

² www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Service/Downloads/Handlungsleitfaden-Entsorgungsunternehmen.property=pdf.pdf

sitiv beeinflusst und die durch arbeitsbedingte Erkrankungen bedingten volkswirtschaftlichen Kosten insgesamt gesenkt.

Förderschwerpunkt 2000

Ziel dieses Schwerpunktes (Ausschreibung vom 21. Februar 2000, Bundesanzeiger Jahrgang 52 Nr. 42 vom 01.03.2000) war die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Call Centern. Die komplexen Anforderungen in diesem stark expandierenden Wirtschaftsbereich beinhalten für die Beschäftigten durch den hohen Anteil psychomentaler Belastungen neue gesundheitliche Risiken, aus denen neue Aufgabenstellungen auch für den Arbeitsschutz resultieren. Über den Zeitraum von insgesamt 2 Jahren wurden zwei bundesweit vernetzte Kooperationsprojekte gefördert („CCall – erfolgreich und gesund arbeiten im Call Center“ und „Ver-T-iCall – Öffentliche Beratungsdienste – vom Call-Center zur Service- und Informationsagentur“). Neben speziellen Produkten wurde für die betriebliche Praxis eine modulare Handlungshilfe für Call-Center der gewerblichen Wirtschaft und Service-Center der öffentlichen Verwaltung durch die BAuA publiziert. Die Ergebnisse der beiden Modellvorhaben sind auch nach dem Auslaufen der Förderung weiterhin im Internet verfügbar (www.ccall.de / www.ver-t-icall.de).

Förderschwerpunkt 2001

Im Ergebnis der Ausschreibung vom 25. April 2001 (Bundesanzeiger Jahrgang 53 Nr. 86 vom 09.05.2001) wurde das Verbundvorhaben „Existenzgründung – Gesund und sicher starten (GUSS)“ gefördert. Das Ziel dieses Modellvorhabens bestand in der Entwicklung von Konzepten, mit deren Hilfe das Thema Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit bereits in der Phase der Existenzgründung bei den Existenzgründern selbst verankert werden sollte, auch mit dem Blick auf ihre spätere Rolle als für den Arbeits- und Gesundheitsschutz verantwortliche Arbeitgeber. Die Schwerpunkte des Projektes lagen bei der Gruppe der Existenzgründer im Handwerk sowie im Hochschul- und Dienstleistungsbereich. Eine Broschüre mit Informationen für Berater von Existenzgründern ist bei der BAuA momentan im Druck. Die Projektwebsite (www.guss-net.de) steht weiterhin zur Verfügung.

Förderschwerpunkt 2003

Ausgangspunkt für den Förderschwerpunkt mit dem Thema „Nachhaltige Arbeits- und Gesundheitspolitik im Unternehmen – Gesunde Menschen in gesunden Unternehmen“ (Ausschreibung vom 18. März 2003, Bundesanzeiger Jahrgang 55 Nr. 61 vom 28.03.2003) war die Tatsache, dass bei Einhaltung der Vorschriften und Regelungen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes bessere Arbeitsbedingungen und damit ein verbesserter Gesundheitszustand und eine erhöhte Leistungsfähigkeit und Motivation der Beschäftigten resultieren. Damit erhöht sich auch die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen als wertvolle Hilfe für den Betrieb. Als Förderziel wurde die Entwicklung einer nachhaltigen Arbeits- und Gesundheitspolitik im Unternehmen formuliert. Die Mo-

dellvorhaben entwickeln und erproben Vorgehensweisen, um eine neue Arbeits- und Gesundheitspolitik zielstrebig und dauerhaft in die Organisation, die Kultur und die Prozessabläufe von Klein- und Mittelunternehmen zu implementieren. Das am 01. August 2003 gestartete Verbundvorhaben „Nachhaltige Arbeits- und Gesundheitspolitik im Unternehmen NAGU“ wird in den Bereichen Automobilzulieferbetriebe Niedersachsen, Süßwarenindustrie des Rheinlandes und öffentliche Verwaltung am Beispiel der Stadt Dortmund durchgeführt. Es wird Ende 2006 abgeschlossen (www.nagu-projekt.de; s. a. Kapitel E 2.4).

Weiterhin wurde zum 1. August 2004 im Rahmen dieses Förderschwerpunktes das im Handwerksbereich angesiedelte Modellvorhaben „Unternehmensgewinn durch betriebliche Gesundheitspolitik – UbeG“ bewilligt. In verschiedenen Gewerken werden Lösungen für eine nachhaltige betriebliche Gesundheitspolitik entwickelt und erprobt. Die Ansätze reichen von einem kleinbetrieblichen Coaching-Konzept bei Dachdeckern über ein gesundheitsförderliches Lebensstilmanagement für Betriebsinhaber im Sanitär-Heizung-Klima-(SHK-)Gewerk bis zur Kompetenzentwicklung bei praktischen Gesundheitsschutzproblemen bei Tischlern und der Implementierung eines konkreten Konzeptes betrieblicher Gesundheitspolitik im Malergewerk. Die erfolgreichen Modelllösungen einer komplexen betrieblichen Gesundheitspolitik sollen auch auf andere Unternehmen in anderen Gewerken und Regionen übertragen werden. Entsprechende Produkte (z. B. interaktive Leitfäden und Handlungshilfen) werden im Verbundprojekt entwickelt. Das Modellvorhaben „UbeG“ wird Mitte 2007 beendet (www.ubeg.net).

Förderschwerpunkt 2004

Im Mittelpunkt des Förderschwerpunktes 2004 „LANGE LEHREN – Gesundheit und Leistungsfähigkeit im Lehrerberuf erhalten und fördern“ (Bekanntmachung vom 26. Mai 2004, Bundesanzeiger Nr. 105 vom 08. Juni 2004) steht die Berufsgruppe der Lehrerinnen und Lehrer, die bei ihrer Arbeit erheblichen psychomentalen Belastungen mit der Folge einer hohen Zahl von Langzeiterkrankungen und von Frühverrentungen unterliegen. Daher sind modellhafte Lösungen zu entwickeln, die insbesondere der Gefahr psychomentaler Fehlbelastungen, psychischer Störungen und damit dem Risiko der Langzeiterkrankungen und des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Arbeitsleben entgegen wirken.

In dem Verbundvorhaben „LANGE LEHREN“ werden Präventionskonzepte entwickelt, modellhaft erprobt und auf ihre Durchführbarkeit, Wirksamkeit und Effizienz unter Einsatz validierter Methoden überprüft, die beispielhaft innovative und praxistaugliche Wege zum Erhalt und zur Verbesserung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Pädagogen aufzeigen. Die Konzepte sind so zu gestalten, dass sie grundsätzlich auch auf andere Berufsgruppen mit ähnlich hoher psychomentaler Belastungsstruktur übertragbar sind (www.langelehren-projekt.de; s. a. Kapitel E 2.3).

Darüber hinaus wurden im Jahr 2004 vier Projekte zum Thema Pflege / Altenpflege gefördert. Ihre Umsetzung erfolgt gemeinsam mit dem Thematischen Initiativkreis „Gesund Pflegen“ der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA).

Die Vielzahl von Belastungen vor allem im Bereich der Altenpflege als Folge einer veränderten Bewohnerstruktur (Zunahme multimorbider Bewohner), höhere Arbeitsverdichtung und höhere Auflagen (hinsichtlich der Pflegequalität) haben in den letzten Jahren die Arbeitssituation für Pflegekräfte verschärft. Auch im Bereich der Krankenhäuser hat sich für Pflegekräfte durch eine Vielzahl von Faktoren (Fallpauschalen, Bettenabbau, Verminderung der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten, Stellenabbau) die Arbeitsbelastung erhöht.

Auch Faktoren wie Kostendruck, Zeitdruck, Informationsdefizite, eine aufwändigere Pflegedokumentation und eine oft schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Familie beeinträchtigen nachhaltig die Qualität der Arbeit, verschleifen die psychischen und physischen Kräfte des Pflegepersonals und führen zur Zunahme krankheitsbedingter Fehlzeiten, zu Personalfuktuation bis hin zum Ausstieg aus dem Beruf. Gleichzeitig erhöht sich angesichts der demografischen Entwicklung der Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal.

Um einem endgültigen Berufsausstieg von qualifizierten Pflegekräften entgegenzuwirken, wurde die Machbarkeitsstudie „Gesunder Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf“ (Bearbeiter: BGF-Institut Köln) gefördert.

Aber auch Themen des Qualifizierungsangebotes für Pflegekräfte („Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen“, FH Fulda), des Einsatzes Langzeitarbeitsloser in Pflegetätigkeiten (Studie „Integration Langzeitarbeitsloser in Einrichtungen der Pflege“, ISF München) sowie zur Bestandsaufnahme ausgewählter arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Projekte in der Pflege (Expertise „Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften“, TU München) waren Gegenstand der Förderung.

Für die unmittelbare praktische Nachnutzung wurden die Berichte als BAuA-Broschüren veröffentlicht und stehen als Download zur Verfügung³. Aus den Ergebnissen der Machbarkeitsstudie wurde für den täglichen Gebrauch eine „Kitteltaschenbroschüre“ erstellt. Der Bericht zum Qualifizierungsbedarf enthält eine Liste mit Krankenhäusern, die die Umsetzung von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen in der Praxis unterstützen.

Die Machbarkeitsstudie und die übrigen Berichte wurden als BAuA-Broschüren gedruckt. Darüber hinaus stehen der Leitfaden und die Ergebnisberichte zum Download zur Verfügung (Gesund Pflegen: www.inqa-pflege.de).

Förderschwerpunkt 2005

Mit dem Förderschwerpunkt (Ausschreibung vom 30. Juni 2005) wird die modellhafte Entwicklung von Konzepten zur praktischen Umsetzung der Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A2) gefördert. Insbesondere geht es darum, Konzepte zur praktischen Umsetzung der neuen Möglichkeiten einer noch stärker am praktischen Bedarf ausgerichteten betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Regelbetreuung für Betriebe mit bis zu 10 Beschäftigten („Kleinstbetriebe“) zu entwickeln und zu erproben. Erstmals mit dem Inkrafttreten der BGV A2 werden Kleinstbetrieben bei der Regelbetreuung Einsatzzeiten nicht mehr fest vorgeschrieben. Der Betreuungsumfang gemäß §§ 3 und 6 Arbeitssicherheitsgesetz richtet sich an den im Betrieb vorhandenen Gefährdungen aus und besteht aus der Grundbetreuung und der anlassbezogenen Betreuung.

Im Interesse kostengünstiger und effektiver Lösungen können sich Unternehmen zur gemeinsamen Nutzung betriebsärztlicher und sicherheitstechnischer Regelbetreuung zusammenschließen („Pooling“). Unter Nutzung dieser Möglichkeiten des „Pooling“ werden seit Oktober 2005 in 4 Modellvorhaben in den Branchen Metall, Bau, Holz, Malerhandwerk, Orthopädie und im Kfz-Gewerbe Konzepte für die Grundbetreuung und die anlassbezogene Betreuung in unterschiedlichen betrieblichen Handlungsmustern entwickelt und erprobt. Die erfolgreichen Konzepte werden auch nach dem Auslaufen der Förderung weiter zum Einsatz kommen und für eine nachhaltige Verankerung der neuen Regelbetreuung in die betriebliche Praxis geeignet sein (www.klirhandwerk.de / www.basik-net.de / www.amadeus-handwerk.de / www.gusik.info).

Förderschwerpunkt 2006

Die umfangreichen Forschungsaktivitäten der letzten Jahre zum Thema des demografischen Wandels und seiner Auswirkungen auf die Erwerbsbevölkerung haben verdeutlicht, dass Voraussetzungen geschaffen werden müssen, um künftig auch älteren Personen bei guter Gesundheit einen Verbleib im Erwerbsleben zu ermöglichen. Die jahrelang geförderten und umfänglich genutzten Möglichkeiten eines vorzeitigen Ausstieges aus dem Arbeitsleben stehen nicht mehr zur Verfügung. Zudem führen sie langfristig zu einem Verlust an Erfahrungswissen in den Unternehmen, so dass deren Fortbestand und Wettbewerbsfähigkeit gefährdet sind. Unter dem Thema „Altersgerechte Arbeitsbedingungen“ wurde mit der Bekanntmachung vom 06. Juni 2006 ein weiterer Förderschwerpunkt ausgeschrieben. Die Schaffung von Arbeitsbedingungen, die auch den bereits heute älteren Beschäftigten (Altersgruppe 55+) einen Verbleib im Arbeitsprozess bei guter Gesundheit und Leistungsfähigkeit ermöglichen, stellen den Arbeitsschutz und die Personalpolitik im Betrieb vor neue Herausforderungen. Da dem Erhalt und der Förderung der Gesundheit gerade älterer Beschäftigter in der Vergangenheit nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, fehlen jedoch geeignete Lösungsansätze und grundlegende Konzepte. In den

³ <http://www.baua.de/de/Publikationen/Publikationen.html>

Modellvorhaben sollen für unterschiedliche Beschäftigtengruppen, Branchen und Unternehmensgrößen zeitgemäße Lösungen erarbeitet und erprobt werden, mit denen im beiderseitigen Interesse die Potenziale Älterer im Arbeitsleben anforderungs- und leistungsgerecht besser genutzt werden können.

Das Auswahlverfahren der Fördervorhaben wird in Kürze abgeschlossen.

Weitere Informationen über das Modellprogramm können auf der BAuA-Homepage nachgelesen werden (www.baua.de/modellprogramm).

2.2 Prävention in kommunalen Entsorgungsunternehmen – Das VerEna Projekt

Vorbemerkung

VerEna – Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in der kommunalen Entsorgungsbranche – wurde von 2000 bis 2005 durchgeführt. Bis Ende 2003 (VerEna I) wurde das Vorhaben vom ehemaligen Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (BMWA) heute Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) unter der Projektträgerschaft der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) gefördert. Die Förderung der Transferphase (VerEna II) wurde von den an VerEna I beteiligten neun Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand finanziert. Neben 20 kommunalen Unternehmen (VerEna I) bzw. 15 Unternehmen (VerEna II) waren neun Krankenkassen aus dem AOK- und BKK-System mit ihren jeweiligen Spitzenverbänden als Kooperationspartner eingebunden. Die Gesamtkoordination lag beim Bundesverband der Unfallkassen (BUK), die fachliche Beratung bei der Fachgruppe Entsorgung des BUK. VerEna ist das größte branchenspezifische Präventionsnetzwerk in Deutschland⁴.

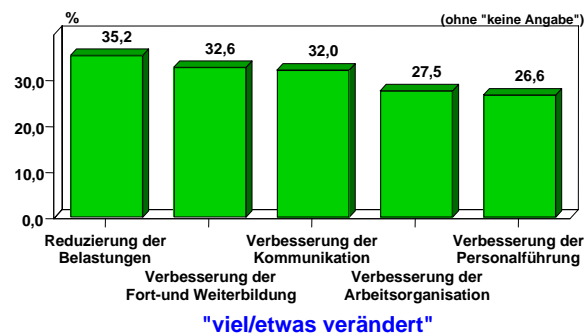
Zielgruppe von VerEna waren die gewerblich Beschäftigten in der Straßenreinigung, der Abfallwirtschaft und im Abwasserbereich (Kanal und Klärwerke). Zur Umsetzung der Prävention wurden in allen Unternehmen „Steuerkreise Prävention“ eingerichtet, in die Vertreter des Personalmanagements, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsmediziner, Vertreter des Personalrats, zwei Mitarbeiter der operativen Ebene sowie die Präventionsexperten der jeweiligen Unfallkassen und Krankenkassen eingebunden waren. Diese Steuerkreise konnten in allen Unternehmen der VerEna II Phase in die Unternehmensstrukturen integriert werden und arbeiten auch nach 2005 eigenständig weiter. Damit ist es gelungen eine stabile Präventionsstruktur in den Unternehmen aufzubauen.

Ein zentrales Element der Präventionsstrategie bestand darin, Mitarbeiter-Gesundheitszirkel einzurichten. Diese Zirkel bestehen auch nach Auslaufen von VerEna II in vielen Unternehmen weiter. Sie erarbeiteten vor allem Verbesserungsvorschläge auf der Basis der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung die in allen Unternehmen durchgeführt worden sind. Die Vorschläge wurden dann

⁴ www.dienstleistung-entsorgung-kommunal.de

Abbildung E 2

Einschätzung der Veränderungen durch VerEna



im Steuerkreis diskutiert und, nach Festlegung einer Prioritätenliste, umgesetzt. Die zentralen Verbesserungen bezogen sich auf technische, arbeitsorganisatorische wie auch personelle Veränderungen – sie führten insgesamt zu Verbesserungen der Arbeitsabläufe auf der operativen Ebene.

Ausgewählte Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung 2001 - 2005 im Vergleich

Im Rahmen von VerEna wurden neben der Auswertung von Sekundärdaten auch zwei Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Die erste Befragung fand 2001 statt, die zweite wurde 2005 in acht VerEna II Unternehmen durchgeführt.

Durch VerEna konnten Prozesse initiiert werden, die zur Reduzierung von Arbeitsbelastungen, Verbesserungen im Bereich der Personalführung, der Arbeitsorganisation, der Fort- und Weiterbildung und zur Verbesserung der Zusammenarbeit der Mitarbeiter geführt haben (vgl. Abb. E2).

Diese positive Entwicklung bestätigt sich auch, wenn man die Arbeitszufriedenheit als weiteren gesundheitsrelevanten Indikator mit heranzieht (Abb. E3). Die Gesamtheit dieser Faktoren führte dazu, dass das Betriebsklima in den Unternehmen nachhaltig verbessert werden konnte (Abb. E4).

Die Ziele des betrieblichen Gesundheitsmanagements bestehen darin, Arbeitsbelastungen durch eine funktionsgerechtere Gestaltung der Arbeitsprozesse abzubauen, die Gesundheitsqualität der Beschäftigten zu verbessern, die Arbeitszufriedenheit zu steigern, um damit auch krankheitsbedingte Fehlzeiten zu reduzieren. Dies kann

Abbildung E 3

Zufriedenheit mit der Arbeit

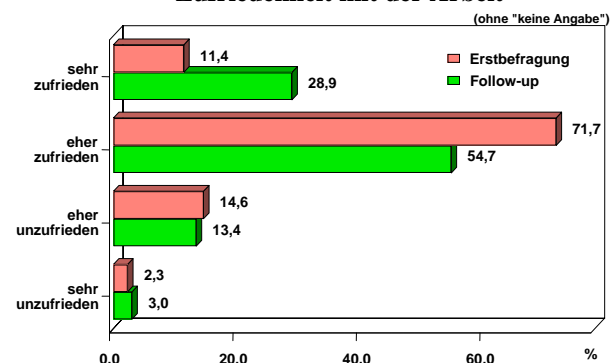
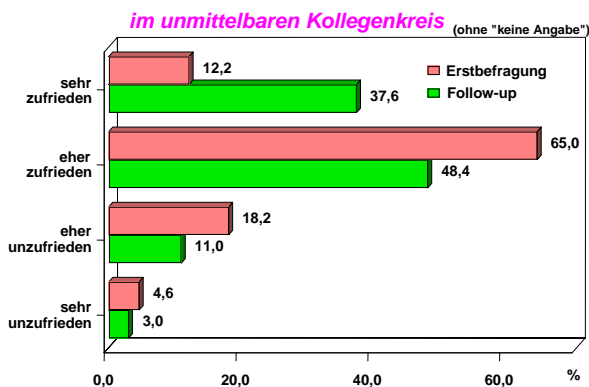


Abbildung E4
Zufriedenheit mit dem Betriebsklima

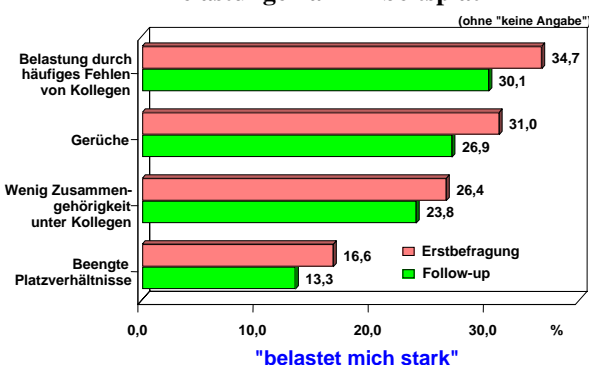


te durch VerEne erreicht werden (Abb. E5)

Die Entsorgungsbranche ist durch schwere körperliche Tätigkeiten in Verbindung mit psychischen Beanspruchungen (Kombinationsbelastungen), verursacht durch die zunehmende Leistungsintensivierung, gekennzeichnet. Der Altersdurchschnitt in der kommunalen Entsorgungsbranche liegt bei den gewerblich Beschäftigten gegenwärtig bei ca. 47 Jahren – ein relativ hohes Niveau. Vergleicht man vor diesem Hintergrund die gesundheitlichen Beschwerden, die von den Beschäftigten angegeben werden, so zeigen sich zumindest keine relevanten Verschlechterungen des Gesundheitszustands und teilweise positive Entwicklungen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Beschäftigten in dem Untersuchungszeitraum vier Jahre älter geworden sind.

Es wurde auch gefragt, welche weiteren Verbesserungen die Mitarbeiter für wichtig halten. Es sind vor allem die Themen, die eng mit dem präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutz assoziiert sind und als Handlungsfelder für die zukünftige Präventionsarbeit gelten können, wie mehr Informationen zum gesundheitsgerechten Arbeiten und der Ausbau der Prävention (besserer Arbeits- und Gesundheitsschutz). Dies kann auch als Hinweis interpretiert werden, dass die Beschäftigten durch die Präventionsaktivitäten für gesundheitliche Fragen sensibilisiert werden konnten, oder anders ausgedrückt: Prävention ist in den Unternehmen zum Kommunikationsthema geworden. In diesem Zusammenhang ist aber auch zu erwähnen, dass die Unternehmen in den letzten Jahren sehr viel in die technische Ausstattung von Arbeitsplätzen und Arbeitsmitteln investiert haben, was hinsichtlich

Abbildung E5
Belastungen am Arbeitsplatz



der Verbesserung der Gesundheit als positiver Beitrag zu werten ist.

Ausblick

VerEne hat zu nachweisbaren Erfolgen geführt. Insbesondere konnten Veränderungen auf der Ebene der weichen Faktoren (Personalführung, Arbeitsorganisation, Einbindung der fachlichen und sozialen Kompetenz der Beschäftigten in Entscheidungen auf der operativen Ebene) erzielt werden, was insgesamt zu einer Reduzierung der Arbeitsbelastungen, einem Mehr an Arbeitszufriedenheit und zur Verbesserung des Betriebsklimas geführt hat.

Prävention ist ein Prozess, der in die gesamte Unternehmensstrategie integriert werden muss, wenn nachhaltige Erfolge erzielt werden sollen. Dieser Prozess konnte durch VerEne angestoßen und verstetigt werden. Es ist gelungen, eine qualitativ hochwertige betriebliche Präventions- und Gesundheitspolitik in den Unternehmen zu verankern, was auch zu einer Verbesserung der Wettbewerbssituation in diesen Unternehmen beigetragen hat.

VerEne stellt somit ein transferfähiges Modell dar, das auch auf andere Branchen übertragbar ist.

Weitere Informationen zum Thema:

G+G Sonderheft Projekt VerEne – Gesundheit für Entsorgungsprofis, Analysen, Erfahrungen, Ergebnisse, Kompart Verlagsgesellschaft, Bonn, 2005

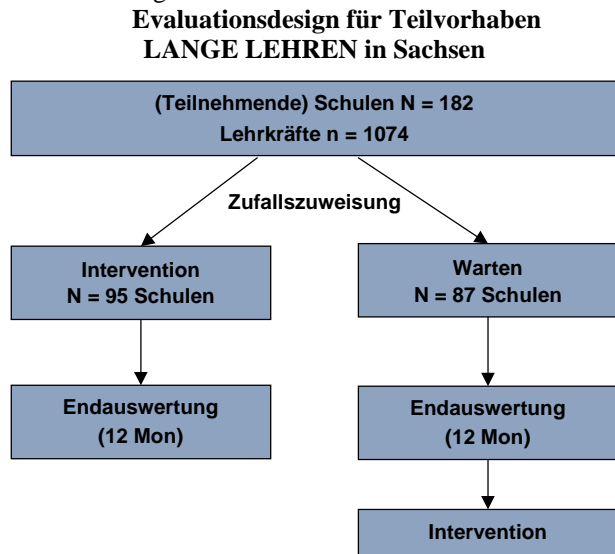
BAuA (Hrsg.): Peter Lemke-Goliasch; Handlungsleitfaden für das betriebliche Gesundheitsmanagement in Entsorgungsunternehmen, INQA Bericht 6

2.3 Modellvorhaben LANGE LEHREN: evidenzbasierte Prävention bei Lehrkräften

Eine umfangreiche Zielgruppe im Bereich betrieblicher Prävention stellen die 672.000 hauptberuflichen Lehrkräfte in Allgemeinbildenden Schulen dar, die sich im Vergleich zu anderen Berufsgruppen nicht nur durch den Umfang, sondern auch durch ein hohes Durchschnittsalter unterscheidet. In den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit rückte die Berufsgruppe in den vergangenen Jahren auch durch Statistiken zur vorzeitigen Dienstunfähigkeit, die 2000 noch einen Wert von 64 % aufwies und danach – auch unter dem Einfluss neuer Ruhestandsregelungen – kontinuierlich zurückging (Statistisches Bundesamt, 2005).

Einen besonderen Stellenwert nehmen bei der vorzeitigen Dienstunfähigkeit psychische Störungen ein, die innerhalb der Beamten bei Lehrkräften häufiger zu einer vorzeitigen Dienstunfähigkeit führen als bei Richtern oder Justizvollzugsbeamten. Arbeitsmedizinische Analysen von amtsärztlichen Gutachten in Bayern zeigen, dass psychische Störungen mit weit über 50 % als Hauptdiagnose beim vorzeitigen Ausscheiden genannt werden (Weber et al., 2004).

Abbildung E 6



Auch die 1998/1999 durchgeführte repräsentative Befragung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) von über 34.000 Erwerbstätigen belegt eine stärkere Beanspruchung der Lehrkräfte durch psychomentele Beschwerden (Rose, 2005). Ergänzt werden diese Befunde durch umfangreiche Erhebungen an 8.000 Lehrern und etwa genauso vielen Angehörigen anderer Berufsgruppen (Schaarschmidt, 2004). Danach zeichnet sich bei den Untersuchten im Lehr- und Erziehungsbereich – auch im Vergleich zu anderen Berufsgruppen – eine Häufung eines Personentyps ab, der Belastungen im Lehrerberuf in problematischer Weise verarbeitet und Symptome eines Burnouts wie Resignation, Motivationaleinschränkung, herabgesetzte Widerstandskraft und negative Emotionen aufweist.

Wenngleich die Forschung zu den Ursachen psychischer Fehlbeanspruchung bei Lehrkräften in Deutschland in den Anfängen steckt und bislang lediglich Hinweise auf mögliche Einflüsse wie Lärmbelastung in Grundschulen, verhaltensauffällige Schüler etc. vorliegen, stellt sich unabhängig von der Ursachenklärung die Frage, welche Maßnahmen zum Aufbau, zur Aufrechterhaltung und Förderung individueller Kompetenzen bei der Stressbewältigung im Schulalltag führen und der psychischen Fehlbeanspruchung entgegenwirken.

Während zum Beispiel die Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Psychotherapien für die Behandlung einer großen Bandbreite von Störungen außer Frage steht (Shadish et al., 2000) liegt dagegen weniger gesichertes Wissen über die Wirksamkeit nichtklinischer Interventionen vor, zu denen Trainingsansätze, Coaching, Betreuungsformen, Aus- und Fortbildungsprogramme, Supervision, sowie Maßnahmen zur Entwicklung von Organisationen zählen.

Wirksamkeitsnachweise liegen für betriebliches Stressmanagement oder Maßnahmen vor, die bezüglich Berufsgruppen unspezifisch oder nur auf wenige ausgewählte Berufsgruppen wie Krankenschwestern ausgerichtet sind.

Gesicherte Belege zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen bei psychischer Fehlbeanspruchung liegen im schulischen Bereich für Schulkinder und weniger für die sie unterrichtenden Lehrkräfte vor.

Die Ausschreibung zu LANGE LEHREN zielte daher nicht nur auf die Förderung von Vorhaben, die am Beispiel des Lehrerberufs allgemein neue Wege zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit während des gesamten Arbeitslebens aufzeigen.

Schwerpunkte sind Maßnahmen, die psychischen Fehlbelastungen/-beanspruchungen etc. entgegenwirken, um psychischen Störungen, Langzeiterkrankungen und dem frühzeitigen Ausscheiden aus dem Berufsleben entgegenzuwirken. Darüber hinaus zielte das Vorhaben auf den Aufbau von Ressourcen (insbesondere Fähigkeiten, Kompetenzen, Wissen, Einstellungen, Fertigkeiten, Verhalten) als protektiv wirksame Faktoren.

LANGE LEHREN begnügt sich aber nicht mit der modellhaften Entwicklung von Maßnahmen oder Programmen, um lediglich die Durchführbarkeit oder Umsetzbarkeit in der Praxis zu überprüfen. Vielmehr sollte der Begründung einer möglichen Umsetzungsempfehlung der Erkenntnisse ein empirischer Nachweis der Wirksamkeit dieser Maßnahmen unter Alltagsbedingungen vorausgehen: parallel zum Praktischen Tun soll im Modellvorhaben die wissenschaftlich gestützte Überprüfung dieses Tuns treten.

Auf der Grundlage dieser ursprünglichen Zielsetzungen und Kriterien wurden die folgenden vier Projekte ausgewählt:

1. Innerhalb eines Berliner Forschungsverbundes führen verhaltenstherapeutisch geschulte Psychologinnen des Schulpsychologischen Dienstes bei der Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport ein – u. a. videogestütztes – Kompetenztraining mit Lehrern der Sekundarstufe I aus Berliner Haupt-, Real- und Gesamtschulen durch. Trainingsziel ist die Erweiterung der Handlungskompetenzen beim Umgang mit verhaltensauffälligen Schülern.
2. Dem Stressor Lärm widmen sich innerhalb des Berliner Verbundes das Arbeitsmedizinische Vorsorgezentrum (AMVZ) und die bereits genannte Senatsverwaltung durch Einsatz einer Lärmampel, die Kindern in Berliner Grundschulen visuell die Lärmbelastung rückmeldet und darüber hinaus in ein didaktisches Konzept eingebettet ist.
3. Das Teilvorhaben der Uniklinik Freiburg, Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie führt in Baden-Württemberg Coachinggruppen mit Lehrern und angehenden Lehrkräften durch, in denen der Umgang mit innerschulischen Belastungsfaktoren trainiert wird.
4. Der Kern des in Sachsen unter Leitung des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin durchgeführten Teilvorhabens ist eine ausführliche arbeitsmedizinische Diagnostik und ein Gesundheitscheck in Kombination mit einer individuell ab-

gestimmten Beratung und individuellen Zielfestlegungen.

Seit Beginn des Modellvorhabens haben in den genannten Regionen und verschiedenen Teilvorhaben im Zuge der wissenschaftlichen Begleitung über 2.000 Lehrkräfte an den Erstbefragungen teilgenommen. Exemplarisch sei an dieser Stelle nur das Vorgehen im sächsischen Teilvorhaben dargestellt: In sieben sächsischen Schulbezirken wurden zunächst über die Schulleiter 328 Grund- und Mittelschulen sowie Gymnasien kontaktiert. Nach Abzug der von Schulschließung betroffenen Schulen und der Schulen, die aus sonstigen Gründen nicht teilnahmen, verblieben 182 Schulen für die Teilnahme am Programm. Innerhalb dieser Schulen gaben 1.074 Lehrer ihre Zustimmung zur Teilnahme.

Nach einer Basiserhebung zur Erfassung der Ausgangslage wurden die 182 Schulen – nicht die einzelnen Lehrkräfte – per Zufall zwei Bedingungen zugewiesen. Per Zufall wurden 95 Schulen der sofortigen Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zugelost und 87 Schulen zu einer Vergleichs- oder Kontrollbedingung, in der erst nach einer Wartezeit von 12 Monaten die Maßnahme beginnt (Wartegruppe). Dennoch wird nach 12 Monaten sowohl in der Wartegruppe als auch in der Interventionsbedingung mittels anerkannter und gütegeprüfter Instrumente die psychische Fehlbeanspruchung der Lehrer in diesen Schulen getestet. Der Unterschied zwischen den Schulen nach der Maßnahme und den Schulen in der Wartebedingung gibt dann Auskunft über die Wirksamkeit der jeweils durchgeführten Gesundheitsförderungsmaßnahme.

Die Überprüfung der Wirksamkeit erfolgt demnach nicht primär auf Basis eines subjektiven Urteils einer fachlichen Autorität, sondern gemäß internationaler Qualitätsstandards der evidenzbasierten Medizin oder Evaluationsforschung. Diese umfassen bei Interventionsstudien zum Beispiel die Verwendung paralleler Vergleichs- oder Kontrollgruppen und die zufällige Zuweisung (Randomisierung) zu den Vergleichsbedingungen.

Nur diese zufällige Zuordnung zur Interventions- und zur Vergleichsgruppe – nicht zu verwechseln mit einer zufälligen Ziehung einer repräsentativen Gesamtstichprobe – stellt vor Beginn einer Maßnahme oder eines Programms vergleichbare Ausgangsbedingungen her. Vorab bestehende Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen sowie andere verfälschend wirkende Einflussfaktoren werden zufällig auf die Bedingungen verteilt. Die Verteilungen bekannter und auch unbekannter Störgrößen werden vor dem Interventionsstart in den Vergleichsgruppen konstant gehalten und damit statistisch kontrolliert. Die zufällige Zuweisung bietet den besten Schutz vor unliebsamen Verzerrungen bei einer Wirksamkeitsüberprüfung und ist daher ein Qualitätskennzeichen einer hochwertigen Wirksamkeitsüberprüfung.

Gemäß der Qualitätssicherung im Rahmen einer Wirksamkeitsüberprüfung strebt daher die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin eine hohe Überein-

stimmung der verschiedenen Teilvorhaben, Projektbeteiligten und Regionen bei der Verwendung eines gemeinsamen Untersuchungsplans und bei der Verwendung der Erhebungsinstrumente zur Erfolgsmessung an.

Aktuell befinden sich das Teilvorhaben in der Durchführungs- bzw. Umsetzungsphase. Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit der unterschiedlichen Maßnahmen sind im Jahr 2007 zu erwarten. (www.langelehren-projekt.de).

Literatur

Rose, U. (2005): Von der Bedarfsanalyse zur Evaluationsforschung: Über den Gebrauch empirisch gestützter Entscheidungshilfen zur Förderung der Lehrergesundheit. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Tagungsband 141: Lehrergesundheit (S.7-22). Bremerhaven: Wirtschftsverlag NW.

Schaarschmidt, U. (2004): Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf -Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes. Weinheim: Beltz

Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M. & Phillips, G. (2000): The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.

Statistisches Bundesamt (2005): Pressemitteilung vom 9.12.2005. www.destatis.de/presse/deutsch/pm2005/p5190061.htm

Weber, A., Weltle, D. & Lederer, P. (2004): Frühinvalidität im Lehrerberuf: Sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte, *Deutsches Ärzteblatt*, 12, 850-859.

2.4 Nachhaltige Arbeits- und Gesundheitspolitik im Unternehmen (NAGU) – Gesunde Menschen in gesunden Unternehmen

Ausgangslage: Neue Belastungen – neue Lösungen

Die Arbeitswelt hat sich in den letzten Jahren teilweise drastisch verändert und wird sich weiter verändern. Neben den körperlichen Belastungen sind die psychischen Belastungen getreten oder haben sich sogar in den Vordergrund geschoben.

Das Modellprojekt „Nachhaltige Arbeits- und Gesundheitspolitik im Unternehmen – Gesunde Menschen in gesunden Unternehmen“ sollte den Partnerbetrieben auch helfen, diese neuen Belastungen zu

- erkennen
- bewerten
- vermeiden
- reduzieren
- bewältigen.

Um hier nachhaltige Verbesserungen zu bewirken, müssen Gesundheitsprozesse nicht mehr nur bei wenigen betrieblichen Experten und außerbetrieblichen Beratern angesiedelt sein, sondern zum selbstverständlichen Teil der Organisation auf allen Ebenen werden.

Gefragt waren innovative Konzepte und ihre Anwendungen zur Überwindung der Konzentration auf klassische Schwerpunkte wie technische Arbeitsplatzgestaltung und die damit einhergehende Vernachlässigung psychosozialer Aspekte. Ferner galt es, durch innovative Ansätze der mangelnden Verankerung in die betrieblichen Abläufe, der geringen Partizipation der Arbeitneh-

mer, der Inkonsequenz in der Umsetzung, den Projektabbrüchen, der fehlenden Nachhaltigkeit und der fehlenden Evaluation zu begegnen. Entstanden sind Konzepte zur Umsetzung moderner Gesundheitsprojekte und dauerhafter Prozesse.

Projektziel: Gesundheit als integraler Bestandteil von betrieblichen Managementprozessen

Im vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (bzw. bis 2004 Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit) geförderten Modellprojekt wurden neue Instrumente, Methoden und Maßnahmen entwickelt, die einen zeitgemäßen Arbeits- und Gesundheitsschutz auszeichnen.

Es ging darum, Gesundheit als selbstverständlichen Bestandteil in die Betriebe zu integrieren, speziell in das Personalmanagement, die Personalentwicklung und die Organisationsentwicklung. Dadurch sollte eine stärkere Nachhaltigkeit der betrieblichen Gesundheitsprojekte sichergestellt werden, denn nur gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in gesunden Unternehmen leisten einen wirksamen Beitrag für das Unternehmen in Hinblick auf

- Wettbewerbsfähigkeit
- Zukunfts- und Standortsicherung
- Betriebskultur
- Prozessoptimierung
- Reduzierung von Belastungen
- Verbesserung von Veränderungsprozessen.

Die Modellergebnisse führten zu branchenspezifischen und branchenübergreifenden Erkenntnissen, die auch für Kleinbetriebe anderer Branchen anwendbar sind.

Die enge Einbeziehung der Partnerunternehmen mit ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, speziell auch der Führungskräfte aller Ebenen sowie der Betriebs- und Personalräte, der Sozialpartner, der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Verbände und weiterer Beteiligter sicherte eine breite Basis für das Modell, das vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit gefördert und von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin intensiv begleitet wurde.

Teilprojekt Automobilbranche

In rund einem Dutzend überwiegend kleinerer Kfz-Betriebe (Händler, Reparaturwerkstätten, Bosch-Händler) sowie in einigen mittelgroßen Zulieferbetrieben aus Niedersachsen wurden Referenzprojekte zu bestimmten Abläufen durchgeführt, z. B. die Reparaturannahme mit ihrem Stressfaktor, die witterungsbedingten Reifenwechsel mit der Konzentration auf wenige Tage im Winterhalbjahr oder Struktur- und Personalentwicklungskonzepte zum Thema hatten. Ziel war das Erkennen, Vermeiden, Reduzieren oder Bewältigen von Belastungen der Beschäftigten in einer Branche, die von heftigen Veränderungsprozessen betroffen war und ist.

In allen Betrieben ist ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) etabliert worden, dessen Herzstück

betriebliche Arbeitskreise „Gesundheit“ sind. Anhand bestimmter Projekte und Prozesse lernten die Beteiligten, Ursachen zu analysieren, gemeinsam nach Lösungen zu suchen und diese dann auch umzusetzen. Die Erfahrungen aus einem Referenzprojekt konnten prinzipiell auf weitere Projektthemen übertragen werden, so dass mehrere Projekte abgearbeitet wurden. Damit verfügen die Beschäftigten über ein Methodeninventar und über Erfahrungen, die auch in Zukunft ein aktives BGM im jeweiligen Betrieb ermöglichen und damit Nachhaltigkeit bewirkt haben.

Im Laufe des Branchenprojekts ist eine intensive Netzwerkarbeit aufgebaut worden, die mit den Partnern Kfz-Innung, AOK und BGen ebenfalls einen Beitrag zur Nachhaltigkeit über das Projektende hinaus sichert. Denn ganz ohne eine externe Unterstützung werden BGM-Prozesse besonders in den Kleinbetrieben nicht auf Dauer auskommen können.

Externe und interne Datenerhebungen zu Beginn, im Verlauf und zum Ende des Prozesses zeigen eindrucksvoll auf, wie sich in fast allen Projektbetrieben die Zufriedenheit der Beschäftigten und der Kunden (!) gebessert hat.

Teilprojekt Kommunalverwaltung

In Kommunalverwaltungen hat es starke Veränderungen gegeben, die von den Beschäftigten überwiegend als Belastungen empfunden werden. In deutschen Rathäusern sind zudem nicht selten weit überdurchschnittliche Krankenstände zu finden, die nicht zuletzt diese Belastungssituation widerspiegeln. Auf der Basis verschiedener Teilprojekte der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Stadtverwaltung Dortmund, die jedoch wenig Nachhaltigkeit zeigten, konnte das Institut für gesundheitliche Prävention (IFGP) modellhaft in drei unterschiedlichen Ämtern (Bürgerdienste, Grünflächenpflege und Zoo) das NAGU-Projekt umsetzen.

Dabei ist die Integration in Veränderungsprozesse ebenso gelungen wie die Verknüpfung mit der Organisations- und Personalentwicklung. Veränderungen wurden von den Beschäftigten nicht mehr generell als Bedrohung empfunden, sondern als Chance der aktiven Selbstgestaltung. Mehrfach hat dieser Emanzipationsprozess dazu geführt, dass die Beschäftigten von sich aus Veränderungsprozesse begonnen und umgesetzt haben. Die Zufriedenheit der Beschäftigten und der Bürger (!) wurde gesteigert.

Erfreulicherweise hat auch die Politik der Stadt reagiert, bis hin zu Personalaufstockungen (statt Fremdvergaben) und Investitionen in gesündere Arbeitsplätze. Wie in vielen Großorganisationen musste auch in der Stadtverwaltung Dortmund die Zusammenarbeit verschiedener Ämter bzw. Geschäftsbereiche in der Organisations- und Personalentwicklung optimiert werden, was weitgehend gelungen ist. Damit wurden Strukturen geschaffen, die Voraussetzungen für eine nachhaltige Arbeits- und Gesundheitspolitik in der Kommune sind.

Während des Projektes wurde bereits die Übertragbarkeit auf eine mittelgroße Großstadt erfolgreich getestet.

Durch Befragungen und Veranstaltungen wurden alle interessierten deutschen größeren Kommunen einbezogen. Ihnen soll nach Abschluss des Projekts ein Baukastensystem zum Aufbau, zur Optimierung und zur Umsetzung eines BGM angeboten werden (BGM-Navigator).

Teilprojekt Süßwarenindustrie

Die deutsche Süßwarenindustrie hat einen Schwerpunkt im Rheinland. Wegen des hohen Frauenanteils und des überdurchschnittlichen Durchschnittsalters der Beschäftigten war diese Branche für das NAGU-Projekt ausgewählt worden. Zumeist handelt es sich um Großbetriebe bzw. größere Mittelständler zwischen 250 und 2.000 Beschäftigten. Auch in diesen Betrieben gab es zahlreiche Veränderungsprozesse, wobei – zumeist erfolgreich – versucht wurde, das Gesundheitsprojekt mit diesen Prozessen zu verknüpfen. Nur in einem Betrieb waren die Verhältnisse während des Projektzeitraums ungewöhnlich stabil.

Das BGF-Institut als Tochter der AOK Rheinland/Hamburg konnte zumeist auf Teilprojekte der betrieblichen Gesundheitsförderung aufbauen, die aber bislang nicht zur Nachhaltigkeit geführt hatten. Deshalb musste ein systematisches BGM aufgebaut und in die Organisations- und Personalentwicklung (OE und PE) integriert werden. Die Methodik und der Projektablauf waren sehr stark abhängig von den vorhandenen Unternehmens- bzw. Gesundheitskulturen in den Projektbetrieben. Diese sind zu einem großen Teil seit vielen Generationen familiengeführt. Deshalb war eine Methodenvielfalt je nach Rahmenbedingungen und Akzeptanz der Betriebe notwendig. Vielfach ist es gelungen, die Gesundheitskultur zu verändern. Partizipation der Beschäftigten, Schärfung ihrer Eigenverantwortung und Überzeugung der mittleren Führungsebene waren ebenso Schwerpunkte der Arbeit wie der Ausbau und die Optimierung von Strukturen.

Dadurch konnte in einigen Betrieben bereits Nachhaltigkeit erreicht werden, während andere noch auf dem Weg dorthin sind. In allen Betrieben wird das Gesundheitsprojekt, überwiegend als fest installierter Prozess, weiterlaufen. Eine weitere Betreuung und Förderung durch die AOK und ihr BGF-Institut ist sichergestellt. Die Betriebe, z. T. Konkurrenten am Markt, haben im Laufe des NAGU-Projekts zu einem Netzwerk auf der Personalebene zusammengefunden. Überwiegend waren auch Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte ebenso wie die Betriebsräte daran beteiligt. Während der Projektlaufzeit konnte bereits die NEWS-Struktur in NRW, ein Sozialpartnerprojekt e. V. der Nordrhein-Westfälischen Ernährungswirtschaft (mit Förderung durch das Land NRW) als zusätzliche Stütze der Nachhaltigkeit und Weiterverbreitung über die engere Süßwarenbranche in den gesamten Lebensmittelbereich genutzt werden. Bei NEWS ist das Thema Gesundheit in Verbindung mit Nachhaltigkeit, demografischer Entwicklung und als Produktivitätsfaktor ein fester Programmteil geworden.

Gesamtprojekt

Die völlig unterschiedlichen Branchen und Größenordnungen der Projektbetriebe haben ebenso wie die breite Methoden-Palette der drei Projektnehmer die Möglichkeit geschaffen, betriebsspezifische Lösungen zu testen und erfolgreich umzusetzen. Allen Projekten war jedoch der rote Faden des Projektauftrags und das des Ziels der Nachhaltigkeit gemein. Daraus konnten vorläufige 15 Thesen abgeleitet werden, die mit dem NAGU-Projektbeirat abgestimmt sind:

1. Ob Nachhaltigkeit erreicht werden kann, hängt sehr stark von der vorhandenen Unternehmenskultur und den von ihr geprägten Handelnden im Betrieb ab.
2. Teilweise ist es gelungen, die Kultur positiv zu verändern.
3. Ein weiteres Problem ist der Druck in den Betrieben, insbesondere der Zeit- und Kostendruck, der für vermeintliche Randthemen und Strategien keine Zeit lässt.
4. Nachhaltigkeit wird erreicht, wenn der Arbeitsschutz und die Gesundheitsförderung in die OE und PE integriert werden.
5. Der Lernprozess in einigen Betrieben bestand auch darin, am Beispiel des NAGU-Projektes OE und PE systematisch zu betreiben bzw. zu verändern und zu verbessern.
6. Der Einstieg muss von oben gelingen, dann muss von unten gearbeitet werden und die mittlere Ebene muss (auch ökonomisch) „Spaß“ an der Thematik bekommen.
7. Mitarbeiter haben am NAGU-Projekt erlebt, dass Veränderungen nicht eine Bedrohung sein müssen, sondern eine Chance: Emanzipationsprozess.
8. Die Projekte müssen einen (oder mehrere) innerbetrieblichen Motor haben, aber ohne „Außenbordmotor“ (externe Beratung) geht es in der Regel nicht.
9. Die Betriebe lassen sich gut und gerne in „gesunde“ Netzwerke integrieren.
10. Die Netzwerke sind ein Eckpfeiler der Nachhaltigkeit.
11. Es ist in mehreren Projektfirmen gelungen, das Gesundheitsprojekt trotz zum Teil heftiger Veränderungsprozesse weiter zu führen.
12. Der Bereich Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin wurde von vielen Projektfirmen ohne großen Veränderungsbedarf gesehen. In einigen Firmen haben die Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte das NAGU-Projekt ausdrücklich als eine Stärkung ihrer Arbeit (und z. T. Position) bewertet.
13. Eine Beteiligung der Betriebs- bzw. Personalräte war gegeben, jedoch mit völlig unterschiedlichem Engagement.
14. Wir können gut beschreiben, wie ein nachhaltiger Arbeits- und Gesundheitsprozess (- Politik?) im Be-

trieb möglich ist – und wir können sagen, was Nachhaltigkeit verhindert (Schlussbericht).

15. Eine „Blaupause“ für Nachhaltigkeit gibt es jedoch nicht – ob ein spezieller „Baukasten“ sinnvoll ist, müssen wir diskutieren.

Übertragbarkeit

Nach der Projektabschluss werden die Ergebnisse im Internet zur Verfügung gestellt. Dazu zählen der Projektbericht ebenso wie Merkblätter und Checklisten, aus denen interessierte Firmen Handlungsanleitungen für ihr eigenes BGM-Projekt entnehmen können. Außerdem ist eine Veröffentlichung in Buch- bzw. Broschürenform geplant. Weitere Informationen: www.nagu-projekt.de.

3. Betriebliches Gesundheitsmanagement

3.1 Inhalte und Ziele des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Warum betriebliches Gesundheitsmanagement?

Die Gründe, die ein Unternehmen dazu bewegen, betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchzuführen, können sehr unterschiedlich sein. Sie reichen von der Verpflichtung gegenüber einer Unternehmenskultur bis hin zur ökonomischen Notwendigkeit. Gesetze und Verordnungen verpflichten die Unternehmen, zum Schutz der Gesundheit und der Persönlichkeit der Mitarbeiter beizutragen⁵. Die Bedeutung des Menschen als wichtigster und wertvollster Produktionsfaktor und damit auch als entscheidender Wettbewerbsfaktor macht seine Gesundheit und sein Wohlbefinden auch unter ökonomischen Bedingungen wichtig.

Neben Rationalisierungsstrategien, die auf eine Kostenreduktion durch effektiveren Einsatz zielen, sind Kostenverursachungspotentiale des menschlichen Produktionsfaktors selbst Gegenstand betrieblichen Interesses geworden. Die Motivation der Beschäftigten, die Kommunikation in einer Organisation, das Verhalten der Führung und ihr Verhältnis zu den Mitarbeitern sind dabei ganz zentrale Kernelemente. Und im Rahmen dieser Einflussfaktoren kommt der Führung eines Unternehmens, eine besondere Rolle zu. Im Rahmen der Führung, definiert als „Prozess der zielbezogenen, interpersonellen Verhaltensbeeinflussung“, hängt im Hinblick auf die Motivation der Mitarbeiter sehr viel vom Verhalten der Führungskräfte ab. Mithin muss für jede Unternehmensleitung das Ziel darin bestehen, durch geeignete Maßnahmen der Personalauswahl sowie der Aus- und Weiterbildung ein Verhalten auf Seiten der Führungskräfte sicherzustellen, das das Denken und Aktivitäten der Mitarbeiter in hohem Maß auf die Unternehmensziele auszurichten vermag.

Die oft verwendete Formel „glückliche Kühe geben mehr Milch“ sichern in der Regel nur einen kurzfristigen und zweifelhaften Erfolg. Ein gesundheitsgerechtes Ma-

agement zieht sich als „Kultur“ durch ein ganzes Unternehmen, ohne auf der operationalen Ebene einer instrumentellen Verkürzung anheim zu fallen – z. B. Verknüpfung von Zulagen mit der Höhe der Fehlzeiten. Es ist vielmehr integraler Bestandteil einer auf den Mitarbeiter und Menschen, auf Effektivität und Flexibilität ausgelebten Führungs- und Unternehmenskultur. Um es technisch auszudrücken:

Auch der Produktionsfaktor Mensch benötigt eine vorbeugende Instandhaltung, soll er optimale Arbeitsabläufe integrieren.

Was ist betriebliches Gesundheitsmanagement?

Gesundheitsmanagement ist in einem umfassenden Sinn als ein systematisches Einbeziehen von Gesundheitsaspekten in unternehmerische Entscheidungen und Handlungen zu betrachten.

Erhaltung und Förderung von Gesundheit ist eine weit anspruchsvollere Aufgabe geworden, zum einen, weil wir uns der vielfältigen Wechselwirkungen der stofflichen, technischen, organisatorischen, sozialen und betriebspolitischen Einflüsse bewusst geworden sind, ohne ihren jeweiligen Anteil am Gesundheitsgeschehen exakt festlegen zu können. Zum anderen ist dies der Fall, weil das alte Bild, das mit dem Begriff des „Schutzes der Gesundheit“ verbunden ist, also die Vorstellung des Einwirkens äußerer schädigender Einflüsse auf den Menschen, zunehmend ergänzt und überlagert wird von einem Gesundheitsverständnis, in dem die handelnde Person in bewältigender Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt im Zentrum steht. Was uns heute in diesem Zusammenhang mehr und mehr interessieren muss, ist die Frage: Was sind die Bedingungen und Voraussetzungen, unter denen Menschen – gerade auch im Arbeitsleben – ihre Gesundheit leben und erleben können? Also welches sind die salutogenen Potentiale, aus denen sie Kraft schöpfen, um die Anforderungen ihrer Arbeitssituation ohne physische, psychische, seelische, soziale Beeinträchtigungen zu bewältigen?

In der Tradition eines solchen Gesundheitsverständnisses hat sich in den letzten zehn Jahren auf europäischer Ebene – vorangetrieben durch das Europäische Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung (ENWHP) – eine gemeinsame Definition von betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) entwickelt. Dieses gemeinsame Verständnis wurde 1997 in der „Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union“ niedergelegt. Danach umfasst BGF alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung der aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.

Gesundheitsförderung ist nach diesem Verständnis eine Managementaufgabe sowie Bestandteil von Unterneh-

⁵ Für Arbeitsschutzmanagementsysteme vgl. www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Arbeitsschutzmanagement/Arbeitsschutzmanagement.html

mensziel und -leitbild. Umgesetzt in der Praxis bedeutet dieser Ansatz eine integrative und koordinierte Betrachtung und Umsetzung von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (Arbeitsschutz), von betrieblichem Umweltschutz, Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung, der Flexibilisierung der Arbeitszeit, der Personalrekrutierung, arbeitsmedizinischer Dienstleistungen, Verbesserung von Vereinbarkeit von Beruf und Familie und vielem mehr. Dieser komplexe Ansatz wird als betriebliches Gesundheitsmanagement bezeichnet, der nicht nur Verhaltens- und Verhältnisprävention umfasst, sondern auch die Prävention durch Prozesse und Verfahren. Gesundheitsförderung als die weiterreichende Zielvorgabe für den Arbeits- und Gesundheitsschutz im Betrieb hat also zwei Seiten: Sie zielt auf Risiken und Ressourcen für die Gesundheit der Beschäftigten.

Ziele, Methoden und Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagement

Die Ziele des Gesundheitsmanagement können effektiv und nachhaltig erreicht werden, wenn das Gesundheitsmanagement nach den Prinzipien Ganzheitlichkeit (Integration von Verhalten, Verhältnissen und Prozessen), Partizipation (Betroffene zu Beteiligten machen), Integration (Gesundheit in allen Entscheidungen systematisch und zielorientiert berücksichtigen) und Projektmanagement (Bedürfnisorientierung, Erfolgskontrolle und Bewertung) gestaltet wird.

Gesundheitsgerechtes Management hat mindestens drei Aspekte:

- eine offene dialogorientierte Kultur der Kommunikation, die es allen Mitarbeitern ermöglicht, z. B. individuelle Belastungen und Krankheitssituationen zu thematisieren. Wichtig hierbei ist eine vertrauensvolle Gesprächsbasis, in der der Mitarbeiter nicht das Gefühl bekommt, einer Überprüfung seiner gesundheitlichen Schwierigkeiten ausgesetzt zu sein und wiederum nicht das Gefühl bekommt, jedwede Krankmeldung könnte ein erhöhtes Arbeitsplatzrisiko für ihn darstellen
- die Einrichtung von Kommunikationskanälen, in denen Raum geschaffen wird, für die Berücksichtigung von gefährdenden und belastenden Arbeitssituationen und auch von Konflikten
- die betriebliche Förderung individuell präventiven Verhaltens.

In dem Maße, wie das Unternehmen eine Verhältnisprävention der Arbeitsbedingungen durch eine institutionelle Kommunikationsform schafft, wird der Mitarbeiter dazu angehalten, seinerseits Verhaltensprävention zu praktizieren und auf gesundheitliche Risiken zu achten. Wichtige Instrumente eines gesundheitsgerechten Managements sind dabei das Feedback für Führungskräfte, die systematische Fort- und Weiterbildung und Training von Führungskräften, Mitarbeiterbefragungen und Gespräche mit den Mitarbeitern.

Der aus dem Risikomanagement bekannte Regelkreis „plan, do, check, act“ kann auf einen Lernzyklus über-

tragen werden, der eine Bedarfsanalyse und Zieldefinition, die Planung und Ausführung geeigneter Maßnahmen sowie die kontinuierliche Bewertung der Ergebnisse umfasst. Um von einer guten Analyse zur passenden Intervention zu kommen, hat das ENWHP in einer Toolbox eine Vielzahl von Instrumenten zur Verfügung gestellt, die helfen sollen „eine gute Praxis“ zu schaffen.

Kriterien einer guten Praxis

Betriebliche Gesundheitsmaßnahmen sind oft nicht ausreichend in Strukturen und Routinen der Organisation integriert. Häufig bleibt es bei einzelnen Projekten, die nicht übertragen oder dauerhaft verankert werden können. Oftmals fehlt eine vorhergehende Bedarfsanalyse für die Auswahl konkreter Interventionen. Viele Gesundheitsprojekte bleiben Stückwerk. Deshalb hat das ENWHP 1999 Qualitätskriterien für eine gute Praxis entwickelt. Damit Organisationen ohne großen Aufwand die Qualität ihres Gesundheitsmanagements selbst einschätzen und kontinuierlich verbessern können, wurde für die Praxis ein leicht zu handhabender Fragebogen zur Selbsteinschätzung entwickelt. Die Qualitätskriterien setzen voraus, dass die gesetzlichen Anforderungen in Bezug auf den Arbeitsschutz und die arbeitsmedizinische Betreuung erfüllt sind. Diese Bedingung ist eine notwendige Voraussetzung für die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Organisation.

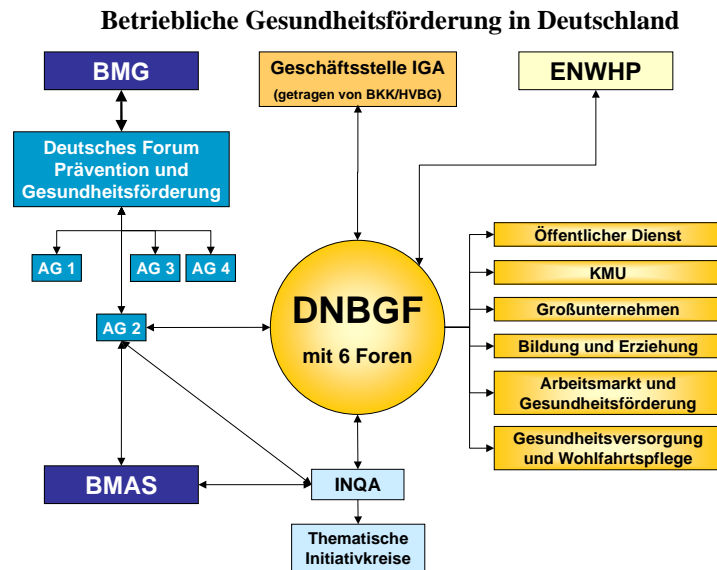
Die Kriterien für gesundheitsförderliche Unternehmen/Organisationen beschreiben einen Idealzustand, der in der Praxis so nur in sehr seltenen Fällen vorzufinden ist. Mit ihrer Hilfe lässt sich jedoch der momentane Stand einer Organisation feststellen.

Dazu gehören:

- Stellenwert der betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen (Führung)
- Planung der betrieblichen Gesundheitsförderung (Strategie)
- Stellenwert der Gesundheitsförderung in Personalpolitik und Arbeitsorganisation (Mitarbeiterorientierung)
- Ressourcen für betriebliche Gesundheitsförderung (Ressourcen)
- Organisation der betrieblichen Gesundheitsförderung (Maßnahmen)
- Ergebnisse der betrieblichen Gesundheitsförderung (Ergebnisse)
- Umwelt-, sozial- und gesundheitspolitisches Engagement des Unternehmens in Gemeinde/Region (Soziale Verantwortung und Umwelt).

Bei der Beurteilung von konkreten Praxisbeispielen dienen diese Kriterien als Richtschnur. Da Organisationen in der Praxis über sehr unterschiedliche Ressourcen und Voraussetzungen verfügen, können die Kriterien nicht im Sinne eines absoluten Maßstabes verwendet werden. Es kommt vielmehr darauf an, ob die Organisation eine klare Entwicklung in Bezug auf die einzelnen Kriterien erkennen lässt. Dies bedeutet, dass auch solche Organisationen als gute Praxisbeispiele bewertet werden kön-

Abbildung E7



nen, die nur einen Teil der Kriterien erfüllen, jedoch deutlich machen können, dass sie sich in einem längeren Entwicklungsprozess befinden.

Aus diesen Gründen werden bei der Beurteilung von Praxisbeispielen in sämtlichen Bereichen durchgängig drei Aspekte bewertet:

- Wie systematisch ist das Vorgehen der Organisation? (Systematik)
- Handelt es sich um „Insellösungen“ oder wird eine Umsetzung innerhalb der gesamten Organisation angestrebt? (Umsetzungsgrad)
- Wie gut sind die Maßnahmen in der Organisation verankert? (Integrationsgrad)

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist immer ein langfristiger Veränderungsprozess. Die Hindernisse auf dem Weg zu einem gesunden Unternehmen können zum Teil auf Vorbehalten, Interessenkonflikten, Fehlern bei der Planung, mangelnder Folgenabschätzung oder gesundheits- und unternehmenspolitischen Einflüssen beruhen. Jedes Unternehmen und jeder Betrieb muss seinen eigenen Weg finden. Die vom europäischen Netzwerk erarbeiteten Materialien, guten Praxisbeispiele, Methoden und Instrumente helfen jedoch, den eigenen Weg erfolgreich zu gestalten. Auf der Website www.enwhp.org sind diese Materialien als download zur Verfügung gestellt⁶.

3.2 Struktur der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Deutschland

Die Betriebliche Gesundheitsförderung ist gemeinsames Thema und somit auch Ziel des Ministeriums für Gesundheit und des Ministeriums für Arbeit und Soziales⁷.

⁶ In deutscher Sprache zu finden auf www.bkk.de/bkk/show.php?id=47&nodeid=netzwerke/index.php3

⁷ Vgl. auch die Empfehlungen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung im Bericht zum Krankenstand in der unmittelbaren Bundesverwaltung, Erhebung 2004 (im Internet abrufbar unter www.bmi.bund.de, Rubrik Themen A-Z, Öffentlicher Dienst, Weitere Themen)

Wie der Name schon zeigt, beschäftigt sich mit diesem Thema insbesondere die Arbeitsgruppe 2 „Betriebliche Gesundheitsförderung“ (AG 2) des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung, an der beide Ministerien beteiligt sind (vgl. Artikel 3.3). Die AG 2 ist u. a. auch im Beirat des Deutschen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) vertreten, das in sechs Foren (Öffentlicher Dienst, KMU, usw.) unterschiedliche Aspekte der betrieblichen Gesundheitsförderung bearbeitet (s. Abb. E7, vgl. Artikel 3.4). Für den Aufbau dieses Netzwerkes wurde eine vom BKK-Bundesverband und vom HVBG getragene Geschäftsstelle eingerichtet.

International bestehen enge Kontakte zum European Network for Work Health Promotion (ENWHP).

3.3 Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt

Ausgangslage

Die Arbeitsgruppe 2 (AG 2) „Betriebliche Gesundheitsförderung“ (BGF) des **Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung** ist ein Zusammenschluss der wichtigsten Akteure aus dem Bereich der BGF. Sie arbeitet auch für die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) und ist Beirat für das Deutsche Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF).

Die AG 2 wird mit Unterstützung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) geleitet. Mitglieder sind neben dem BMAS und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Unfallversicherungsträger, die Arbeitsschutzbehörden des Bundes und der Länder, die Verbände der Sozialpartner, die Verbände der Betriebs- und Werksärzte und der Sicherheitsingenieure, sowie ausgewählte Fachverbände z. B. aus der Weiterbildung und Stiftungen. Die AG 2 versteht sich als Plattform zum Informationsaustausch und zur Förderung der Umsetzung gesundheitsfördernder Aktivitäten im Betrieb.

In ihrer Arbeit orientiert sich die AG 2 an den Empfehlungen der Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ (Bertelsmann Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung, 2004) sowie an europäischen und internationalen Empfehlungen zu Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt.

Herausforderung

Gewandelte Rahmenbedingungen – geprägt durch Globalisierung, Strukturwandel in Wirtschaft und Verwaltungen, demografische Entwicklung und gewandeltes Krankheitspanorama – stellen große Herausforderungen dar für den Wirtschaftsstandort Deutschland sowie die Menschen, die hier leben und arbeiten. Sie erfordern eine Aufwertung und Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitspolitik auf allen Ebenen. Zu diesem Schluss kommt die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung und hat dazu im Rahmen ihrer zweijährigen Arbeit eine langfristige Strategie entwickelt sowie Empfehlungen an die Unternehmen, Sozialpartner, die überbetrieblichen Akteure in den sozialen Sicherungssystemen und den Staat formuliert (Bertelsmann Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung, 2004).

Um die notwendige Anpassung an den Wandel von Arbeit und Gesellschaft zu leisten, setzt die EU-Kommission in einer neuen Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006 auf das globale Konzept des „Wohlbefindens bei der Arbeit“ und zielt auf eine Verbesserung der „Qualität der Arbeit“ und den „Aufbau von Partnerschaften zwischen allen Akteuren im Bereich Gesundheit und Sicherheit“ (EU-Kommission, 2002).

Vision der betrieblichen Gesundheitspolitik ist „gesunde Arbeit in gesunden Organisationen“. Bei der Bearbeitung gesundheitsrelevanter Problemstellungen sind nicht mehr allein die Arbeitsbedingungen und die Mensch-Maschine-Schnittstelle zu betrachten, sondern die gesamte Organisation und die Mensch-Mensch-Schnittstelle ist in den Blick zu nehmen. Zu verbessern gilt es insbesondere die Qualität der Menschenführung und die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen und die Unternehmenskultur. *„Das Hauptgewicht sollte bei der Verhütung gesundheitlicher Probleme liegen und nicht bei ihrer nachgehenden Bewältigung. Gesundheitsförderung und Prävention müssen als Führungsaufgabe wahrgenommen und nicht nur von nachgeordneten Fachabteilungen bearbeitet werden. Betriebliche Gesundheitspolitik muss unter Einbeziehung der Betroffenen praktiziert und nicht nur „Top-down“ verordnet werden. Und sie muss in ihrer Ausgestaltung vielfältig sein, d. h. den unterschiedlichen Bedürfnissen einzelner Branchen und Betriebsgrößen entsprechen.“* (Bertelsmann Stiftung/ Hans-Böckler-Stiftung, 2004, S. 21).

Die Umsetzung einer vorausschauenden, alters- und geschlechtssensiblen betrieblichen Gesundheitspolitik liegt in der Verantwortung der Betriebe. Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen sollten zukünftig selbst mehr in das Wohlbefinden und die Gesundheit der Mitarbeiter investieren: zuallererst aus so-

zialer Verantwortung gegenüber den Beschäftigten, aber auch wegen der dadurch zu erzielenden höheren Wettbewerbsfähigkeit, d. h. aus eigenem wirtschaftlichen Interesse sowie zur Entlastung der sozialen Sicherungssysteme, was den Unternehmen selbst wiederum in Form niedrigerer Lohnnebenkosten zugute kommt.

Umsetzen lässt sich eine wirksame betriebliche Gesundheitspolitik durch die konsequente Verfolgung gesetzlicher Zielvorgaben des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, durch Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung und durch die Etablierung eines in die Routinen integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Die Beschäftigten sollten bei der Planung und Umsetzung aller Aktivitäten aktiv beteiligt werden. Und sie sollten darüber hinaus befähigt werden, durch eine gesundheitsbewusste Arbeits- und Lebensweise die eigene Gesundheit zu pflegen und zu erhalten.

Die AG 2 des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung schließt sich den vorangegangenen Überlegungen und Vorschlägen an. Sie baut in ihren Zielen, Arbeitsschwerpunkten und Aktivitäten darauf auf, um einer aktiven und nachhaltigen betrieblichen Gesundheitspolitik zum Durchbruch zu verhelfen. Dabei leistet sie einen wichtigen Beitrag zum Erhalt und zur Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmern.

Ziele der Arbeitsgruppe

In ihren o. g. Funktionen übernimmt die Arbeitsgruppe insbesondere folgende Aufgaben:

- Entwicklung von Empfehlungen für nationale Ziele im Bereich der betrieblichen Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung
- Formulierung vordringlicher Aufgabenfelder für betriebliche Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung
- Impulsgeber und Berater insbesondere für INQA, das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung sowie das DNBGF
- Förderung der Umsetzung von Beispielen guter Praxis im Bereich betrieblicher Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung
- Förderung der Standardisierung der Wirksamkeit von Maßnahmen der betrieblichen Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung
- Förderung des Erfahrungsaustausches und der Kooperation der überbetrieblichen Akteure.

Arbeitsschwerpunkte der AG 2

Zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden bei der Arbeit setzt sich die Arbeitsgruppe folgende Ziele und widmet sich bei der Zielerreichung den dazugehörigen Arbeitsschwerpunkten, bei denen, soweit sinnvoll, auch Genderaspekte mit einfließen:

1. Entwicklung und Förderung von Konzepten eines umfassenden Konzeptes zur Unterstützung einer sozialen Umgebung (Unternehmenskultur) für die Be-

schäftigten und einer gesunden Organisation/Arbeitsumwelt:

- Entwicklung eines Methodeninventars zur Selbstbewertung von Unternehmen und Verwaltungen
 - Darstellung und Förderung von Beispielen guter Praxis
 - Qualifizierungsmaßnahmen für Führungskräfte und Personalentwickler.
2. Förderung der psychischen Gesundheit bei der Arbeit:
 - Sensibilisierung für die Verbesserung der Akzeptanz der psychischen/emotionalen Gesundheit
 - Sichtbar machen von psychischen Fehlbelastungen und ihren Folgen
 - Verbreitung von Informationen zur Vermeidung psychischer Fehlbelastungen und zur Früherkennung möglicher psychischer Krankheiten.
 3. Förderung der individuellen gesundheitlichen Kompetenz für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit.
 4. Förderung einer alternsgerechten Gestaltung der Arbeit.
 5. Beförderung der Umsetzung der BGF in KMU und für Selbstständige:
 - Unterstützung von Netzwerken.
 6. Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung für Risikogruppen (z. B. Baugewerbe, Pflegeberufe, Lehrerinnen und Lehrer, Ver- und Entsorgung)
 - Analyse struktureller Hemmnisse und Empfehlungen zu ihrer Überwindung in der Praxis.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe wirken mit ihren Institutionen aktiv an der Umsetzung der Ziele der BGF in Deutschland mit: Durch die Beteiligung an gemeinsamen Veranstaltungen, Öffentlichkeitsarbeit, Information der AG 2 über aktuelle Projekte und Vorhaben sowie die Entwicklung und Umsetzung gemeinsamer Ziele, Strategien und Aktivitäten.

Alle zwei Jahre wird ein zusammenfassender Bericht über die Aktivitäten der AG 2 erstellt und dem Plenum des Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellt (www.forumpraevention.de / www.inqa.de).

Literatur

Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Zukunftsfähige betriebliche gesundheitspolitik, verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2004.

EU-Kommission: Mitteilung der Kommission – Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006/* KOM/2002/0118 endg. */., 2002.

3.4 Das Deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)

Das DNBGF – gegründet im Oktober 2003 – hat sich zum Ziel gesetzt, die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in Deutschland stärker zu verbreiten, ihren Stellenwert zu verdeutlichen und die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeitswelt zu unterstützen.

Das Deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung geht zurück auf eine Initiative des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung, das den Aufbau informeller Infrastrukturen und nationaler Netzwerke in allen Ländern Europas fördert. Im Juni 2002 fasste der „Kooperationskreis Betriebliche Gesundheitsförderung“ beim Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (BMWA), den Beschluss, diese Initiative und damit den Aufbau einer nationalen Plattform zu unterstützen. Für den Aufbau des Deutschen Netzwerkes wurde 2002 eine Geschäftsstelle eingerichtet, die vom BKK-Bundesverband und dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) im Rahmen der gemeinsamen Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA, s. a. Kapitel G 2.4.1) getragen wird.

Das Netzwerk ist eine offene Plattform für den Informations- und Erfahrungsaustausch aller Interessengruppen und Akteure in Deutschland, die in der betrieblichen Gesundheitsförderung aktiv sind und trägt dazu bei, Kooperationen herbeizuführen oder zu verbessern. Weitere Aufgaben sind der internationale Erfahrungsaustausch sowie die Aufbereitung von Forschungsergebnissen und erfolgreichen Praxisbeispielen, um Entscheidungsträger vom Nutzen der BGF zu überzeugen.

Im Gegensatz zu anderen Initiativen beschränkt sich das Netzwerk weder regional noch auf ein einzelnes Handlungsfeld. Vielmehr bündelt und vernetzt das DNBGF die bestehenden Aktivitäten und regt die Berücksichtigung bislang vernachlässigter Bereiche an. Erstmals wird mit dem Netzwerk der Versuch unternommen, BGF in allen Bereichen der Arbeitswelt in Deutschland zu verbreiten.

Um den unterschiedlichen Bedingungen in der Arbeitswelt Rechnung zu tragen, wurden sechs Foren aufgebaut, die eigenständig in folgenden Settings der betrieblichen Gesundheitsförderung arbeiten:

- Großunternehmen
- kleine und mittlere Unternehmen
- Öffentlicher Dienst
- Gesundheitsversorgung und Wohlfahrtspflege
- Bildung und Erziehung
- Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung

Die Foren werden durch Koordinatorenteams geleitet, in denen besonders engagierte Akteure der BGF aus den jeweiligen Bereichen vertreten sind. Instrumente der Netzwerkarbeit sind Tagungen der einzelnen Foren und bereichsübergreifende Netzwerkkonferenzen sowie die Internet-Plattform www.dnbgf.de. Dort findet der Aus-

tausch von Informationen und Erfahrungen statt, und es werden Ergebnisse präsentiert.

Nach den ersten zwei Jahren seit Gründung sind rund 800 Mitglieder im DNBGF registriert und es wurden bislang mehr als 50 Veranstaltungen durchgeführt.

Eine Zwischenbilanz im Rahmen der zweiten nationalen Netzwerkkonferenz im März 2006 zeigte, dass die Nachfrage nach BGF in allen Branchen wächst. Damit ist das DNBGF seinem Ziel, die BGF in Deutschland stärker zu verbreiten, ein Stück näher gekommen. Auch die Kooperation des DNBGF mit weiteren Initiativen wie der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) und dem Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung (DFPG) können dazu einen Beitrag leisten.

3.5 Jährliche Dokumentation von GKV-Leistungen in der Prävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) legt im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen jährlich eine Dokumentation zu Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Prävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) vor.

Diese Präventionsdokumentation liefert im Wesentlichen einen Überblick darüber, welche Kurs- und Seminarangebote Versicherte im betrachteten Berichtsjahr aufgegriffen haben und welche Aktivitäten die Krankenkassen in die verschiedenen Lebenswelten von Versicherten („Settings“) eingebracht haben. Zu den relevanten Settings gehören z. B. Kindergärten, Schulen, Vereine, Kommunen und speziell auch Betriebe. Die Dokumentation enthält Informationen über die angewandten Methoden, mit denen der Handlungsbedarf ermittelt wurde, über die Wahl der Zielgruppen, über die im Zusammenhang mit den Maßnahmen gebildeten Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen sowie über die Einbindung von fachlich-sachlichen Ressourcen externer Kooperationspartner. Ferner bildet sie die Interventionen selbst ab, d. h. die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen der Aktivitäten, die Ausrichtung der Maßnahmen auf das gesundheitsbezogene Verhalten von Menschen sowie auf die Rahmenbedingungen (Verhältnisse) im jeweiligen Setting sowie die Art der Veränderungen, die durch die Aktivitäten bewirkt wurden. Ebenfalls enthält sie Aussagen über durchgeführte Erfolgskontrollen.

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.

Der MDS ist die Beratungsorganisation der Spitzenverbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in medizinischen und pflegfachlichen Grundsatzfragen. Er wurde am 18. Oktober 1989 als Arbeitsgemeinschaft nach § 282 SGB V mit Sitz in Essen gegründet und hat die Rechtsform eines eingetragenen Vereins.

Der MDS stellt den Kassenverbänden sein sozialmedizinisches und pflegfachliches Know-how zur Verfügung und wirkt damit an der Gestaltung des deutschen Ge-

sundheitswesens mit. So ist er in den Arbeitsgremien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen als fachlicher Berater für die Spitzenverbände der Krankenkassen tätig. Auch ist er Mitglied im Bundespflegeausschuss. Der MDS bringt die Erfahrungen aus den Pflegebegutachtungen und Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen in die pflegetherapeutische Diskussion ein. Außerdem führt er die Daten der Pflegebegutachtung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in den Ländern in einer bundesweiten Statistik zusammen.

Gegenüber den Medizinischen Diensten nimmt der MDS Koordinierungsaufgaben wahr. Zu seinem in § 282 SGB V verankerten Auftrag gehört es, die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste und die wirksame Durchführung der Aufgaben zu fördern. Für die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen ist damit gewährleistet, dass die Medizinischen Dienste kassenarten- und länderübergreifend nach den gleichen Kriterien und Verfahren vorgehen.

Aufgrund seiner wettbewerbsneutralen Beraterfunktion und auf Basis seiner Fachkompetenzen hat sich der MDS als geeignete Institution für die kassenartenübergreifenden Aufgaben einer bundesweit einheitlichen Dokumentation von Präventionsleistungen der GKV erwiesen.

Die Dokumentation: Struktur und Verfahren

Die in der Präventionsdokumentation abgebildeten GKV-Aktivitäten werden auf der Basis des GKV-Leitfadens Prävention durchgeführt. Der Leitfaden legt die gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder sowie Kriterien zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V für alle Krankenkassen verbindlich fest. Er wurde unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen⁸ wiederholt entsprechend aktueller Erkenntnisse überarbeitet (letzter Stand: korrigierte Auflage vom 15. Juni 2006).

Die in der Präventionsdokumentation abgebildeten Aktivitäten lassen sich entsprechend dem Leitfaden nach drei Ansätzen gliedern:

Individueller Ansatz: Die vielfältigen primärpräventiven Kursangebote nach dem Individuellen Ansatz richten sich an den einzelnen Versicherten und zielen auf dessen eigenverantwortlichen Umgang mit seiner Gesundheit ab. Sie bieten umfassende praktische Anleitungen und vermitteln auch theoretisches Wissen zu den Themenfeldern Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung/Entspannung sowie Suchtmittelkonsum.

(Nichtbetrieblicher) Settingansatz: Aktivitäten erfolgen in den jeweiligen Lebenswelten der Versicherten, wie z. B. in Schulen, Kindergärten, Stadtteilen oder in Altenheimen. Sie richten sich zum einen auf eine gesundheitsförderliche Verhaltensveränderung der Men-

⁸ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (heutige Bezeichnung: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen). Dazu zählt u. a. auch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

schen im Setting aus. Weiter sind die Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz auf eine Verbesserung der Verhältnisse, d. h. der gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen im Setting ausgerichtet.

Betriebliche Gesundheitsförderung: Aktivitäten der BGF entsprechen im Prinzip denen des Setting-Ansatzes. Sie sind dabei auf die Besonderheiten im Setting Betrieb ausgerichtet.

Für die Erfassung des **Setting-Ansatzes** und der **BGF** kommen jeweils fünfseitige Dokumentationsbögen zum Einsatz, die die Themenblöcke „Allgemeine Daten“, „Schwerpunktmäßige Zielgruppe“, „(Außerbetriebliche) Kooperationspartner“, „Koordination/Steuerung“, „Bedarfsermittlung“, „Gesundheitszirkel“, „Intervention“ sowie „Erfolgskontrolle“ abfragen. Für jedes Projekt füllen die einzelnen Krankenkassen vor Ort einen Dokumentationsbogen am Computer aus. Dieser wird als Datei an die jeweiligen Landesverbände weitergegeben und schließlich beim entsprechenden Bundesverband der Krankenkassen gesammelt. Die zusammengetragenen Dateien werden von dort an den MDS weitergeleitet. Der MDS führt die Daten elektronisch zusammen, analysiert die Daten und erstellt den Bericht.

Der Erhebungsbogen zum **Individuellen Ansatz** fragt die Aspekte „Art der Leistung (Handlungsfeld, Präventionsprinzip)“, „Geschlecht“ sowie „Alter“ ab. Die einzelnen Spitzenverbände der Krankenkassen führen die ihnen zugeleiteten Datensätze der Krankenkassen zusammen und tragen die Summen jeweils in einen solchen Erhebungsbogen ein. Die Bögen werden dann an den MDS weitergeleitet, dort zusammengeführt und die bundesweiten Gesamtergebnisse zum Individuellen Ansatz in der Präventionsdokumentation abgebildet.

Krankenkassen weiten Prävention zunehmend aus

Erstmals wurde die Präventionsdokumentation für das Berichtsjahr 2001 herausgegeben. Die zuletzt publizierte Dokumentation für das Jahr 2004 zeigt, dass sich seit 2001 viele positive Entwicklungen auf diesem Gebiet ergeben haben.

Die Gesamtausgaben der Krankenkassen zu Leistungen in der Primärprävention und BGF haben sich seit dem Jahr 2001 von insgesamt 66,9 Millionen Euro auf 148,1 Millionen in 2004 mehr als verdoppelt. Parallel dazu ist die Anzahl der eingereichten Dokumentationsbögen zum Setting-Ansatz und zur BGF von ursprünglich 1.300 in 2001 auf 3.200 Bögen in 2004 angestiegen. Weiter ließen sich bei diesen beiden Ansätzen zunehmend mehr Menschen erreichen: In 2001 lag die Schätzzahl der über die Aktivitäten erreichten Personen insgesamt bei 283.000 und in 2004 mittlerweile bei rund 2,6 Millionen.

Auch die Kursteilnahmen nach dem individuellen Ansatz wiesen in 2004 gegenüber der Ersterhebung im Jahr 2002 deutliche Zuwächse auf: Wurden in 2002 noch 352.000 Kursteilnahmen berichtet, so waren es in 2004 bereits 803.000 gemeldete Kursbesuche.

Nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ ließen sich viele positive Entwicklungen abbilden. Beispielsweise richteten sich die Interventionen in 2004 sowohl bei den nichtbetrieblichen Settings als auch bei der BGF häufiger als in den Jahren davor nicht nur an den Menschen und sein Verhalten, sondern zielten gleichzeitig auf gesundheitsfördernde Strukturbildungen ab, wie z. B. die Umgestaltung von Umgebungsbedingungen oder die Veränderung von Organisationsstrukturen.

Wesentliche Aussagen der Dokumentation 2004 zur BGF

Sowohl die aktuelle Dokumentation für das Berichtsjahr 2004 als auch die vorangegangenen Dokumentationen machen deutlich, dass die Krankenkassen hier über langjährige Erfahrungen verfügen. Die Fallzahl der gemeldeten BGF-Aktivitäten lag bereits in 2001 bei 1.189 Dokumentationsbögen. Im Vergleich dazu lag die Zahl der Bögen zum nichtbetrieblichen Setting-Ansatz anfangs noch bei 143 Bögen. In 2004 hat sich die Zahl zu BGF-Projekten mit insgesamt 2.563 gemeldeten Fällen mehr als verdoppelt. Die Fälle, bei denen ausschließlich eine Arbeitsunfähigkeitsanalyse durchgeführt wurde, sind hierbei nicht mitgezählt.

BGF erfolgte in 2004 an insgesamt 4.768 Standorten bzw. Betrieben. Knapp die Hälfte der Projekte dauerte dabei mehr als ein Jahr an (47 Prozent). Der Schwerpunkt lag – wie auch in den Jahren zuvor – bei Betrieben aus dem Verarbeitenden Gewerbe. Die Maßnahmen waren in 2004 zu 51 Prozent sowohl auf das gesundheitsbezogene Verhalten von Mitarbeitern (bspw. über Angebote zur Bewegungsförderung, Ergonomieberatungen, Ernährungsberatungen oder Maßnahmen zum Stressabbau) als auch auf die Verhältnisse in den Betrieben (wie z. B. auf Veränderungen der Arbeitsorganisation, des Arbeitsumfeldes, von Qualifizierungsmaßnahmen oder betriebsinterner Kommunikationswege) ausgerichtet. Inhaltlich sprachen sie maßgeblich die Reduktion von körperlichen Belastungen an (70 Prozent). Meist wurden gleichzeitig weitere Inhalte, wie z. B. das Stressmanagement, die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung und/oder die Gemeinschaftsverpflegung, thematisiert.

Gesundheitszirkel als ein Instrument zur Einbindung möglichst aller über die BGF-Maßnahmen angesprochenen Beschäftigten in die Verbesserungsprozesse wurden in knapp einem Viertel aller berichteten Aktivitäten durchgeführt. Dabei ließ sich gegenüber den Vorjahren eine steigende Tendenz beobachten. Ferner wurden in 59 Prozent aller Fälle durchgeführte oder geplante Erfolgskontrollen verzeichnet.

Die Ergebnisse zu den drei Ansätzen sowie weitere beobachtete Entwicklungen lassen sich der aktuellen Dokumentation für das Berichtsjahr 2004 entnehmen. Sie kann auf der Internetseite des MDS (www.mds-ev.de) oder der GKV (www.g-k-v.com) abgerufen werden.

3.6 Arbeits- und Gesundheitsschutz im Handwerk

In den letzten Jahren wurden auch auf Initiative des Handwerks hin die berufsgenossenschaftlichen Vorschriften für die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung im Bereich der alternativen Betreuung und für die Regelbetreuung für Betriebe mit bis zu 10 Beschäftigten reformiert, um einen effizienteren Arbeitsschutz zu erreichen. Darüber hinaus werden im Handwerk seit einigen Jahren im Rahmen einer zielorientierten Ausbildung Aspekte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes vermittelt. Die Vermittlung dieses Wissens erfolgt im Wesentlichen über die Aus- und Weiterbildung. Sowohl die Gesellen- als auch die Meisterprüfung beinhalten in erheblichem Umfang Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

Im Rahmen der Meisterausbildung im Handwerk werden verstärkt die gesetzlichen Grundlagen und die praktischen Hintergründe für den Arbeits- und Gesundheitsschutz vermittelt und damit das Bewusstsein für die Anwendung von Sicherheit und Gesundheitsschutz im Unternehmen geweckt. Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes nehmen mittlerweile in den Meister-vorbereitungskursen ein Volumen von bis zu 100 Stunden ein. Der Erfolg dieses Zeitaufwandes ist ein erheblich reduziertes Gesundheitsrisiko am Arbeitsplatz. Nach Bestehen der entsprechenden Prüfung sind Gesellen und Meister in der Lage, Gefährdungen zu erkennen und zu reduzieren, Belastungen abzubauen sowie die Verantwortung für Sicherheits- und Gesundheitsschutz aktiv wahrzunehmen. Dieses wird deutlich an den sinkenden Arbeitsunfallzahlen in den Handwerksbetrieben in den letzten Jahren.

Neben der Vermittlung von Kenntnissen über Arbeits- und Gesundheitsschutz im Rahmen der Ausbildungsordnungen wird in den letzten Jahren Betriebsinhabern, deren Ausbildung nicht nach der neuen Ausbildungsordnung erfolgte, das so genannte Unternehmermodell angeboten, bei dem Schulungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz durchgeführt werden. Diese Schulungen werden häufig mit Unterstützung der regionalen Handwerksorganisation durchgeführt.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass die Aufwendungen für die sicherheits- und gesundheits-technische Betreuung in den Betrieben gesenkt werden konnte. Die Sensibilität des Inhabers und der Belegschaft für Gefährdungspotenziale im Unternehmen ist zudem beträchtlich gewachsen. Positiv im Rahmen der Dokumentation ist, dass das Erkennen betrieblicher Risiken zugleich die Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten einschließt. Auf diese Weise etabliert sich mit dem Unternehmermodell ein Konzept, das sich im Wesentlichen auf den freiwilligen Einsatz des Betriebsinhabers stützt und mit einem Minimum an Kosten einen effektiven Arbeits- und Gesundheitsschutz leistet.

Es darf jedoch in der Zukunft nicht der Fehler begangen werden, den Gesundheitsschutz in kleinen und mittleren Betrieben noch intensiver zu reglementieren. Der Gesundheitsschutz muss für den Unternehmer eine über-

schaubare Rechtsmaterie bleiben; dann bauen sich auftretende Akzeptanzprobleme in der Praxis ab.

Darüber hinaus werden auf überbetrieblicher Ebene weitere Aktivitäten entwickelt. Beispielhaft seien hier die Aktivitäten des Umweltzentrums der Handwerkskammer zu Leipzig genannt, das derzeit ein Projekt zum Arbeits- und Gesundheitsschutz im Tischler- und Schornsteinfegerhandwerk durchführt.

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist für die arbeitsintensiven Handwerksbetriebe ebenfalls wichtig, denn durch eine verbesserte Krankheitsvorbeugung werden Fehlzeiten reduziert und die Produktivität der Mitarbeiter erhöht.

3.7 Aktivitäten öffentlicher Einrichtungen zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement

Gesundheitsförderung für MitarbeiterInnen in Kindertageseinrichtungen der Stadt Gelsenkirchen

Die Arbeitsbedingungen von Erzieherinnen und Erziehern werden in der Regel von der Öffentlichkeit als wenig belastend und krankmachend angesehen. Dabei zeigen Ergebnisse verschiedener Untersuchungen und Befragungen, dass gerade Erzieherinnen und Erzieher stärker belastet sind, als vergleichbare Berufsgruppen – dies sowohl im physiologischen wie psychologischen Bereich. Diese Ergebnisse gelten in ihrer Tendenz auch für die Erzieherinnen und Erzieher der Stadt Gelsenkirchen und waren Anlass für ein Gesundheitsprojekt.

Anders als in bisherigen Projekten innerhalb dieses „Settings“ (Lebenswelt), sollten die ErzieherInnen im Focus der Maßnahmen stehen, nicht die Kinder. Insofern kann das im Folgenden beschriebene Projekt „Gesundheitsförderung für MitarbeiterInnen in Kindertageseinrichtungen der Stadt Gelsenkirchen“ als modellhaft gelten.

Mit dem Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe, der BARMER Ersatzkasse und der Stadt Gelsenkirchen (vertreten mit den Abteilungen „Tageseinrichtungen für Kinder“ im Fachbereich Kinder, Jugend und Familie (Projektleitung), „Arbeitssicherheit und betrieblicher Gesundheitsschutz“ im Fachbereich Personal und Organisation und einem Vertreter des Personalrates), fanden sich drei Träger für die personelle und finanzielle Absicherung des Projektes. Mit dem Bildungswerk des LandesSportBundes NRW, Außenstelle Gelsenkirchen (Projektkoordination) und dem LandesSportBund NRW (in beratender Funktion) konnten zwei kompetente Kooperationspartner gewonnen werden.

Das gemeinsame Ziel war die Initiierung eines gesundheitsförderlichen Prozesses in den beteiligten Projekteinrichtungen, der alle Personengruppen einbezieht und als Teil der Einrichtung strukturell verankert wird. Ausgangspunkt war der Gesundheitsstatus der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Für das Setting wurden passende Strategien und Maßnahmen erprobt, um das Erkrankungsrisiko zu senken und die Gesundheitsressourcen zu verbessern. Verhältnis- und Verhaltensänderungen soll-

ten dabei zunächst erfasst und verbessert werden, um die gesundheitlichen Belastungen nachhaltig zu reduzieren.

In zehn ausgewählten Projekteinrichtungen wurden Maßnahmen aus den Bereichen Materialbeschaffung und -einsatz, Fortbildung, Information und Bewegung/Sport erprobt. Von Begehungen unter dem Focus Lärm und Umgang mit Gefahrstoffen, über Informationen zur konkreten Gesundheitsprävention (Impfungen etc.) bis hin zur Durchführung eines Gesundheitszirkels zum Thema „Lärmbelastung und Lärmbeanspruchung im Alltag der Kindertagesstätten“ unter Beteiligung von ErzieherInnen wurde eine breite Palette von Ansätzen verfolgt, um die oben genannten Ziele zu erreichen.

Im Folgenden sollen einige Maßnahmen mit den dort gemachten Erfahrungen und Ergebnissen aufgeführt und näher erläutert werden. Erzieherinnen- und Trip-Trap-Stühle wurden, zum Teil unter Einbeziehung der Erzieherinnen, angeschafft und im Alltag der Kindertageseinrichtungen ausprobiert. Die anfängliche Skepsis wich schnell den positiven Erfahrungen, die dazu führten, die Möbel gar nicht mehr in andere Gruppen abgeben zu wollen. Die Meinung, sich auf das Größenniveau der Kinder herunter begeben zu müssen, konnte ersetzt werden durch die Erfahrung, die Kinder auf das Größenniveau der Erzieherinnen zu heben, was den Kindern viel Spaß machte und den Erzieherinnen in vielen Situationen eine gesundheitsfördernde Körperhaltung ermöglichte.

Lärm ist ein wesentlicher Stressfaktor im Alltag der ErzieherInnen. Zur Bewusstmachung, Sensibilisierung und Regulierung von Lärm in verschiedenen Situationen und Räumlichkeiten konnte eine Lärmampel angeschafft und ausprobiert werden. Diese Ampel schaltet visuell bei zunehmendem Lärmpegel von Grün, über Gelb auf Rot. Zusätzlich kann ein auditives Signal zugeschaltet werden. Die gemachten Erfahrungen waren vielschichtig. Zum einen probierten gerade die Kinder die Ampel aus, was anfangs zu erhöhten Lärmsituationen führte. Anschließend konnte, unter Hinweis auf die Ampel, der Lärmpegel deutlich gesenkt werden, bis ein gewisser Gewöhnungseffekt eintrat, was eine Normalisierung der Lärmsituation zur Folge hatte.

Die Lärmampel leistet aber deutlich mehr. Erzieherinnen haben verschiedene Spiel- und Raumsituationen ausprobiert. Dabei fielen Diskrepanzen, z. B. Spielecke „Bausteine“ neben Ruheecke „Lesen“, die durch Umorganisation und/oder Umgestaltung behoben oder entschärft wurden. Alle Einrichtungen, die die Lärmampel bislang ausprobiert haben, kommen zu dem Schluss, dass dieses Instrument zur Verringerung der Lärmsituation nur temporär aber durchaus wiederholbar einsetzbar ist.

Zudem gab es ein fünf Stunden umfassendes Angebot in allen Projekteinrichtungen zum Thema „Entspannung und Mobilisation der Wirbelsäule“. Dieses, nach Dienst stattfindende, aber als Dienstzeit angerechnete, freiwillige Angebot wurde von vielen Mitarbeiterinnen gut angenommen. Die dort vermittelten Inhalte wurden in zwei ausgewählten Einrichtungen überprüft. Aus dem daraus

entstandenen Material wird eine Broschüre unter der Überschrift „Richtig oder Falsch bewegt“ entwickelt.

Ein weiterer Effekt dieser Maßnahme war der Wunsch einiger Tagesstätten-Teams, dauerhaft, im Anschluss an die Dienstzeit, Sport zu treiben. Das Bildungswerk war für die Umsetzung der Maßnahmen verantwortlich und richtete, den Wünschen entsprechend, Walking-, Lauf- und Rückenurse ein. Inzwischen haben sich einige dieser Angebote verstetigt. Dem Wunsch der ErzieherInnen entsprechend, sind Angebote im Bereich von Fortbildungen zum Thema „Stress/Umgang mit Stress“ eingerichtet worden. Die hohe Auslastung dieser Angebote und die positiven Rückmeldungen der TeilnehmerInnen hat zur Folge, dass solche Fortbildungen fester Bestandteil des Fortbildungsprogramms der Stadt Gelsenkirchen geworden sind.

Weitere Maßnahmen sollen auch über das eigentliche Projektende hinaus noch folgen. Das Projekt stößt im gesamten Bundesgebiet auf starkes Interesse. Verschiedene Einladungen zu Tagungen, auf denen über die Arbeit berichtet werden soll, belegen dies. Am 31.03.2006 endete das Projekt offiziell. Eine bereits eingeleitete anstehende zweite Mitarbeiterbefragung soll Aufschlüsse über das Erreichen der Ziele geben. Konnten die Erzieherinnen im Hinblick auf Gesundheitsförderung sensibilisiert werden? Welche Verhaltens- und Verhältnisänderungen haben stattgefunden? Eine abschließende Dokumentation soll diese Fragen beantworten.

Weiterführende Informationen zu diesem Thema:

www.learn-line.nrw.de/angebote/gesundids/kitas/ppts/gesfoemi-Dateien/frame.htm

Gesundheitsförderung in Stadtverwaltungen

In Verwaltungen der Städte und Gemeinden überwiegen die arbeitsbedingten Beeinträchtigungen der Gesundheit der Beschäftigten deutlich gegenüber dem Auftreten von Arbeitsunfällen. Der Rheinische Gemeindeunfallversicherungsverband führt daher in insgesamt drei Kommunen (zwei Großstädte, eine mittelgroße Kommune) Pilotprojekte zur langfristigen und nachhaltigen Gesundheitsförderung⁹ durch. Ziel ist es, die kognitiven, emotionalen und sozialen Belastungen zu erkennen, zu reduzieren bzw. zu optimieren. Die Ergebnisse der Ist-Analyse aus den am Projekt beteiligten Kommunen haben gezeigt, dass das Belastungserleben in Abhängigkeit von den jeweiligen Pilotbereichen von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst wird. Faktoren, die in allen Bereichen anzutreffen sind, sind insbesondere Führung, Kommunikation und Information sowie zeitliche Belastungen. Die Erfahrungen der auf die Analyseergebnisse abgestimmten Trainings und der Workshops werden in einer Informationsschrift als Handlungshilfe zusammengefasst.

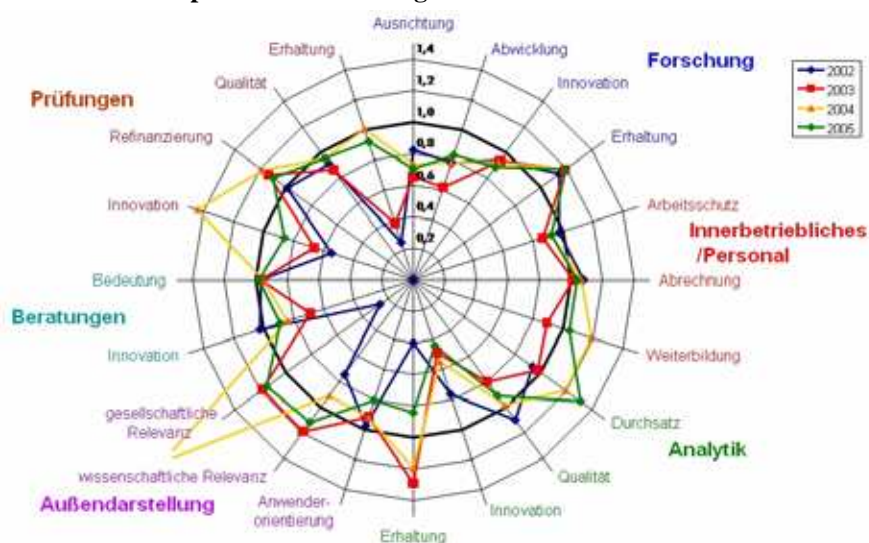
Weiterführende Informationen zu diesem Thema:

Rheinischer Gemeindeunfallversicherungsverband (Hrsg.): Gesundheitsmanagement im Betrieb.¹⁰

⁹ www.rguvv.de/index.php?id=191

¹⁰ Für Mitgliedsunternehmen des Rheinischen GUVV erhältlich

Abbildung E8

Multidimensionale Perspektiven des Berufsgenossenschaftlichen Instituts für Arbeitsschutz**Verbesserung des Bewegungsverhaltens bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Betrieben mit Lastenhandhabung**

Vor dem Hintergrund eines hohen Maßes an Rückenbeschwerden hat die Landesunfallkasse Hamburg ein Projekt zur Verbesserung des Bewegungsverhaltens von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Betrieben mit Lastenhandhabung mit dem Ziel einer Verbesserung der Bewegungsabläufe durchgeführt. Die Beschäftigten wurden durch Coaching mit Videounterstützung in ihrer täglichen Arbeit begleitet. Die Bewertung exemplarischer Tätigkeiten nach der Leitmerkmal-Methode hat dabei gezeigt, dass teilweise erheblicher Gestaltungsbedarf besteht, um das Risiko körperlicher Überlastungen zu reduzieren. Ferner wurde – neben dem Aufzeigen und Nutzen von Bewegungsspielräumen – die Dringlichkeit von Maßnahmen zu räumlichen und technischen Verbesserungen deutlich. Das Ergebnis der Projekte wurde evaluiert. Bei den meisten Beschäftigten haben sich das Interesse für das eigene Bewegen und die Bewegungsbewusstheit erheblich verbessert. Bauliche, organisatorische und technische Verbesserungen werden geplant und in den betroffenen Betrieben schrittweise umgesetzt. Das Coaching bei der Lastenhandhabung wurde zum festen Beratungsbestandteil in der Präventionsarbeit der Landesunfallkasse Hamburg.

Broschüren zu diesem Thema finden Sie unter:

www.luk-hamburg.de/service/service.htm

4. Instrumente zur Bewertung von Maßnahmen im Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit**4.1 Balanced Scorecard**

Bereits in den 90er Jahren haben Kaplan und Norton mit der Balanced Scorecard (BSC) ein System entwickelt, das nicht nur monetäre Resultate, sondern auch nicht monetäre Ergebnisse eines Unternehmens in ausgewogener Weise darstellbar und an Zielen orientierbar

macht. Die BSC wird dabei bezeichnet als ein „effektives und universelles Instrument für das Management einer konsequenten Ausrichtung der Aktionen (Handlungen, Maßnahmen) einer Gruppe von Menschen (Organisation, Unternehmen, Institutionen, Bereiche, Abteilungen, Projektgruppen...) auf ein gemeinsames Ziel“. Ausgehend von einem zentralen strategischen Ziel wird dieses Leitziel (auch Perspektive genannt) durch Subziele konkretisiert, die wiederum einzelne Kennzahlen als Messgrößen miteinander verbinden. Dieses Schema scheint geeignet, ein Kennzahlensystem auf der Basis der Dienstleistungen im Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit zu entwickeln. Das Berufsgenossenschaftliche Institut für Arbeitsschutz (BGIA) hat die BSC auf den eigenen Dienstleistungsbereich und die Innen- und Außenbeziehungen beispielhaft angewendet.

Ein Kennzahlensystem muss auf einer Menge von Zahlen aufgebaut werden, die kontinuierlich ermittelt werden und für die Erfahrungen aus der Vergangenheit vorliegen, damit die geeigneten Zielgrößen bestimmt werden können. In Anlehnung an das Balanced Scorecard System sollten dabei, aufbauend auf den Kerndienstleistungen des Instituts, die Perspektiven und Subziele entwickelt und wo nötig, weiter herunter gebrochen werden. In einem gemeinsamen Arbeitskreis, in dem alle Abteilungen des Institutes vertreten waren, zeigte sich sehr schnell, dass die Dienstleistungen des BGIA dabei die Hauptperspektiven für die Entwicklung einer Balanced Scorecard ausmachen müssen. Neben diesen am direkten Kunden orientierten Perspektiven wurden die „Außendarstellung“ und „Innerbetriebliches/Personal“ in die Balanced Scorecard aufgenommen. Diese multidimensionalen Perspektiven wurden an dem strategischen Ziel des Instituts ausgerichtet, eine innovative, sich primär an den Bedürfnissen der Berufsgenossenschaften orientierende Forschungs-, Beratungs- und Prüfeinrichtung zu sein.

Die Abb. E8 beschreibt die sechs Perspektiven des BGIA über die letzten vier Jahre. Fast jede der Dienstleistungen enthält einen Aspekt zum Thema „Innovati-

on“ und „Erhaltung/Infrastruktur“. Als Dienstleister für die Berufsgenossenschaften und deren Mitgliedsbetriebe kann das Institut langfristig für diese nur interessant sein, wenn es immer wieder neuen Fragestellungen aus der Praxis nachgeht. Der übermäßige Ausbau von Routinetätigkeiten läuft diesem Ziel zuwider, selbst wenn damit Einnahmen verbunden wären. Gleichzeitig muss der Aufwand in Erhaltungsmaßnahmen, also die Infrastruktur der einzelnen Einrichtungen, kritisch im Auge behalten werden, damit das Institut sich nicht mit sich selbst beschäftigt. Eine Besonderheit des BGIA ist der starke Anwendungsbezug für die berufsgenossenschaftliche Praxis. Sobald das Institut die Ausrichtung seiner Aktivitäten zu wenig an den Bedürfnissen der Berufsgenossenschaften und ihrer Fachausschüsse ausrichtet oder Ergebnisse liefert, die für die betriebliche Praxis nicht konkret nutzbar sind, verliert es seine Attraktivität. Bei den Perspektiven „Forschung“ und „Beratung“ wurde unter den Aspekten „Ausrichtung“ bzw. „Bedeutung“ auf diesen Punkt Bezug genommen, in dem die BG-Ausrichtung der Forschung bzw. der Anteil des Aufwands für BG-Gremien bei der Gremientätigkeit in die Bewertung einbezogen wurden. Bei der „Außendarstellung“ wurde in den Subzielen „Anwenderorientierung“ und „gesellschaftliche Relevanz“ ebenfalls die berufsgenossenschaftliche Bewertung mit einbezogen. Insbesondere bei den Forschungsvorhaben und Untersuchungen ist es wichtig, flexibel und zeitnah auf die Anforderungen der Berufsgenossenschaft zu reagieren.

4.2 Qualität in der Prävention – ein Forschungsvorhaben der Berufsgenossenschaften

Wie lässt sich die Wirksamkeit in der Prävention nachweisen? Stehen die finanziellen Aufwendungen für Präventionsmaßnahmen in einem vernünftigen Verhältnis zum betriebs- und volkswirtschaftlichen Nutzen? Das sind zentrale Fragen, die auf internationaler, europäischer und nationaler Ebene in den letzten Jahren immer intensiver diskutiert werden. Sowohl in der Gesetzgebung in Deutschland, als auch in den Gemeinschaftsverträgen und Richtlinien der EU ist der gesellschaftspolitische Auftrag verankert, für sichere und gesunde Arbeitsplätze zu sorgen. Die gewerblichen Berufsgenossenschaften bieten dazu bereits seit Jahrzehnten verschiedene Präventionsdienstleistungen an, wie:

- Beratung und Überwachung,
- Ermittlung,
- betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung,
- Aus- und Weiterbildung,
- Unfallverhütungsvorschriften, Regeln und Informationsschriften,
- Prüfung und Zertifizierung,
- Forschung und Entwicklung, sowie
- Anreizsysteme.

Ziel dieser Präventionsdienstleistungen ist es, nicht nur die Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten am Ar-

beitsplatz zu gewährleisten, sondern auch die Leistungsfähigkeit zu stärken sowie Kosten z. B. für die medizinische Behandlung, Rehabilitation und Renten zu senken. Die Anforderungen an Prävention fordern von allen Beteiligten, also auch von den Trägern der Unfallversicherung, Präventionsarbeit nach dem besten verfügbaren Stand des Wissens und in möglichst guter und nachweisbarer Qualität zu betreiben. Die Berufsgenossenschaften starteten vor diesem Hintergrund im Herbst 2004 gemeinsam mit dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) das mehrjährige Forschungsvorhaben „Qualität in der Prävention – Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Präventionsdienstleistungen der gewerblichen Berufsgenossenschaften“. Das Vorhaben soll eine Grundlage zur Optimierung berufsgenossenschaftlicher Präventionsdienstleistungen bilden und die Berufsgenossenschaften bei deren bedarfsorientiertem Einsatz unterstützen.

Es verfolgt u. a. folgende Ziele:

- Feststellen des Standes der Qualität, der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit der berufsgenossenschaftlichen Präventionsdienstleistungen,
- Ermittlung und Überprüfung von Indikatoren (Messgrößen) zur Qualitätsmessung,
- Ableitung von Empfehlungen für Verbesserungen der Qualität in der Prävention.

Mit dem Projekt „Qualität in der Prävention“ soll die Qualität der berufsgenossenschaftlichen Präventionsarbeit nachgewiesen und kontinuierlich gefördert werden. Der Transfer von Ergebnissen der Qualitätsforschung auf die Prävention soll zu einem optimierten Einsatz von personellen und finanziellen Ressourcen der gewerblichen Berufsgenossenschaften beitragen und darlegen, dass sich Arbeitsschutz auch wirtschaftlich lohnt.

Weitere Informationen zum Thema:

www.hvbg.de/d/bgag/forsch/qdp/index.html

4.3 Toolbox mit Instrumenten zur Erfassung psychischer Belastung

Maßnahmen im Bereich Sicherheit und Gesundheit können mit Hilfen von Analyseergebnissen bewertet werden. Auf dem Gebiet „Psychische Belastung“ gibt es für die Analyse eine Vielzahl von entsprechenden Instrumenten (Resch, 2002). Eine Auswahl davon findet sich in der Toolbox mit Instrumenten zur Erfassung psychischer Belastung, die im Jahr 2002 zum ersten Mal veröffentlicht wurde (Richter & Kuhn, 2002). Betrieblichen Nutzern ist es auf diesem Wege möglich, sich in der Verfahrenslandschaft zu orientieren, da die Toolbox eine Übersicht und Systematisierung einschlägiger Verfahren im deutschsprachigen Raum beinhaltet. Betriebliche Nutzer werden außerdem bei der Auswahl der Verfahren unterstützt und sie können ihr Wissen auf dem Gebiet psychischer Belastung vertiefen.

Aufbau und Inhalte der Toolbox

Die Toolbox ist in drei große Bausteine unterteilt: den einführenden Teil, die Instrumentenbox und das Handbuch.

Einführung

Im ersten Abschnitt der Toolbox finden Nutzer Antworten auf folgende Fragen:

- Warum sollten psychische Belastungen im Betrieb erfasst werden?
- Wer kann welches Instrument einsetzen?
- Wie kann das passende Instrument gefunden werden?
- Wie kann die Auswahl dokumentiert werden?
- Müssen im Betrieb mehrere Verfahren eingesetzt werden?
- Welche Erfahrungen liegen bei der Arbeit mit der Toolbox vor?

Neben den Gründen für die Erfassung psychischer Belastungen im Betrieb, die z. B. in Klagen von Beschäftigten über Zeitdruck oder einseitige (monotone) Arbeitsinhalte und/oder gesundheitliche Beschwerden bestehen können, wird bereits im ersten Abschnitt auf die Nutzergruppenproblematik verwiesen. Je weniger Wissen ein Nutzer über psychische Belastungen hat, desto grober ist das Instrument, das der Nutzer einsetzen kann. Ein ungeschulter Nutzer kann also nur ein orientierendes Verfahren auswählen. „Ungeschult“ heißt, dass Grundkenntnisse auf dem Gebiet psychische Belastungen vorhanden sein müssen, um psychische Belastungen überhaupt erkennen zu können. Auf dieser Ebene wird deshalb die Teilnahme an einem Grundlagenseminar empfohlen.

Wichtige Kriterien für die Auswahl des passenden Instruments sind neben der Nutzerqualifikation die Bran-

Tabelle E1
Toolboxstatistik: Einordnung der Verfahren nach dem Gestaltungsbezug

Gestaltungsbezug	Anzahl der Verfahren	
	Version 1.0	Version 1.1
Verfahren zur Verhältnisprävention		
- orientierende Verfahren ¹	15	16
- Screeningverfahren ²	29	37
- Expertenverfahren ³	21	22
Verfahren zur Verhaltensprävention ³	19	20

¹ Einsatz nur nach Absolvierung eines Grundlagenseminars „Psychische Belastung“

² Einsatz nur nach Verfahrensschulung möglich

³ Verfahren können nur von Experten (Diplom-PsychologInnen) eingesetzt werden

Quelle: Richter et al., 2005

che oder die Tätigkeitsklasse, aber auch die Methode der Datengewinnung.

Es wird empfohlen, die vorgenommene Verfahrensauswahl zu dokumentieren. Die Auswahldokumentation kann innerbetrieblich als Diskussionsgrundlage genutzt werden oder dient überbetrieblich dem Erfahrungsaustausch.

Die Toolbox¹¹ wird im Monat ca. 3.000 Mal angeklickt. Die Erfahrungen im Umgang mit der Toolbox sind sehr unterschiedlich. Folgende Aussagen wurden von Anwendern mitgeteilt:

- Für die Analyse psychischer Belastungen vor Ort ist die Teilnahme an einer Schulung erforderlich.
- Bevor psychische Belastungen erhoben werden, muss das Problem genauer definiert und die Zielstellung formuliert werden.
- Die Analyse psychischer Belastungen erfolgt nur in Zusammenarbeit mit Experten (Arbeitspsychologen) bzw. wird an diese vergeben.

Instrumentenbox

In der Toolbox sind über 90 Verfahren zur Erfassung und Bewertung psychischer Belastung systematisch dargestellt (Richter et al., 2005). Wichtig ist, dass in der Toolbox keine Merkmalslisten bzw. Fragebögen abgedruckt sind. Gründe dafür sind vorhandene Autoren- und Verlagsrechte. Mit den Kurzbeschreibungen der Verfahren wird die Auswahl von Verfahren, die auf die Rahmenbedingungen des eigenen Betriebes am besten zugeschnitten sind, unterstützt.

Die in der Instrumentenbox enthaltenen Übersichtstabellen und Verzeichnisse (Stichwort-, Autoren- und Instrumentenverzeichnis) können für die Suche eines Verfahrens genutzt werden.

Ein weiterer Bestandteil der Instrumentenbox ist die Toolboxstatistik (s. Tab. E1). Aus ihr geht hervor, in welchen Bereichen Verfahren zur Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen enthalten sind.

Handbuch

Mit den im Handbuch getroffenen Aussagen können die eigenen Kenntnisse auf dem Gebiet der psychischen Belastungen vertieft werden. So werden auf der Grundlage von ISO 10075 – Teil 1 (1996) die Begriffe psychische Belastung und Beanspruchung definiert. Die Analysetiefe und Maßnahmen zur menschengerechten Arbeitsgestaltung (ISO 10075 – Teil 2, 1999) werden beschrieben sowie Hinweise für die Umsetzung gegeben.

In den Anhängen des Handbuches wird auf einzelne Sachverhalte noch differenzierter eingegangen. So können z. B. Informationen zu den Tätigkeitsklassen oder den statistischen Gütekriterien (ISO 10075-3 – Teil 3, 2004) nachgeschlagen werden.

¹¹ www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Toolbox.html

Bei der Erfassung psychischer Belastungen wird auf das von Debitz et al. (2001) veröffentlichte Drei-Stufen-Modell zurückgegriffen. Es geht davon aus, dass psychische Belastungen orientierend, vertiefend und umfassend analysiert werden können. Je höher die Stufe ist, desto höher ist das Wissen, dass die Verfahrensanwender beim Einsatz eines Verfahrens benötigen und je differenzierter sind die eingesetzten Verfahren. In der Gruppe der orientierenden Verfahren finden sich meistens Check- und Prüflisten. Diese haben ca. 20 Merkmale und sind in der Regel nominalskaliert (z. B. ja/nein, 0/1, trifft zu/trifft nicht zu). Screeningverfahren, die eine vertiefende Analyse psychischer Belastungen erlauben, haben im Gegensatz dazu zwischen 50 bis ca. 100 Merkmale, die drei-, fünf- oder siebenstufig erfasst werden. Für deren Einsatz ist jedoch die Teilnahme an Verfahrensschulungen erforderlich. Expertenverfahren werden eingesetzt, um umfassende Analysen bei ganz bestimmten Sachverhalten der Arbeit durchzuführen. Die Merkmale sind oft ordinal skaliert (Rangplätze). Der Einsatz dieser Verfahren ist damit Experten, d. h. Diplom-PsychologInnen, vorbehalten.

Vorgehen im Betrieb

Günstig für die Erfassung psychischer Belastungen im Betrieb ist die Gründung einer Projektgruppe. In der Projektgruppe sollten der Betriebsarzt, die Sicherheitsfachkraft, Mitglieder verschiedener Interessenvertretungen und Mitarbeiter aus dem Betrieb vertreten sein. Die Arbeit der Projektgruppe muss mit der Unternehmensleitung abgestimmt sein. Die Projektgruppe entwickelt einen Ablaufplan, der auch den Zeitplan für die Analyse, Auswertung und Umsetzung enthält.

Bevor jedoch die Erfassung psychischer Belastungen im Betrieb erfolgen kann, ist im Rahmen von Workshops eine breite Information der Führungskräfte und Mitarbeiter erforderlich. In kleineren und mittleren Betrieben sollten Gruppendiskussionen durchgeführt werden, bei denen z. B. Schwachstellen in der Organisation erkannt und diskutiert werden. Weitere Hinweise zum Vorgehen im Betrieb können bei Richter et al. (2004) nachgelesen werden.

Literatur

Debitz, U.; Gruber, H.; Richter, G.: Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. Teil 2. Erkennen, Beurteilen und Verhüten von Fehlbeanspruchungsfolgen. Bochum: Verlag Technik und Information 2001

DIN EN ISO 10075-1, 1996: Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung. Teil 1: Allgemeines und Begriffe.

DIN EN ISO 10075-2, 1999: Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung. Teil 2: Gestaltungsgrundsätze

DIN EN ISO 10075-3, 2004: Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung. Teil 3: Prinzipien und Anforderungen für die Messung und Erfassung psychischer Arbeitsbelastung

Resch, M.: Analyse psychischer Belastung. Überblick über Verfahren und ihre Anwendung im Arbeits- und Gesundheitsschutz. In: Bamberg, E.; Mohr, G.; Rummel, M. (Hrsg.). Reihe Arbeits- und Organisationspsychologie. Bern: Verlag Hans Huber 2002

Richter, G.; Kuhn, K.: Toolbox Version 1.0. Instrumente zur Erfassung psychischer Belastung. Dortmund/Dresden [2001] 2002 (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Gründruck)

Richter, G.; Friesenbichler, H.; Vanis, M.: Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz Teil 4. Orientierende Verfahren zur Erfassung psychischer Belastung. Bochum: Verlag Technik und Information (2004)

Richter, G.; Kuhn, K.; Gärtner, K.: Toolbox Version 1.1. Instrumente zur Erfassung und Bewertung psychischer Belastung. Dortmund/Dresden 2005 (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Gründruck, Forschung Projekt F 1965)

4.4 Handlungshilfe zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen

Die durchgehend in der Bundesverwaltung, von mehreren Unfallversicherungsträgern und Unternehmen der Privatwirtschaft eingesetzte Handlungshilfe¹² bietet mit dem Arbeitsplaner eine passgenaue Abbildung des jeweiligen Unternehmens. Die Maßnahmenverwaltung ermöglicht den Verantwortlichen jederzeit eine Gesamtübersicht über alle Gefährdungen, die zu treffenden Maßnahmen und den Stand der Umsetzung. Der Baustein "Psychische Belastungen" ist von der TU Dresden evaluiert worden und gilt als standardisiertes Verfahren. Eine aktualisierte Update-Version 3.1 ist derzeit in Vorbereitung (erstes Halbjahr 2007).

5. Produktsicherheit

5.1 Was umfasst das Geräte- und Produktsicherheitsgesetz?

Eines der wesentlichen Gesetze in Deutschland im Zusammenhang mit Sicherheit ist das Geräte- und Produktsicherheitsgesetz (GPSG), das im Mai 2004 in Kraft trat. Durch das GPSG und die zum GPSG gehörenden Verordnungen werden mehrere EG-Richtlinien in deutsches Recht übernommen, wie in Abb. E9 dargestellt ist.

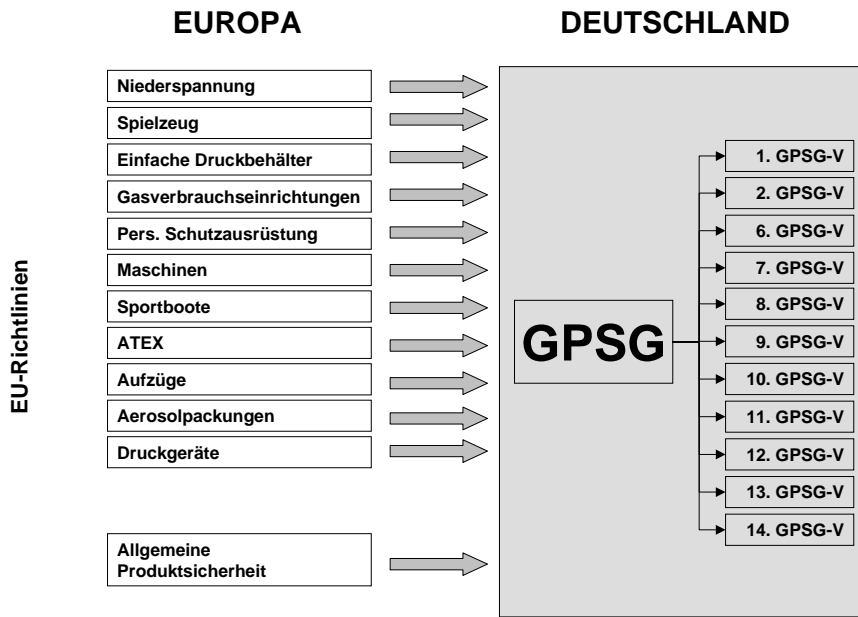
Das Geräte- und Produktsicherheitsgesetz ist in sieben Abschnitte gegliedert:

- Im Abschnitt 1 werden allgemeine Vorschriften des Gesetzes abgehandelt.
- Im Abschnitt 2 wird das Inverkehrbringen und Kennzeichnen von Produkten geregelt.
- Der Abschnitt 3 regelt das Überwachen des Inverkehrbringens von Produkten.
- Im Abschnitt 4 werden besondere Vorschriften berücksichtigt.
- Abschnitt 5 regelt den Umgang mit überwachungsbedürftigen Anlagen.
- Im Abschnitt 6 werden Straf- und Bußgeldvorschriften behandelt und festgelegt.
- Abschnitt 7 enthält Schlussvorschriften über das Inkrafttreten und Ablösen anderer Regelungen.

¹² www.bmi.bund.de/cln_028/nn_122688/sid_60C9B522341CE83F9F9C869F0C25531/Internet/Content/Broschueren/2004/Handlungshilfe_-_Beurteilung_der_Arbeitsbedingungen_de.html

Abbildung E9

Übernahme von EU-Richtlinien in das Geräte- und Produktsicherheitsgesetz



Darstellung nach Dirk Moritz, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

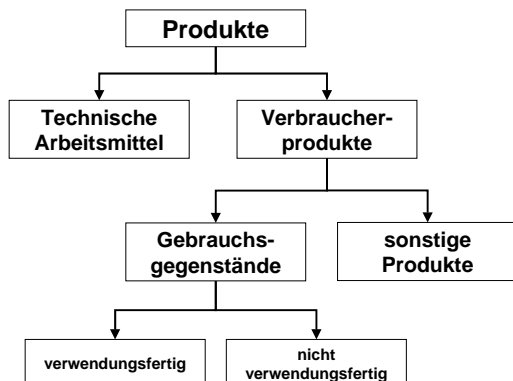
Was sind Produkte?

Die Abschnitte 2, 3 und 4 enthalten die wesentlichen Grundlagen für den Umgang mit Produkten auf dem deutschen Markt. Der Begriff „Produkte“ umfasst nach dem GPSG einerseits technische Arbeitsmittel, die ausschließlich bei der Arbeit verwendet werden und andererseits Verbraucherprodukte, die für Verbraucher bestimmt sind oder unter vernünftigerweise vorhersehbaren Bedingungen von Verbrauchern benutzt werden können, selbst wenn sie nicht für diese bestimmt sind. Diese Einteilung zeigt Abb. E10.

Zu den im Abschnitt 2 getroffenen Regelungen über das Inverkehrbringen und Kennzeichnen von Produkten gehören besondere Pflichten für das Inverkehrbringen von Verbraucherprodukten sowie über die CE-Kennzeichnung und das GS-Zeichen. Im Abschnitt 3 über das Überwachen des Inverkehrbringens von Produkten werden die Aufgaben und Befugnisse der zuständigen Behörden festgelegt, Meldeverfahren definiert und die

Abbildung E10

Produktbegriff im Geräte- und Produktsicherheitsgesetz



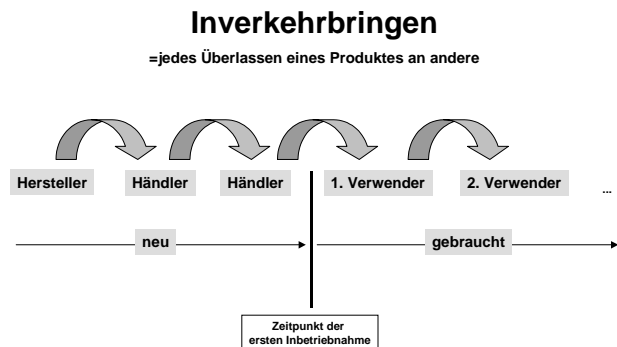
Pflicht zur Veröffentlichung von Informationen festgeschrieben. Zu den besonderen Vorschriften des Abschnitts 4 zählen Regelungen über zugelassene Stellen, die Verteilung der Aufgaben an die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und die Einrichtung des Ausschusses für technische Arbeitsmittel und Verbraucherprodukte.

Was ist Inverkehrbringen?

Wesentlich neben dem Begriff „Produkt“ ist das „Inverkehrbringen“, das in Abb. E11 schematisch dargestellt ist. Inverkehrbringen bedeutet nach dem Geräte- und Produktsicherheitsgesetz jedes Überlassen eines Produktes im Rahmen einer wirtschaftlichen Unternehmung an andere, unabhängig davon, ob dieses Überlassen gegen Bezahlung oder ohne Bezahlung erfolgt. Das Gesetz definiert dabei auch den Zeitpunkt der ersten Inbetriebnahme, der die Grenze darstellt zwischen einem neuen und einem gebrauchten Produkt.

Abbildung E11

Inverkehrbringen und erste Inbetriebnahme



Darstellung nach Dirk Moritz, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Ein Produkt ist so lange neu, solange es noch nicht beim ersten Verwender angekommen ist. Der Weg vom Hersteller über einen oder mehrere Zwischenhändler ist noch keine Verwendung des Produktes, erst die Überlassung an den Endverbraucher macht das Produkt zu einem gebrauchten Produkt. Trotzdem sind Übergänge vom Hersteller an einen und an weitere Händler, an den Verwender und weitere spätere Verwender Inverkehrbringungsprozesse.

Welche Aufgaben hat die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Beim Auftreten von Produkten mit besonderen Gefährdungen hat die europäische Union die Nutzung des Schnellinformationssystems RAPEX (Rapid Exchange of Information System) festgelegt. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) ist die zentrale Stelle für Meldungen im Bereich von Schutzklauselverfahren und RAPEX (vgl. Abschnitt E 5.2). Die BAuA prüft diese Meldungen auf Vollständigkeit und Schlüssigkeit und meldet an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, an die zuständigen Ressorts und die zuständigen Stellen der europäischen Union. Gemeldet werden insbesondere Maßnahmen, durch die das Inverkehrbringen eines Produktes untersagt oder eingeschränkt oder seine Rücknahme oder sein Rückruf angeordnet wird. Dies schließt auch die Meldung jeder Änderung oder Aufhebung der Maßnahme oder jeweiligen Vorkehrungen mit ein. Die BAuA hat als beauftragte Stelle ebenso wie die zuständige Behörde die grundsätzliche Pflicht, Informationen über gefährliche Verbraucherprodukte zu veröffentlichen. Dabei werden unanfechtbar gewordene Anordnungen bekannt gemacht und Informationen über gefährliche Verbraucherprodukte der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Dies erfolgt elektronisch über das Internet bzw. durch Veröffentlichungen in den Amtlichen Mitteilungen der BAuA.

Das GPSG weist der BAuA im Bereich der Produktsicherheit in Deutschland wesentliche Aufgaben und Befugnisse zu. Die BAuA ist nach § 12 des GPSG die Fachbehörde in Fragen der Produktsicherheit im Geschäftsbereich des BMAS. In Einzelfällen führt die BAuA Risikobewertungen für die zuständigen Behörden oder für das BMAS durch. Die BAuA wertet die Ergebnisse aus der Marktüberwachung aus und unterstützt die Marktüberwachungsbehörden bei der Entwicklung und Durchführung des Überwachungskonzeptes.

Die BAuA hat die Geschäftsführung des Ausschusses für technische Arbeitsmittel und Verbraucherprodukte, der nach § 13 des GPSG eingerichtet wurde. Der Ausschuss für technische Arbeitsmittel und Verbraucherprodukte ist paritätisch mit sachverständigen Personen aus dem Kreis der zuständigen Behörden für Sicherheit und Gesundheit des Bundes und der Länder, der zugelassenen Stellen, der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, des Deutschen Instituts für Normung e. V., der Kommission Arbeitsschutz und Normung, der Arbeitgebervereinigungen, der Gewerkschaften und der beteiligten Verbände, insbesondere der Hersteller und Verbraucher besetzt. Der Ausschuss hat die Aufgabe,

die Bundesregierung in Fragen der Geräte- und Produktsicherheit zu beraten, Normen und sonstige technische Spezifikationen zu ermitteln, die im Sinne des New Approach die Vermutungswirkung auslösen.

Neu ins GPSG aufgenommen wurde das Ermitteln von nationalen technischen Spezifikationen, also Normen, die nicht im europäischen Sinne harmonisiert sind, aber ebenfalls eine Vermutungswirkung auslösen sollen. Auch dies ist eine Aufgabe des Ausschusses für technische Arbeitsmittel und Verbraucherprodukte.

Mit welchen Kennzeichnungen können Produkte versehen sein?

Das Geräte- und Produktsicherheitsgesetz enthält auch Regelungen, die im Zusammenhang mit dem Bereich der Konformitätsbewertung stehen. Der § 11 legt Aufgaben für sogenannte zugelassene Stellen fest, die die Übereinstimmung mit den grundlegenden Sicherheitsanforderungen feststellen sollen und somit maßgeblich im Bereich der Vergabe des CE-Zeichens eingebunden sind. Darüber hinaus werden Regelungen für Stellen getroffen, welche für die Zuerkennung des GS-Zeichens benannt werden. Damit enthält das GPSG Bestimmungen über zwei Kennzeichnungen, einerseits das europäische CE-Kennzeichen, andererseits das rein deutsche GS-Zeichen.

Mit der CE-Kennzeichnung eines Produktes erklärt der Verantwortliche, dass das Produkt allen anzuwendenden Gemeinschaftsvorschriften entspricht und die entsprechenden Konformitätsbewertungsverfahren durchgeführt wurden. Die CE-Kennzeichnung zeigt an, dass ein Produkt den grundlegenden Sicherheitsanforderungen der Europäischen Gemeinschaft genügt. Dieses Zeichen richtet sich ausschließlich an die Marktüberwachungsbehörden und nicht an die Verbraucher. Dagegen stellt das GS-Zeichen ein Zeichen dar, mit dem einem Verbraucher, dem Endkunden, symbolisiert werden soll, dass sich ein Produkt durch besondere Erfüllung von Sicherheitsaspekten gegenüber anderen Produkten auszeichnet.

Die CE-Kennzeichnung ist zwingend vorgeschrieben und anzubringen, bevor ein Produkt, das der CE-Kennzeichnung unterliegt, in den Verkehr gebracht oder in Betrieb genommen wird, es sei denn, spezielle Richtlinien sehen anderslautende Bestimmungen vor. Gelten für ein Produkt mehrere Richtlinien, die alle die CE-Kennzeichnung vorsehen, so bedeutet die Kennzeichnung, dass von der Konformität des Produktes mit den Bestimmungen aller dieser Richtlinien auszugehen ist. Ein Produkt darf nur dann mit einer CE-Kennzeichnung versehen werden, wenn für das Produkt eine Richtlinie existiert, die die Anbringung der CE-Kennzeichnung vorsieht. Die CE-Zeichenvergabe erfolgt durch zugelassene Stellen. Voraussetzung für die Benennung als zugelassene Stelle ist ein Akkreditierungs- und Anerkennungsverfahren. Es können auch Stellen aus dem gesamten europäischen Wirtschaftsraum und aus Staaten, mit denen entsprechende Verträge existieren, in Deutschland tätig werden.

Die Regelungen des Geräte- und Produktsicherheitsgesetzes werden durch die Länder umgesetzt. Die Anerkennung, Akkreditierung und später die Kontrolle einer zugelassenen Stelle wird im GPSG der „zuständigen Behörde“ zugewiesen. Diese Behörde ist für den Bereich des GPSG die Zentralstelle der Länder für Sicherheitstechnik (ZLS) in München. Insgesamt umfasst das deutsche Anerkennungs- und Akkreditierungswesen derzeit 12 staatliche und 8 private Stellen.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin ist die im GPSG genannte „beauftragte Stelle“, die die zugelassenen Stellen bekannt macht. Darüber hinaus ist die BAuA die Zentrale Koordinierungsstelle für Notifizierungen im Bereich der Richtlinien des „Neuen Ansatzes“, d. h. alle Meldeverfahren zwischen Deutschland, der Europäischen Union und deren Mitgliedstaaten laufen über die BAuA.

Ergebnisse der behördlichen Arbeit

Leider fallen auch Produkte mit CE-Kennzeichnung durch Mängel auf. Die BAuA wertet Mängelmeldungen für den deutschen Markt statistisch aus und gibt den Marktaufsichtsbehörden mit der Auswertung ein Hilfsmittel zum koordinierten Vorgehen an die Hand.

Die Statistiken der letzten Jahre zeigen, dass mit einem Anteil von über 30 % elektrische Betriebsmittel den Schwerpunkt bei den mangelbehafteten Produkten in Deutschland darstellen. Dahinter folgen mit knapp 25 % Spielzeuge, mit ca. 23 % Maschinen und mit 17 % Produkte, die unter die Richtlinie über die allgemeine Produktsicherheit fallen.

Wertet man die deutschen Mängelmeldungen nach der Herkunft der Produkte aus, so fällt auf, dass ca. 29 % der Produkte auf dem deutschen Markt keinem Herkunftsland zugeordnet werden können. Etwa 32 % der bemängelten Produkte stammen aus China, ca. 22 % der Produkte stammt aus Deutschland.

Aus diesen Zahlen lässt sich keineswegs ableiten, dass Produkte aus Fernost grundsätzlich schlecht oder mangelbehaftet sind. Es muss berücksichtigt werden, dass aus diesen Ländern eine große Anzahl von Produkten im deutschen Markt vorzufinden sind, womit auch eine große Anzahl von Produkten bei Kontrollen der Marktaufsicht auffallen. Der Vergleich des Anteil eines Herkunftslandes am Handelsvolumen mit dem Anteil eines Herkunftslandes an den Mängelmeldungen wird als eine Entscheidungshilfe für die Arbeit der Marktaufsichtsbehörden bei der Entwicklung von Strategien, der Koordination der Aufgaben und der Bildung von Schwerpunkten genutzt.

Die wissenschaftliche Auswertung der Mängelmeldungen zur Unterstützung der zuständigen Länderbehörden ist der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin durch § 12 des GPSG als Aufgabe zugewiesen. Die Auswertungsergebnisse der Mängelstatistik sind auf der Homepage der BAuA veröffentlicht¹³.

¹³ www.baua.de/de/Geraete-und-Produktsicherheit/Produktmaengel/Produktmaengel.html

5.2 Kennzeichnungspflicht, Schutzklauselverfahren und RAPEX-Meldungen als europäischer Beitrag zum Verbraucherschutz

Die Gewährleistung eines freien Warenverkehrs ist eine Haupt-Säule des europäischen Gedankens, der oberste Priorität genießt. Ein grundsätzlich freier Handel darf aber nicht zu einer Gefährdung der Sicherheit und der Gesundheit der Bürger durch mangelhafte Produkte führen. Deshalb ist der Schutz von Verbrauchern vor gefährlichen technischen Produkten eine der vielen konkreten Aufgaben, vor die sich die Europäische Gemeinschaft gestellt sieht.

Auf diesem Gebiet gibt es eine Reihe von Ansatzpunkten für die Zusammenarbeit auf europäischer Ebene, die vor allem von gut funktionierenden Regelungen und ausgebauten Kommunikationssystemen profitiert. Als wesentliche Eckpunkte seien hier nur die Kennzeichnung bestimmter technischer Produktarten durch das CE-Zeichen, die Schutzklauselmeldungen (Safeguard clauses) und das Schnellwarnsystem RAPEX (Rapid Exchange of Information System) genannt.

Eine wesentliche ordnungspolitische Verfahrensweise und Strategie wurde mit der Entschließung des Rates vom 7. Mai 1985 erreicht, nämlich mit der „Neuen Konzeption auf dem Gebiet der technischen Harmonisierung und der Normung“. Deren Grundsätze sind:

- Beschränkung der Harmonisierung der Rechtsvorschriften auf die Festlegung der wesentlichen Anforderungen, denen die in den Verkehr gebrachten Produkte genügen müssen, damit für sie der freie Warenverkehr in der Gemeinschaft gewährleistet ist,
- Festlegung der technischen Spezifikationen für Produkte, die die in den Richtlinien enthaltenen wesentlichen Anforderungen ausfüllen, z. B. in harmonisierten Normen,
- Freiwilligkeit der Anwendung der harmonisierten Normen oder sonstigen Normen. Dem Hersteller steht es weiterhin frei, andere technische Lösungen zu wählen, sofern diese die wesentlichen Anforderungen erfüllen,
- Sind technische Arbeitsmittel und Verbraucherprodukte jedoch nach den harmonisierten Normen hergestellt worden, so wird seitens der Behörden in der Regel davon ausgegangen, dass diese die entsprechenden wesentlichen Anforderungen erfüllen (Vermutungswirkung).

Um die Übereinstimmung der technischen Produkte mit den wesentlichen Anforderungen gegenüber den zuständigen Marktüberwachungsbehörden auszuweisen, ist es deshalb bei bestimmten Produktkategorien vorgesehen, dass diese seitens des Herstellers (ggf. unter Einschaltung einer Prüfstelle) mit einer CE-Kennzeichnung versehen werden.

Was sind Schutzklauseln ?

Wird die Nichtkonformität eines Produktes mit den dafür geltenden europäischen Richtlinien festgestellt (Indiz ist z. B. das Fehlen oder auch die Fälschung des CE-Zei-

chens), müssen die eventuell bestehenden Gefährdungen von Arbeitnehmern und Verbrauchern durch das Produkt von der Marktaufsicht eingeschätzt und ggf. das Inverkehrbringen des Produktes unterbunden werden.

Insbesondere, wenn es sich um Produkte einer Serie oder Massenware handelt, ist eine massive Gefährdung von Personen bei einem weiterem Verbleib des Produktes auf dem europäischen Markt oft nicht auszuschließen.

Ein probates Mittel der Marktaufsicht, diese Gefährdungen zu unterbinden, ist die Entscheidung der zuständigen Marktaufsichtsbehörde, den freien Handel mit dem fraglichen Produkt zu hemmen, indem das Inverkehrbringen und die Inbetriebnahme eines Produktes eingeschränkt oder untersagt wird, um damit das gefährliche Produkt ggf. ganz aus dem Verkehr zu ziehen.

Die EU-Richtlinien des Neuen Konzeptes enthalten als ein Instrument der Marktaufsicht dafür das sogenannte „Schutzklauselverfahren“, mit dem dieser freie Warenverkehr wirkungsvoll eingeschränkt werden kann.

Damit ist dieses Verfahren nicht nur eine Möglichkeit der staatlichen Marktaufsicht sondern auch eine Verpflichtung gegenüber der EU, das Inverkehrbringen bzw. die Inbetriebnahme nicht richtlinienkonformer Produkte zu verhindern. Ziel dieser Vorgehensweise ist es vor allem, zu erreichen, dass in allen Mitgliedsstaaten der EU ein etwa gleiches Schutzniveau besteht.

In der Regel ist das Schutzklauselverfahren auf Produkte beschränkt, die

- unter die Richtlinien des neuen Konzeptes fallen,
- eine CE-Kennzeichnung tragen,
- von den EU-Mitgliedstaaten mit einem erheblichen Risiko eingestuft werden.

Als nationale Maßnahme kommt die Schutzklausel dann zur Anwendung, wenn

- die Gefährdungen durch das Produkt so groß sind, dass das Inverkehrbringen eingeschränkt, bzw. ganz verboten werden muss,
- auch im nationalen Bereich rechtsverbindliche Einschränkungen (in Deutschland z. B. durch Untersagungsverfügungen) getroffen wurden,
- kein Einzelprodukt, sondern ein Los oder eine Serie eines Produkts betroffen ist.

Ist eine Schutzklausel ausgesprochen, hat der Mitgliedstaat die Kommission umgehend zu benachrichtigen. Hierzu sind alle notwendigen Unterlagen beizufügen.

Erachtet die Kommission die nationale Maßnahme als gerechtfertigt, so informiert Sie die anderen Mitgliedstaaten, damit diese die auf Ihrem Hoheitsgebiet erforderlichen Schritte ebenfalls einleiten.

Aus diesem Vorgehen wird der doppelsinnige Charakter der Schutzklausel besonders deutlich, ist sie doch

- einerseits ein Mittel der Kommission zur Überwachung des freien Warenverkehrs,

- andererseits aber auch ein Mittel der Information der anderen europäischen Aufsichtsbehörden über das Vorhandensein eines gefährlichen Produkts im Binnenmarkt.

Was ist das RAPEX-Verfahren ?

Das Rapid Exchange of Information System, auch unter der Abkürzung REIS geläufig, ist ein System für den schnellen Austausch von Informationen für Notfälle im Rahmen der EU-Produktsicherheitsrichtlinie 2001/95/EG.

Die Produkte, die vom RAPEX-System erfasst werden, sind die technischen (Non-Food) Erzeugnisse. Für Nahrungsmittel gibt es ein eigenes System (Rapid Alert System for Food and Feed – RASFF).

Es ist also für alle technischen Konsumgüter gedacht, die eine ernste und unmittelbare Gefahr für die Gesundheit und Sicherheit von Verbrauchern darstellen können. RAPEX gilt damit auch für die bestimmten Produktkategorien, die unter die Richtlinien des neuen Konzeptes fallen, z. B. Spielzeuge und elektrische Betriebsmittel wie Haushaltsgeräte.

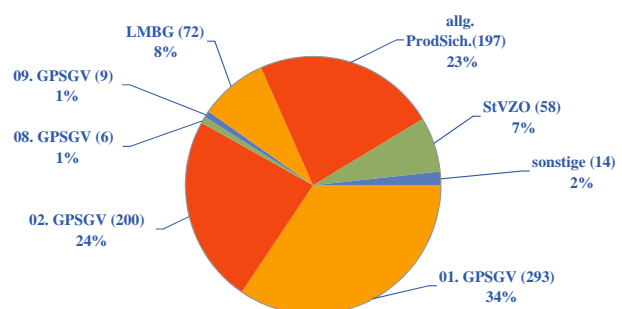
Dies ist so, weil die nach dem neuen Konzept verfassten Richtlinien eine entsprechende eigene Verfahrensweise nicht vorsehen und das Vorgehen nach dem Schutzklauselverfahren zwar einerseits eine andere rechtliche Qualität hat, andererseits dadurch aber auch wesentlich langsamer ist, als der Informationsaustausch via RAPEX.

Ist ein Produkt nämlich als ernsthafte Gefahrenquelle ausgemacht, müssen die Informationen über dieses gefährliche Produkt den anderen Mitgliedstaaten der Gemeinschaft schnell zur Verfügung gestellt werden, damit die dortige Marktaufsicht zum Schutz der Bevölkerung umgehend reagieren kann und das Produkt ggf. vom Markt nimmt.

Im Gegensatz zum Schutzklauselverfahren muss der Mitgliedstaat beim RAPEX-Verfahren die einzelstaatliche Maßnahme nicht rechtfertigen. Die Kommission prüft lediglich, ob die Angaben mit den Bestimmungen der Richtlinie über die allgemeine Produktsicherheit im Einklang stehen und die Informationen plausibel und vollständig sind und leitet diese dann an die übrigen Mitgliedsstaaten weiter.

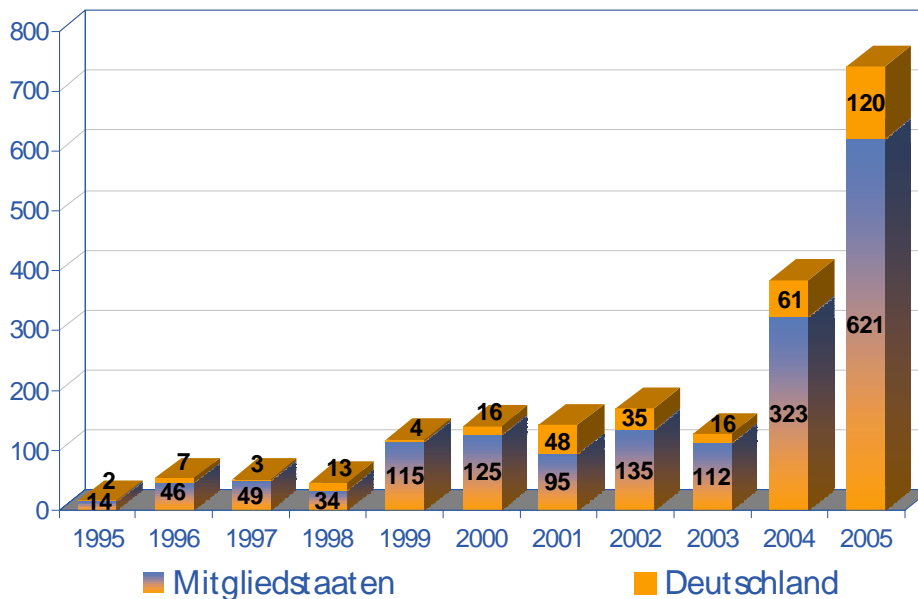
Abbildung E 12

Anteil verschiedener Verordnungen an RAPEX-Meldungen 2005



Inkl. Meldungen nach Art. 5, Art. 11, Art. 12 und Meldungen zur Information

Abbildung E 13

Entwicklung der Meldungen aus Deutschland und den Mitgliedstaaten der EU

Hierdurch soll die Schnelligkeit der Warnung gewährleistet werden. Die Kommission gibt die Informationen an die Verbraucher durch eine wöchentlich aktualisierte Internetseite¹⁴ weiter.

Für das RAPEX-System fungiert die BAuA als der nationale Knotenpunkt, dessen Aufgabe es ist, sowohl die Meldungen der nationalen Marktaufsichtsbehörden über die EU-Kommission an die anderen Mitgliedstaaten weiterzuleiten, als auch die Meldungen der anderen Mitgliedstaaten, die via EU-Kommission gemeldet werden, den zuständigen Marktaufsichtsbehörden der Bundesländer zur Verfügung zu stellen.

Zahlen und Fakten

Die zwei Grafiken geben eine Übersicht über die Meldungen über mangelbehaftete Produkte.

Abb. E12 zeigt, welchen Verordnungen die bemängelten Produkte zuzuordnen sind, über die im Jahr 2005 RAPEX-Meldungen erstellt wurden. Hier ist für 2005 zu sehen, dass die 1. Verordnung zum GPSG, die sich mit elektrischen Betriebsmitteln befasst, einen Anteil von 34 % hat, gefolgt von Spielzeugen (2. GPSGV) und Produkten, die der europäischen Richtlinie über die allgemeine Produktsicherheit zuzuordnen sind. Weiter sind aufgeführt die 8. GPSGV über Persönliche Schutzausrüstungen, die 9. GPSGV über Maschinen, das Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz (LMBG) und die Straßenverkehrszulassungsverordnung (StVZO).

Abb. E13 zeigt, dass das Aufkommen von Meldungen seit Jahren steigend ist. Daran ist abzulesen, dass die zur Verfügung stehenden Systeme immer konsequenter genutzt werden. Dies führt zu einer Vernetzung der Behörden und zu einer Koordinierung der Maßnahmen, die

nicht nur alle Bundesländer in Deutschland umfasst, sondern in der gesamten EU greift.

5.3 Prüfung und Zertifizierung von Produkten

Sichere Produkte sind nach wie vor ein wesentlicher Garant für sichere und gesundheitsgerechte Arbeitsplätze, vermeiden sie doch die Gefahren schon an der Quelle.

Entsprechend bildet die Prüfung und Zertifizierung von Produkten ein wichtiges Standbein der Prävention von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Dabei steht sie im engen Wechselspiel mit der Normung und der angewandten Forschung. Zudem wird mit der Prüfung und Zertifizierung von Produkten deren Sicherheit durch eine unabhängige dritte Stelle bestätigt.

Allein die berufsgenossenschaftlichen Prüf- und Zertifizierungsstellen für den gewerblichen Bereich (zusammengeschlossen im BG-PRÜFZERT) stellten in den Jahren 2002 bis 2005 über 12.000 Zertifikate aus, davon 4.900 GS-Zertifikate und 2.300 Bescheinigungen für das BG-PRÜFZERT-Zeichen.

Unternehmen finden als Entscheidungshilfe zur Beschaffung sicherer Arbeitsmittel alle geprüften Produkte mit einem gültigen Zertifikat in einer Internetdatenbank¹⁵ geprüfter Produkte. Diese Datenbank bildet auch für die Marktüberwachung eine gute Informationsquelle.

Die Prüfung und Zertifizierung von Produkten erfolgt insbesondere nach den Anforderungen der EG-Richtlinien und des Geräte- und Produktsicherheitsgesetzes (GPSG). Neben den Prüfungen im Rahmen der Konformitätsbewertungen nach den EG-Richtlinien (z. B. Anhang IV-Maschinen nach Maschinenrichtlinie (98/37/EG) oder Persönliche Schutzausrüstungen (89/686/

¹⁴ http://ec.europa.eu/consumers/dyna/rapex/rapex_archives.cfm

¹⁵ www.hvbg.de/d/bgp/pz/index.html

EWG)) haben freiwillige Prüfzeichen weiterhin in Deutschland einen hohen Stellenwert. So bilden das GS-Zeichen und die eigenen Zeichen der Prüf- und Zertifizierungsstellen, wie z. B. das BG-PRÜFZERT-Zeichen, ein wichtiges Instrument zur Verbreitung sicherer Produkte.

6. Arbeitsschutz und Arbeitsbedingungen in der Berufsausbildung und bei jungen Arbeitnehmern

6.1 Standardlernziele zur Beschreibung der Mindestanforderungen

Arbeitssicherheit ist seit 1984 zusammen mit dem Umweltschutz und der rationellen Energieverwendung Bestandteil jeder neu erlassenen Ausbildungsordnung. Seit 1997 haben sich dabei die zuständigen Ressorts, die Sozialpartner wie auch die Kultusministerkonferenz (KMK) auf folgende Standardlernziele zur Sicherheit und zum Gesundheitsschutz bei der Arbeit geeinigt:

- Gefährdung von Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz feststellen und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung ergreifen
- Berufsbezogene Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften anwenden
- Verhaltensweisen bei Unfällen beschreiben sowie erste Maßnahmen einleiten
- Vorschriften des vorbeugenden Brandschutzes anwenden; Verhaltensweisen bei Bränden beschreiben und Maßnahmen zur Brandbekämpfung ergreifen.

Mit diesen „Standardformulierungen“ werden Mindestanforderungen beschrieben, die entsprechend dem jeweiligen Beruf und der Gegebenheiten des Ausbildungsbetriebes in jeder Ausbildung aufgegriffen und vermittelt werden müssen. Über diese eher allgemein formulierten Inhalte hinaus werden bei Ausbildungsberufen mit besonderer Sicherheits- und Arbeitsschutzrelevanz zusätzliche berufsspezifische Inhalte im Zusammenhang mit den fachlichen Anforderungen in die Ausbildungsordnungen aufgenommen. Auch finden sich in zahlreichen Ausbildungsordnungen Formulierungen, die nicht ausdrücklich, sondern indirekt durch Verweis auf die „Beachtung geltender Vorschriften und Normen“ auf eine sicherheitsgerechte Tätigkeit hinwirken. Sicherheit und Gesundheitsschutz werden damit in die berufliche Tätigkeit integriert.

6.2 Arbeitsschutz in der Berufsausbildung

Einleitung

Die Leitidee einer gestaltungsorientierten Berufsbildung ist bereits seit einiger Zeit in Deutschland in der Berufsbildungsplanung verankert. Sie ist explizit in der Rahmenvereinbarung über die Berufsschule der Kultusministerkonferenz formuliert. Das übergeordnete Bildungsziel stellt demnach die „Befähigung zur Mitgestaltung der Arbeitswelt in sozialer und ökologischer Verantwortung“ dar. Damit wird die Polarität von berufsrelevanten Kompetenzen zwischen Gestalten, Innovieren

einerseits und Anpassen, Reproduzieren andererseits zum einen anerkannt. Zum anderen liegen damit Voraussetzungen vor, diese in ihrer wechselseitigen Beziehung systematisch aufeinander zu beziehen.

In der Methodenpraxis der berufsbezogenen Aus- und Weiterbildung sind gestaltungs- und innovationsorientierte Lernformen mit einem deutlichen Bezug zur Förderung und Entwicklung von reflexiven Fähigkeiten bislang jedoch eher selten verwirklicht worden. So stellt der Frontalunterricht im berufsbezogenen Unterricht der Berufsschule bis heute die bestimmende Methodenform dar, auch wenn handlungsorientierte Lehr- und Lernarrangements (z. B. Projekte, Experimente) inzwischen häufiger berücksichtigt werden als noch vor einigen Jahren.

In der betrieblichen Ausbildung finden sich ebenfalls in erster Linie ausbilder- bzw. instruktionszentrierte Formen, wie die „Vier-Stufen-Methode“ und das „Lehrgespräch“, welche Auszubildende in eine rezeptive Rolle verweisen und vor allem auf Anpassung, Reproduktion abzielen.

INQA Initiativkreis Lebenslanges Lernen

Die aktuellen Bestrebungen zur Integration von Sicherheit und Gesundheit in die Berufsbildung, wie sie z. B. mit der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) verbunden sind, müssen im Kontext mit der oben genannten Leitidee gesehen werden, die wiederum von bestimmten gesellschaftlichen Makrotendenzen überlagert ist, die hier vereinfacht aber hinreichend auf die Formel „Übergang von der Industrie- zur Wissens- bzw. Dienstleistungsgesellschaft“ gebracht werden können.

Im Rahmen eines INQA-Projektes wurde dazu ein Konzept für das Berufsbildungspersonal der Elektro- und Metallbranche erarbeitet, das am Beispiel der Anforderungen des Geräte- und Produktsicherheitsgesetzes zeitgemäße berufspädagogische Ansätze im Rahmen der dualen Ausbildung implementiert. Dieses Konzept ist in Kooperation mit dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) für Auszubildende der Elektro- und Metallbranche im DiaMedia Projekt weiter entwickelt worden.

Das berufspädagogische Konzept DiaMedia

Berufspädagogische Grundlagen:

Das berufspädagogische Konzept schließt u. a. folgende 7 Elemente ein, die für die Umsetzung von Lernhandlungen in der Ausbildungspraxis Hilfestellung/ Anleitung bieten:

- Identifizierung relevanter berufsförmiger Aufgabenstellungen und deren Kontextbezug für die Gesamtheit der Ausbildung
- Aufbereitung von Aufgabenstellungen unter lernhaltigen Gesichtspunkten (z. B.: Zusammenhang herstellen zu den Ordnungsmitteln; Voraussetzungen für eine Aufgabenstellung in Bezug auf notwendige Kenntnisse)

- Didaktische und methodische Entscheidungen über die Art und Weise der Vermittlung/der Bewältigung der Aufgabe
- Interaktionen zwischen Ausbilder und Auszubildenden (wie und in welcher Form)
- Konsequenter Medieneinsatz
- Art und Weise der Ergebnissicherung/Darstellung
- Entscheidungen zur „Bewertung“.

Auf der Basis der berufswissenschaftlichen und -pädagogischen Vorüberlegungen und Relevanzabschätzungen wurden dazu vier zentrale didaktische Leitlinien formuliert, welche bei der Entwicklung der Lern- und Organisationsform der dialogischen Medienentwicklung zu berücksichtigen sind. Diese Leitlinien stellen einen Zwischenschritt dar zwischen den grundsätzlichen Forderungen und Begründungen der zu entwickelnden Lern- und Organisationsform sowie ihrer konkreten Entwicklung, Integration und Umsetzung in der jeweiligen Ausbildungspraxis. Diese 4 Leitlinien werden im folgenden kurz erläutert:

Leitlinie 1: Problembasiertes und erfahrungsgelitetes Lernen

Die Auszubildenden sollen sich Wissen und Kompetenzen selbständig erschließen und aneignen. Anders als zum Beispiel in thematisch relevanten Sicherheitsunterweisungen oder Schulungen sollen Kenntnisse und Kompetenzen nicht durch Instruktion vermittelt werden. Die Lernenden sollen vielmehr aktiv, in einem geeigneten, d. h. offenen und ressourcenbasierten Lernarrangement, vorhandene Annahmen, Konzepte und Fertigkeiten einbringen und diese in gestalterischer Wechselwirkung mit als sinnvoll erlebten, anspruchsvollen Situationen erweitern bzw. ausdifferenzieren. Die Auszubildenden sollen darüber hinaus Projekte bearbeiten, die jeweils auf ein konkretes technisches Produkt mit jeweils spezifischen Merkmalen (z. B. in technischer und ergonomischer Hinsicht) bezogen sind. Dadurch, dass Lösungen z. B. für Anforderungen der Produkt- und Gerätesicherheit (aber auch des Gesundheitsschutzes) praktisch umgesetzt werden müssen, wird dem gestalterischen Gegenstands- bzw. Umweltbezug der Facharbeit Rechnung getragen.

Leitlinie 2: Individuelles und organisationales Lernen

Auszubildende werden als Wissensarbeiter direkt angesprochen. Sie sollen im Rahmen ihrer Lernprozesse einerseits das praxisimmanente Wissen aufnehmen (welches z. B. in entwicklungsrelevanten Strukturen und Mustern der Mensch-Umwelt-Transaktion zum Ausdruck kommt) und es in modellhafter Weise reproduzieren. Andererseits sollen sie neue bzw. alternative Problemlösungen – im Sinne von Verbesserungsvorschlägen oder gar Innovationsauslösungen – hervorbringen.

Leitlinie 3: Lerner als Designer

Auszubildende sollen Lern- und Informationsangebote aufbereiten und in geeigneter Weise verbreiten. Der Computer als „kognitives Werkzeug“ ist ein konstitutiver, jedoch kein beherrschender Bestandteil des Lernar-

rangements. Als solches stellt er eine Metaebene der Reflexion und Konstruktion von Wissen dar und trägt zur Vertiefung der Lerninhalte bei. Die Aufgabenstellung, eigene Problemlösungen und Einsichten für andere nachvollziehbar und rückverfolgbar aufzubereiten, erzwingt in diesem Zusammenhang lernwirksame Perspektivwechsel beim Lernenden.

Leitlinie 4: Dialogische Lernformen (z. B. mit Fachkräften und Experten)

Schließlich ist für diese Leitlinie die Annahme richtungsweisend, dass Fähigkeiten zur Selbstorganisation, wie sie für berufliches Handeln (vor allem in offenen, mehrdeutigen und/oder risikoreichen Situationen) eingefordert werden, sich in zwischenmenschlichem Dialog entwickeln und realisieren müssen. Unterschiedliche Dialogebenen können dabei z. B. mit abteilungs- und hierarchieübergreifender Wissenskooperation, mit Erfahrungs- und Wissensaustausch innerhalb der beruflichen Praxisgemeinschaft und/oder mit Konsultationen von Fachexperten identifiziert werden.

Das Ablaufmodell der dialogischen Medienentwicklung

Unter Einbezug der vorab genannten berufspädagogischen Grundlagen wurde nun ein Ablaufmodell für die betriebliche Praxis entwickelt, das in der Abb. E14 konkretisiert wird.

Es wird der Ablauf der dialogischen Medienentwicklung, d. h. den Kernprozess der entwickelten Lern- und Organisationsform, in einer Übersicht dargestellt. Darin lassen sich sowohl aufeinander folgende, zielorientierte Phasen (dargestellt als Pfeile) unterscheiden als auch konstitutive Strukturelemente (dargestellt mittels Kästen) erkennen. Erstere beinhalten Lern- und Arbeitsaktivitäten der Teilnehmer, die systematisch und zielgerichtet aufeinander abgestimmt sind, während letztere sich auf organisationale, technische und personelle Voraussetzungen beziehen, die durch den jeweiligen Ausbildungsbetrieb vorgegeben bzw. von diesem zu schaffen sind.

Generell wird das Ablaufmodell durch unterschiedliche **Strukturelemente** sowie **Lern- und Arbeitsphasen** determiniert. Diese werden nachfolgend kurz erläutert:

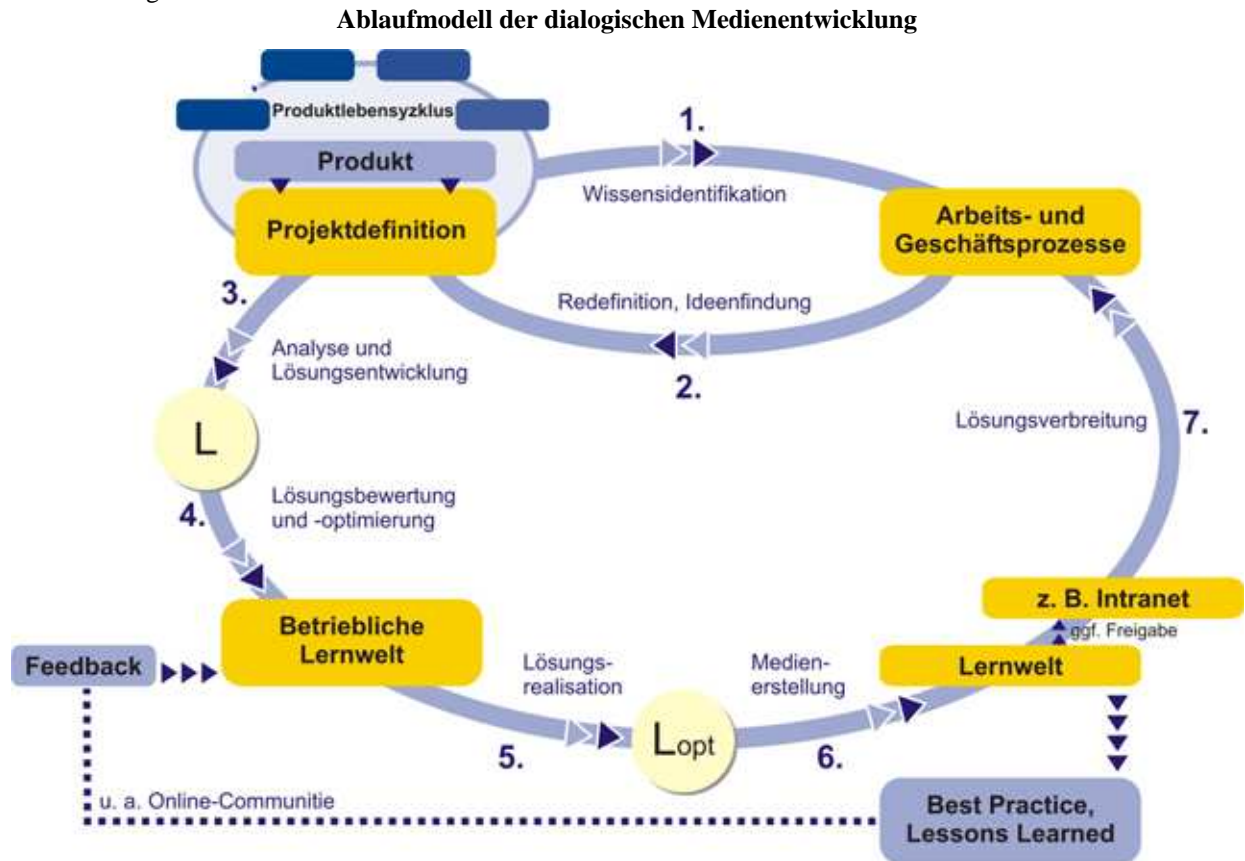
A. Strukturelemente

Die Strukturelemente des Prozesses sind Projektdefinition (oder Projektauftrag), Arbeits- und Geschäftsprozesse, Betriebliche Lernwelt und Learning Community:

– Projektdefinition/ Projektauftrag

Die Projektdefinition ergibt sich zum einen aus der ausgewählten Phase des Produktlebenszyklus (z. B. Fertigung, Demontage oder Entsorgung) und zum anderen aus dem jeweiligen technischen Produkt, anhand dessen die Phase projektförmig erarbeitet und umgesetzt werden soll. Es gibt grundsätzlich zwei Möglichkeiten, an ein technisches Produkt für den Projektauftrag zu gelangen. Die erste, auf den ersten Blick vielleicht attraktivere Möglichkeit, besteht darin, ein reales Produkt heranzuziehen. Auch

Abbildung E14



als Folge des erhöhten Legitimationsdrucks auf betriebliche Ausbildung ist es heute gemeinhin üblich, dass Arbeitsaufträge (z. B. Sonderanfertigungen) von Lehrwerkstätten akquiriert werden.

Als Alternative zur Auftragsakquisition sieht das Konzept ein mechatronisches Lernsystem (Qman) als Bezugssystem für die Ableitung von Projektaufträgen vor.

– Arbeits- und Geschäftsprozesse

Diesem Strukturelement kommt entscheidende Bedeutung zu. Wie aus der Abb. E14 zu erkennen ist, zielen sowohl der erste als auch der letzte Schritt (Wissensidentifikation und Lösungsverbreitung) auf Arbeits- und Geschäftsprozesse ab. In der Kreisförmigkeit des Ablaufs kommt zum Ausdruck, dass es bei der dialogischen Medienentwicklung um eine Transformation von Know-how der jeweiligen Organisation geht: Lösungen (Arbeitsverfahren, Methoden, Formulare etc.) sollen also nicht nur aufgegriffen und mustergültig reproduziert werden, sondern es sollen möglichst auch Verbesserungen und Optimierungen erarbeitet werden und in geeigneter Weise zur Mitteilung gelangen. Auszubildende sind demnach als Wissensarbeiter aktiv. Die Festlegung von Arbeits- und Geschäftsprozessen als Ausgangs- und Endpunkt des Lernens geht nicht zuletzt einher mit vorläufigen Bestimmungen der Aspekte, wie und was gelernt bzw. erarbeitet werden soll. Die Frage nach dem Wie betrifft im engeren Sinn die Reflektions- und Darstellungsweise, welche im Rahmen der Dialogischen Medienentwicklung ausgeführt wird.

Die Frage nach dem Was betrifft demgegenüber den Phänomenbereich in seinen relevanten Aspekten und seiner Umfänglichkeit, der gleichsam den thematischen Rahmen der Dialogischen Medienentwicklung aufspannt bzw. begrenzt.

– Betriebliche Lernwelt

Bei diesem Element handelt es sich um eine webbasierte Plattform, welche die Funktionalitäten eines „Learning Management Systems“ (LMS) und „Content Management Systems“ (CMS) miteinander verknüpft. Ein Unterschied zu reinen LMS Anwendungen besteht etwa darin, dass der Lernprozess von den Inhalten her nicht vorstrukturiert ist. Diese Strukturierung anhand einer konkreten Projektaufgabe, im lösungsorientierten Dialog mit Agenten der sozialen Praxis zu entwickeln und zu begründen, stellt vielmehr das eigentliche Lernziel dar. Der Unterschied gegenüber herkömmlichen CMS-Anwendungen ist auf der anderen Seite darin zu sehen, dass über die Plattform ein fall- und problembasiertes Lernen und Aushandeln der Inhalte angeregt und gefördert werden soll. Im Rahmen des Projektlerns erlangen dabei die Lernebenen „praktisches Lernen“ (z. B. anhand eines Produktes), „personelles Lernen“ (z. B. mittels Interviews mit Arbeitspersonen oder Begleitung durch Ausbilder) und „mediales Lernen“ eine zentrale Bedeutung.

– Learning Community

Das letzte Strukturelement bildet die Nutzung der INQA-LernWelt für die Verbreitung der Problemlö-

sungen als Digitale Fallstudie. Diese fasst die Erfahrungen der Auszubildenden zusammen und stellt gleichsam ein Modell für den Umgang mit Anforderungen der Geräte- und Produktsicherheit in der entsprechenden Phase des Produktlebenszyklus zur Verfügung. Das Modell hat aufgrund seiner Entstehung einen Doppelcharakter, in dem es einerseits die gegenwärtige Praxis des Unternehmens repräsentiert und andererseits Ansätze für Verbesserungen und Innovationen aufzeigt, welche insbesondere durch die Berücksichtigung des Experten-Feedbacks in den Lösungen enthalten sind.

B. Lern- und Arbeitsphasen

Für den eigentlichen Projektablauf sind 7 Phasen vorgesehen, die inhaltlich als 1) Wissensidentifikation, 2) Redefinition und Ideenfindung, 3) Analyse und Lösungsentwicklung, 4) Lösungsbewertung und -optimierung, 5) Lösungsrealisation, 6) Medienerstellung und 7) Lösungsverbreitung bezeichnet und im Folgenden erläutert werden. Obwohl die Übersicht eine lineare Abfolge nahe legt, können die einzelnen Phasen auch mehrmals durchlaufen werden und sich überlappen. Vor allem für die initialen Phasen der Wissensidentifikation und Redefinition der gestellten Projektaufgabe wird ein iteratives Vorgehen sogar als wahrscheinlich angenommen, bei dem die Phasen auch mehrmals durchlaufen werden.

Phase 1: Wissensidentifikation

In der Phase der Wissensidentifikation sollen die Auszubildenden zunächst selbständig lösungsrelevantes Wissen im Betrieb recherchieren. Gesucht werden zum einen Verfahren, Methoden, Kooperationsweisen etc., die für den Projektauftrag relevant sein können. Zum anderen geht es hierbei stets um die Frage, ob und in welcher Weise der Umgang mit Risiken in diesen Verfahren, Methoden und Kooperationsweisen inkorporiert ist.

Als entscheidend für die Wissensidentifikation werden Interviews mit betrieblichen Auskunftspersonen angesehen, die alltäglich mit den im Projektauftrag gestellten Anforderungen umgehen und von ihren Erfahrungen und Problemen berichten können. Neben der Befragung von Auskunftspersonen stellt die Auswertung betrieblicher Dokumente und Texte ein weiteres Feld für die Wissensidentifikation dar.

Phase 2: Redefinition und Ideenfindung

In dieser Phase sollen die Auszubildenden auf dem Hintergrund des zuvor identifizierten Wissens und ihres Vorverständnisses des Problemzusammenhangs zunächst eine eigene Problemdefinition entwickeln. Die Redefinition der Projektaufgabe beinhaltet hier insbesondere die Auswertung und Einordnung von Beobachtungen, Mitteilungen und eingeholten Informationen, mit dem Ziel einer problemorientierten Rekonstruktion des betrieblichen Handlungssystems. Ein wichtiges lernrelevantes Ziel kann an dieser Stelle in der Gewährleistung und Formulierung von Anspruchs- und Zielkonflikten gesehen werden, die zwischen unterschiedlichen Produkt-Stakeholdern bestehen können.

Die Phase der Redefinition und Ideenfindung ist idealerweise abgeschlossen, sobald die Gruppe ein subjektiv zufrieden stellendes Verständnis der konkreten Lösungs- und Optimierungsbedarfe der bestehenden Praxis erlangt und mehrere alternative Lösungsideen generiert hat. Dies kann erforderlich machen, dass die Abfolge von Wissensidentifikation und Redefinition/Ideenfindung auch mehrmals durchlaufen wird.

Phase 3: Analyse und Lösungsentwicklung

In dieser Phase analysiert die Gruppe die unterschiedlichen Lösungsideen bzw. entworfenen Strategien. Vordergründig geht es in dieser Phase darum, sowohl die Angemessenheit als auch Praktikabilität der Entwürfe anhand von geeigneten Kriterien zu bewerten und sich auf eine optimale Lösungsstrategie festzulegen, wobei die endgültige Lösung durchaus ein Kompromiss aus unterschiedlichen Entwürfen sein kann.

Die so herausgeschälte Lösungsstrategie wird von den Auszubildenden mit Hilfe des Content-Management-Systems (CMS) der Betrieblichen Lernwelt aufbereitet und dokumentiert (in der Übersicht ist diese durch ein „L“ markiert). Dies kann zum Beispiel in Form eines Arbeits- und Zeitplans geschehen. Die eingestellte Beschreibung der Lösungsstrategie sollte neben den Begründungen für getroffene Entscheidungen genauere Angaben über die bei der Realisierung einzusetzenden Methoden und Hilfsmittel enthalten. Die eingestellte Lösung bildet die Grundlage für ein externes Expertenfeedback.

Phase 4: Lösungsbewertung und -optimierung

Die Lösungsstrategie soll in der vierten Phase noch stärker hinsichtlich des Umgangs mit Risiken analysiert, bewertet und gegebenenfalls optimiert werden. Hierfür sollen nach Möglichkeit gezielt Werkzeuge und Methoden zur Risikoanalyse und -bewertung zum Einsatz kommen, welche eine Metaebene der Betrachtung eröffnen. Dies setzt voraus, dass sich Auszubildende und Ausbilder in diese Methoden einarbeiten.

In dieser Phase ist als bedeutende Intervention ein Expertenfeedback integriert. Hierfür erhalten Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Fachleute der Geräte- und Produktsicherheit, die per Email zum Feedback aufgefordert werden, für einen begrenzten Zeitraum (ca. 1 Woche) einen Zugang zur Betrieblichen Lernwelt und den dort eingestellten Lösungsentwürfen. Das Feedback kann sowohl aus konkreten Verbesserungsvorschlägen als auch aus Hinweisen auf Informationsquellen oder Best-practice-Beispiele bestehen.

Mit dem Expertenfeedback werden günstige Voraussetzungen für die Kombination von neuem und bestehendem Wissen der Organisation geschaffen. (Erst) in dieser Form kann das betriebliche Wissen mit normativem und theoretischem Wissen kombiniert werden, welches in Richtlinien und Vorschriften enthalten und von den eingeschalteten Fachexperten vertreten wird. In dieser Perspektive erscheinen Auszubildende als bedeutende Gruppe für die Umwandlung von Wissensinhalten in Unternehmen.

Phase 5: Lösungsrealisierung

Auf der Basis von eigenen Überlegungen und des Experten-Feedbacks gelangen die Auszubildenden zu einer endgültigen, optimierten Lösung. Diese Lösung gilt es nun, konkret-gegenständlich zu realisieren. Naturgemäß treten in dieser Phase zunehmend praktische Fertigkeiten und Kenntnisse der Auszubildenden in den Vordergrund, die den Kern ihrer beruflichen Handlungskompetenz ausmachen. Je nachdem, welche Phase des Produktlebenszyklus dem Projektauftrag zugrunde liegt, variiert die Form der Lösung – z. B. ein Montageplan, eine Konstruktionszeichnung, das Protokoll einer Inbetriebnahme, eine Betriebsanweisung, ein gefertigtes technisches Bauteil usw.

Im Ablaufmodell der dialogischen Medienentwicklung ist das Modell des Erfahrungslernens nach Kolb (1984) verwirklicht. Demnach erfolgt nach den Beobachtungen und Reflektionen (Wissensidentifikation, Redefinition) sowie der Entwicklung von Konzepten und Generalisierungen (Lösungsentwicklung, -bewertung und -optimierung) in dieser Phase die Anwendung der Lösungsstrategie, welche wiederum in konkrete Erfahrungen einmündet. Konkrete, d. h. primäre Erfahrungen der Auszubildenden entstehen nicht zuletzt im Zusammenhang mit unerwarteten oder nicht planbaren Ereignissen, die eine Anpassung der geplanten Lösungsstrategie erforderlich machen. Wichtig ist auch hier, dass solche Abweichungen oder Veränderungen dokumentiert werden, damit die Entscheidungen rückverfolgt werden können. Die optimierte Lösung wird in der Übersicht durch „Lopt“ gekennzeichnet.

Phase 6: Medienerstellung

Die Auszubildenden bereiten abschließend den Projektverlauf – vom Projektauftrag bis zur Realisierung der Lösung – als Digitale Fallstudie auf. Da der Projektverlauf fortlaufend – schon mit Blick auf die Veröffentlichung als Digitale Fallstudie – auf der Plattform dokumentiert worden ist, geht es hier zudem darum, die Inhalte zu redigieren und für eine Veröffentlichung aufzubereiten. Bei einer geplanten Veröffentlichung außerhalb des Unternehmens (z. B. in einer unternehmensübergreifenden Learning Community) müssen insbesondere persönliche Daten von Mitarbeitern entfernt werden.

Die Digitale Fallstudie erzählt die Geschichte des Projekts in der vorgegebenen Sequenz von der Wissensidentifikation bis zur Lösungsrealisation. Im Zentrum stehen dabei vor allem kritische Entscheidungspunkte, d. h. Situationen, die für die Auszubildenden mit starker Unsicherheit oder einem hohem Konfliktpotential verknüpft waren. Die Art und Weise, wie die Auszubildenden solche Krisen bewältigt haben, kann für die Ableitung von Verbesserungsvorschlägen oder die Formulierung von Empfehlungen genutzt werden.

Die Medienerstellung als Aufbereitung der Projektdokumentation in eine Digitale Fallstudie soll für die Auszubildenden zum anderen genutzt werden, um ihre Erfahrungen zu resümieren und in einem praxisnahen und problemorientierten (d. h. auf den Produktlebenszyklus

bezogenen) Konzept von Sicherheit und Gesundheit im betrieblichen Handlungssystem zu verbinden.

Phase 7: Lösungsverbreitung

Die letzte Phase besteht in der Verbreitung der Digitalen Fallstudie. Hier müssen zunächst zwei Varianten der Verbreitung unterschieden werden. Zum einen kann die Fallstudie über die Betriebliche Lernwelt oder das Intranet im Unternehmen zur Verfügung gestellt werden, nachdem die Freigabe durch die zuständige Fachkraft für Arbeitssicherheit erfolgt ist. Eine zweite Möglichkeit besteht darin, dass die Digitale Fallstudie als Best-Practice ausgewählt und innerhalb einer Learning Community zum Thema Sicherheit und Gesundheit publiziert wird. Im letzten Fall muss die Digitale Fallstudie gegebenenfalls anonymisiert werden.

Resümee

Der Beitrag verdeutlicht, dass die Integration von Sicherheit und Gesundheit in die Berufsbildung eine anspruchsvolle und wichtige Herausforderung für eine zukunftsfähige Transformation darstellt. Hierbei kann an die Leitidee einer gestaltungsorientierten Berufsbildung und reflexiven Handlungsfähigkeit sowie der vorliegenden Arbeitsergebnissen angeschlossen werden. In Kooperation unterschiedlicher Einrichtungen wurde dazu ein elaboriertes berufspädagogisches Konzept erarbeitet, das nun in der betrieblichen Praxis genutzt werden kann.

Bezüglich der kontinuierlichen Weiterentwicklung und der Transferarbeit zur Verbesserung der Methodenpraxis beruflicher Bildung besteht – unter besonderer Berücksichtigung des Aspektes des Erfahrungslernens – ein deutlicher Handlungsbedarf.

Literatur

Kolb, D.A (1984), *Experiential Learning. Experience as The Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs: Prentice Hall

7. Gefahrstoffe

7.1 Biozid-Produkte und Arbeitsschutz

Arbeitsschutz im Zulassungsverfahren

Die Biozid-Produkte-Richtlinie (98/8/EG) soll den Europäischen Markt für Biozid-Produkte harmonisieren. Am 21. Juni 2002 trat das deutsche Biozid-Gesetz in Kraft, das im Wesentlichen die zur Umsetzung der Richtlinie erforderlichen Regelungen in das Chemikaliengesetz integriert hat. Außerdem wurden durch die Biozid-Verordnung die Biozid-Zulassungsverordnung erlassen und die Gefahrstoffverordnung und die Giftinformationsverordnung geändert.

Kern der Neuregelung des Chemikaliengesetzes und damit auch der Richtlinie ist das Zulassungsverfahren für Biozid-Produkte. Biozid-Produkte sind biozide Wirkstoffe und Zubereitungen, die dazu bestimmt sind, auf chemischem oder biologischem Wege Schadorganismen zu zerstören, abzuschrecken, unschädlich zu machen, Schädigungen durch sie zu verhindern oder sie in anderer Weise zu bekämpfen, und die einer Produktart zugehören, die in Anhang V der Richtlinie aufgeführt

ist. Anhang V der Richtlinie nennt insgesamt 23 Biozid-Produktarten. Darunter fallen z. B. Desinfektionsmittel für die menschliche Hygiene, Trinkwasserdesinfektionsmittel, Holzschutzmittel und Insektizide aber auch Produkte zur Bekämpfung von Bewuchs an Schiffen oder Wasserbauten, sog. Antifouling-Produkte.

Biozid-Produkte dürfen in Zukunft nur dann vermarktet und verwendet werden, wenn sie vorher zugelassen worden sind (die ersten Zulassungen sind nicht vor 2008 zu erwarten). Zulassungsstelle ist die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Fachbereich 5 „Chemikalien, Anmeldung und Zulassung“. Zuständiges Ressort ist das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU).

Im Verfahren sind verschiedene nationale Fachbehörden beteiligt. Hierbei ist der Fachbereich 4 der BAuA „Sicherheit und Gesundheit bei chemischen und biologischen Arbeitsstoffen“ zuständig für den Schutz von Arbeitnehmern, die Tätigkeiten mit Biozid-Produkten ausüben.

Die Zulassung eines Biozid-Produktes kann an bestimmte Auflagen und Bedingungen geknüpft werden, und somit werden Bestimmungen für den sicheren Umgang festlegt. Zudem schreibt die Gefahrstoffverordnung vor, dass Biozid-Produkte ordnungsgemäß und nach guter fachlicher Praxis verwendet werden müssen. Dies bedeutet, dass Biozid-Produkte für den vorgesehenen Verwendungszweck geeignet sind und in geeigneter Weise ausgebracht werden, die Verwendung gemäß den in der Zulassung festgelegten Bedingungen und der Kennzeichnung erfolgt und eine sachgerechte Berücksichtigung von Alternativen erfolgt. Im Rahmen des Zulassungsantrags muss der Antragsteller ausführliche Unterlagen über das Biozid-Produkt und über jeden in dem Produkt enthaltenen Wirkstoff vorlegen. Nach der Prüfung und Bewertung der Daten durch die zuständigen Behörden trifft die Zulassungsstelle eine Entscheidung über die Zulassung, d. h. für oder gegen das Inverkehrbringen eines Biozid-Produktes.

Da es bereits vor Inkrafttreten der europäischen Regelungen für Biozide solche Produkte auf dem Markt gab, gibt es für alte Biozide Übergangsregelungen. Hierbei ist die Unterscheidung zwischen bioziden Wirkstoffen und Biozid-Produkten entscheidend. Alte biozide Wirkstoffe – das sind solche, die nachweislich bereits vor dem 14. Mai 2000 in einem Biozid-Produkt vermarktet wurden – werden nach und nach durch die Europäische Union bewertet. Hierfür läuft bereits ein 10-jähriges Arbeitsprogramm (bis 14. Mai 2010). Dieses Arbeitsprogramm wird geregelt durch die sogenannten Review-Verordnungen und hat Auswirkungen auf die Vermarktungsfähigkeit von Biozid-Produkten, die alte biozide Wirkstoffe enthalten. Die wesentlichen bisherigen Auswirkungen sind:

- Wirkstoffe, die nicht in dem 10-jährigen Arbeitsprogramm aufgenommen wurden, dürfen seit dem 14. Dezember 2003 nicht mehr in einem Biozid-Produkt vermarktet werden

- Biozid-Produkte mit Wirkstoffen, die nicht durch die Industrie „verteidigt“ werden (d. h. für diese Wirkstoffe werden keine vollständigen Unterlagen für die Prüfung im 10-jährigen Arbeitsprogramm vorgelegt), dürfen seit dem 01. September 2006 nicht mehr vermarktet werden
- Biozid-Produkte mit Wirkstoffen, die auch weiterhin vermarktet werden sollen und für die daher durch die Industrie ein vollständiges Dossier vorgelegt wird, dürfen bis zur abschließenden europäischen Bewertung vermarktet werden.

Nach dieser abschließenden Bewertung muss für Biozid-Produkte, die solche Wirkstoffe enthalten, ein Antrag auf Zulassung gestellt werden. Erfolgt innerhalb des 10-jährigen Arbeitsprogramms die Entscheidung, dass ein Wirkstoff nicht mehr in einem Biozid-Produkt vermarktet werden darf, weil damit nicht akzeptable Risiken verbunden sind, müssen Biozid-Produkte, die diesen Wirkstoff enthalten, vom Markt genommen werden.

Als Vorbereitung auf das Zulassungsverfahren für Biozid-Produkte werden durch die BAuA verschiedene Forschungsprojekte durchgeführt. So ist z. B. erstmalig eine Übersicht über die komplexen und sehr unterschiedlichen Anwendungsbereiche der Biozid-Produktarten erstellt worden. Hierzu sind Informationen über gesetzliche Grundlagen und Informationen von Berufsgenossenschaften, Verbänden und weiterer Organisationen systematisch erhoben und ausgewertet worden. Darüber hinaus werden für spezielle Produktarten (z. B. Antifoulingprodukte), die besondere Relevanz für berufsmäßige Verwender haben, spezielle Anwendungen wie Sprühen, die ein hohes Belastungspotenzial besitzen oder spezielle Formulierungen (z. B. Konzentrate), die besondere Risiken bergen, Forschungsprojekte durchgeführt. Im Rahmen dieser Forschungsprojekte werden Bestandsaufnahmen erstellt. Diese Bestandsaufnahmen behandeln Themen wie ordnungsgemäße Verwendung, Einhaltung der guten fachlichen Praxis, geeignete Schutzmaßnahmen, Ausbildung der Anwender, Regelwerk, das den „Stand der Technik“ beschreibt und Vorschläge zur Verbesserung der guten fachlichen Praxis. Für das – bisher erste abgeschlossene – Forschungsprojekt F 1702 „Arbeitsplatzbelastungen bei der Verwendung von Biozid-Produkten. Teil 1: Inhalative und dermale Expositionsdaten für das Versprühen von flüssigen Biozid-Produkten“ steht bereits der Endbericht auf der Homepage der BAuA zur Verfügung¹⁶.

Übergangsregelung für Biozid-Produkte – Biozid-Meldeverordnung

Für die Übergangsphase bis zur abschließenden Bewertung der bioziden Wirkstoffe und der Zulassung von Biozid-Produkten wurde ein Instrument geschaffen, das es den Überwachungsbehörden der Bundesländer erlaubt, die Vermarktungsfähigkeit von Biozid-Produkten zu überprüfen. Diesem Zweck dient die Biozid-Melde-

¹⁶ www.baua.de/nn_11598/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd35_xv=vt.pdf

verordnung. Für die Umsetzung der Meldeverordnung ist die Zulassungsstelle zuständig.

Biozid-Produkte, die bereits am Tag des Inkrafttretens dieser Verordnung, dem 28. Mai 2005, vermarktet wurden, mussten spätestens bis zum 28. Februar 2006 mit einer von der Zulassungsstelle vergebenen Registrierungsnummer versehen werden. Alle anderen Biozid-Produkte müssen vor der ersten Vermarktung mit dieser Registrierungsnummer versehen werden.

Es werden zwei unterschiedliche Arten von Registrierungsnummern vergeben:

- Nummern beginnend mit einem N gefolgt von einer fünfstelligen Zahlenkombination (z. B. N-99999) für Produkte mit Wirkstoffen, die auch weiterhin vermarktet werden sollen und für die daher durch die Industrie ein vollständiges Dossier vorgelegt wird. Diese Produkte dürfen bis zur abschließenden Bewertung durch die EU, längstens jedoch bis zum 14. Mai 2010 vermarktet werden
- Nummern beginnend mit einem I gefolgt von einer fünfstelligen Zahlenkombination (z. B. I-99999) für Produkte mit Wirkstoffen, für die keine vollständigen Unterlagen für die Prüfung im 10-jährigen europäischen Arbeitsprogramm vorgelegt wurden. Diese Produkte durften bis zum 1. September 2006 vermarktet werden.

Die Zulassungsstelle hat Informationen über die registrierten Produkte veröffentlicht. Folgende Informationen stehen auf der Homepage der BAuA¹⁷ zur Verfügung: Firmenname und Anschrift, Handelsname des Biozid-Produktes, Registrierungsnummer, Produktart und Wirkstoffe.

Insgesamt wurden bis Ende August 2005 von 640 Firmen annähernd 13.000 Meldungen durchgeführt. Die mit Abstand am häufigsten gemeldeten Produktarten sind Desinfektionsmittel gefolgt von Schutzmitteln für Flüssigkeiten in Kühl- und Verfahrenssystemen sowie Insektiziden.

Risikokommunikation für Biozid-Produkte

Gefährliche Stoffe und Zubereitungen – auch Biozid-Produkte, wenn sie die entsprechenden Kriterien erfüllen – müssen bei der Vermarktung entsprechend den gefährlichen Eigenschaften eingestuft und gekennzeichnet sein. Die Informationen über gefährliche Eigenschaften werden bei der Kennzeichnung durch Hinweise auf Schutzmaßnahmen ergänzt. So wurden in der Richtlinie 1999/45/EG die Informationspflichten über gefährliche Zubereitungen, die seit 1988 in Kraft waren, neu gefasst und erweitert. Für die Einstufung und Kennzeichnung von Biozid-Produkten enthielten diese neuen Vorschriften Übergangsfristen bis zum 29. Juli 2004. Seit dem 30. Juli 2004 gelten somit auch für Biozid-Produkte die Richtlinien der Europäischen Union, die eine Informationsübermittlung an den Verwender sicherstellen, in vollem Umfang.

¹⁷ www.baua.de/de/Chemikaliengesetz-Biozidverfahren/Zulassungsverfahren-Biozide/Zulassung_20Biozid.html

Für berufsmäßige Verwender, ob in der Industrie oder im Handwerk, werden diese Minimalinformationen im Sicherheitsdatenblatt ergänzt und präzisiert. Für Biozid-Produkte muss gemäß der Richtlinie 91/155/EWG (Sicherheitsdatenblatt-Richtlinie) ein Sicherheitsdatenblatt ausgehändigt werden, wenn es sich um eine gefährliche Zubereitung im Sinne der Richtlinie 1999/45/EG handelt oder das (nicht kennzeichnungspflichtige) Produkt gefährliche Bestandteile zu mehr als 1 % enthält. Auf der Verpackung eines Biozid-Produktes muss ein Hinweis erscheinen, dass ein Sicherheitsdatenblatt für das vorliegende Produkt auf Anfrage erhältlich ist, auch wenn es keine gefährliche Zubereitung im Sinne der Richtlinie 1999/45/EG ist.

Darüber hinaus regelt die Biozid-Produkte-Richtlinie in Art. 20(3) noch zusätzliche Informationen, die bei der Vermarktung seit dem 30. Juli 2004 zur Verfügung gestellt werden müssen. Diese zusätzlichen Informationen decken verschiedene, in der Regel sicherheitsrelevante Angaben ab. Hierzu zählen u. a.:

- die Bezeichnung eines jeden Wirkstoffs und seine Konzentration,
- die Verwendungszwecke, für die das Biozid-Produkt zugelassen ist (z. B. Holzschutz, Desinfizierung, Oberflächenschutz, Antifouling usw.),
- Gebrauchsanweisung und Aufwandsmenge,
- die Sicherheitswartezeit, die zwischen den Anwendungen des Biozid-Produktes oder zwischen der Anwendung und der nächsten Verwendung des behandelten Erzeugnisses eingehalten werden muss,
- Einzelheiten über Vorsichtsmaßnahmen bei Verwendung, Lagerung und Transport (z. B. persönliche Schutzkleidung und -ausrüstung, Feuerschutzmaßnahmen),
- die Verwenderkategorien (z. B. berufsmäßiger Verwender, sachkundiger Verwender), die das Biozid-Produkt verwenden dürfen.

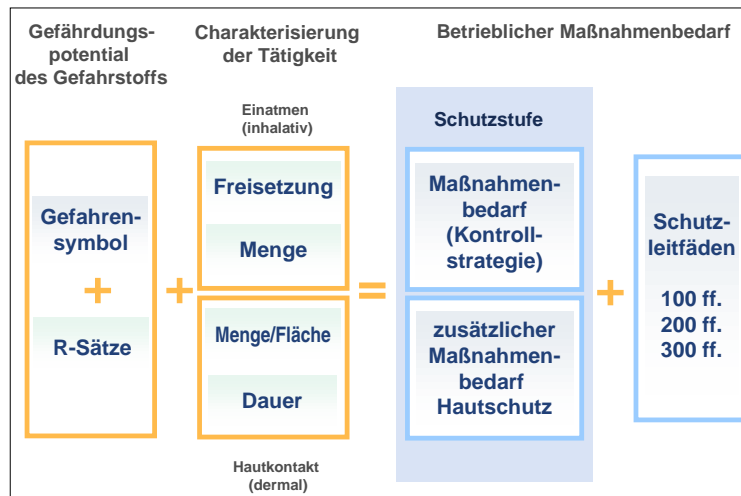
Fazit

Vor dem Inkrafttreten der Biozid-Produkte-Richtlinie hat es in Deutschland keine umfassenden Vorschriften, bezüglich der Produktqualität oder der Sicherheit und Gesundheit der Verwender, für die Vermarktung von oder Tätigkeiten mit Biozid-Produkten gegeben. Nur einige Tätigkeiten wie z. B. Begasungen oder Schädlingsbekämpfungen waren in der Gefahrstoffverordnung geregelt.

Das Zulassungsverfahren für alle Biozid-Produkte wird erst noch anlaufen. Aber bis zu diesem Zeitpunkt ist mit der Biozid-Meldeverordnung, die allerdings nicht die hohen Ansprüche eines Zulassungsverfahrens für Biozid-Produkte erfüllen kann und soll, ein Instrument zur Überwachung des Marktes geschaffen worden.

Insgesamt tragen die neuen Kennzeichnungsvorschriften (Chemikaliengesetz, Gefahrstoffverordnung, Biozid-Meldeverordnung) zu mehr Transparenz für Verbraucher, Unternehmer und Beschäftigte bei und fördern somit die sachgerechte Verwendung dieser Produkte. Sie

Abbildung E15

Prinzipielles Vorgehen im Einfachen Maßnahmenkonzept Gefahrstoffe

helfen auch, Zusammenhänge zwischen der Anwendung eines Produktes und auftretenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen schneller zu erkennen.

7.2 Handlungshilfe für die Praxis – das Einfache Maßnahmenkonzept Gefahrstoffe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Ziel

Das Einfache Maßnahmenkonzept Gefahrstoffe (EMKG) ist eine Handlungshilfe zur Gefährdungsbeurteilung, die vor allem an Klein- und Mittelbetriebe gerichtet ist. Mit diesem Instrument ist es möglich, mit Hilfe leicht verfügbarer Informationen und ohne chemisches Expertenwissen den betrieblichen Maßnahmenbedarf bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen zu ermitteln.

Es gilt derzeit insbesondere für die Vielzahl chemischer Stoffe und Zubereitungen, für die bislang keine Arbeitsplatzgrenzwerte als Beurteilungsmaßstab aufgestellt wurden.

Inhalte

Das EMKG wurde von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) als Handlungshilfe für die Umsetzung der neuen Gefahrstoffverordnung bei Gefahrstoffen ohne Arbeitsplatzgrenzwert konzipiert und steht der Praxis seit dem 17. Januar 2005 auf der Internetseite der BAuA zur Verfügung¹⁸. Eine redaktionelle Anpassung erfolgte im Januar 2006. Es richtet sich vor allem an Verantwortliche in Klein- und Mittelunternehmen, sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Dienste sowie Aufsichtspersonen. Das Konzept beschreibt einen einfachen Einstieg in die Gefährdungsbeurteilung und nutzt hierzu leicht verfügbare Informationen aus der Gefahrenkennzeichnung, dem Sicherheitsdatenblatt und der Begehung des Arbeitsplatzes, die unmittelbar verknüpft sind mit einer Maßnahmenstrategie

(Prüfung von Ersatzlösungen, technische und organisatorische Maßnahmen). Innerhalb der Schutzstufen der Gefahrstoffverordnung verweist das Konzept durch Schutzleitfäden auf konkrete Modelllösungen für eine sichere Gestaltung von häufigen Tätigkeiten mit Gefahrstoffen (z. B. Ab- und Umfüllprozesse). Mit Hilfe des EMKG erkennt der Anwender auch Tätigkeiten und Gefahrstoffe mit möglicherweise hoher Gefährdung, für die ein zusätzlicher, ggf. externer Bewertungs- und sicherheitstechnischer und arbeitsmedizinischer Beratungsbedarf besteht.

Das EMKG basiert auf den vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1997 veröffentlichten Grundsätzen zur Erstellung von Handlungshilfen zur Gefährdungsbeurteilung. Bewährte Lösungsansätze aus Mitgliedsstaaten der Europäischen Union wurden mit den in Deutschland geltenden Anforderungen der Gefahrstoffverordnung verknüpft. In die Entwicklung sind auch die Ergebnisse einer Resonanzhebung in zehn Klein- und Mittelunternehmen der chemischen Industrie eingeflossen, die 2004 im Auftrag der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie und der BAuA durchgeführt wurde. Eine zweite Resonanzhebung erfolgte im Dezember 2005 im Rahmen eines Workshops. Die Praxis nutzte die Plattform aktiv, um Grenzen und Möglichkeiten dieser Handlungshilfe aufzuzeigen und gemeinsam praxisnahe Forderungen für die Weiterentwicklung der Konzeption zu erarbeiten. Insbesondere wurde die Integration der Gefahrstoffe mit Arbeitsplatzgrenzwerten gewünscht.

Der Ansatz des Einfachen Maßnahmenkonzeptes basiert auf der international etablierten Idee des „control banding“: Für Gefahrstoffe ohne Arbeitsplatzgrenzwert werden die gefährlichen Eigenschaften (Einstufung) hilfsweise mit Konzentrationsbereichen in der Atemluft verknüpft. Mit Hilfe weniger, leicht verfügbarer Informationen wird die Gefahrstoffbelastung bei der Tätigkeit abgeschätzt (vgl. Abb. E15).

Der Anwender erhält aus diesen Informationen zum Gefahrstoff und zur Tätigkeit unmittelbar Vorschläge zur

¹⁸ www.einfaches-massnahmenkonzept-gefahrstoffe.de

Arbeitsplatzgestaltung in Form von „Schutzleitfäden“. Für den Nutzer des Konzeptes läuft der beschriebene Vergleich des „control banding“ nicht sichtbar im Hintergrund ab. Grundsätzlich sind die Maßnahmen zur Gestaltung der Arbeitsverfahren so vorgeschlagen, dass die abgeschätzte Belastung innerhalb dieses Konzentrationsbereiches oder darunter liegt. Zudem wurden ein Verfahren zur Beurteilung von Gefährdungen durch Hautkontakt und die zugehörigen Maßnahmen in das Einfache Maßnahmenkonzept übernommen.

Da es sich um ein einfaches Verfahren zur Ableitung von Maßnahmen handelt, in das wenige tätigkeitsspezifische Informationen einfließen, kann damit nicht der Anspruch erfüllt werden, für alle in der Praxis vorkommenden Tätigkeiten mit Gefahrstoffen eine exakte Abschätzung der erforderlichen betrieblichen Maßnahmen vornehmen zu können. Die Gefahrstoffverordnung fordert für diese qualitative Absicherung die Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen durch den Arbeitgeber.

Nutzen

Die Bedeutung eines sachgerechten Umgangs mit Gefahrstoffen wird in vielen Betrieben unterschätzt. Chemische Belastungen von Haut und Atemwegen mit Stäuben, Dämpfen und Nebeln sind nach wie vor typisch für viele Tätigkeiten, insbesondere im gewerblichen Bereich. Häufig wird erst reagiert, wenn die Probleme durch Unfälle oder Erkrankung von Beschäftigten deutlich erkennbar werden. Arztbesuche, AU-Zeiten, Rehabilitationsmaßnahmen für Erkrankte und Arbeitsplatzwechsel aufgrund gesundheitlicher Probleme bedeuten für das Unternehmen einen ständigen Verlust von Arbeitskraft, Wissen und Erfahrung. Dieser wirkt sich zusammen mit einer nicht sachgerechten Chemikalienverwendung negativ auf die Wertschöpfung aus und belastet das Image des Unternehmens intern und extern.

Die Anwendung des Einfaches Maßnahmenkonzeptes ermöglicht einen einfachen, aber systematischen Einstieg in ein betriebliches Gefahrstoffmanagement, das neben der Unterstützung zur Erfüllung gesetzlicher Vorschriften auch zum wertvollen Bestandteil einer nachhaltigen Unternehmenskultur werden kann.

Mit der veröffentlichten Checkliste zur TRGS 500 (Schutzmaßnahmen: Mindeststandards)¹⁹ bietet die BAuA ein einfaches Werkzeug, um im Betrieb die organisatorischen Voraussetzungen für das Einfache Maßnahmenkonzept Gefahrstoffe zu schaffen. In einem Gemeinschaftsprojekt mit der BG Chemie wurden Modelllösungen (Schutzleitfäden) zur Gestaltung häufiger Tätigkeiten mit Gefahrstoffen erarbeitet, die ebenfalls als Download auf der Internetseite zur Verfügung stehen. Auch hier dienen die britischen COSHH Essentials²⁰, die etwa 80 solcher Modelllösungen enthalten, als Vorbild und Ausgangspunkt. Die Erarbeitung weiterer nationaler

Schutzleitfäden wird derzeit gemeinsam mit der BG-Chemie fortgesetzt.

Mit Hilfe der Domain www.einfaches-massnahmenkonzept-gefahrstoffe.de ist den Anwendern und Interessenten des Einfachen Maßnahmenkonzeptes ein schneller und umfassender Zugriff auf die Konzeption, die Praxishilfen und -beispiele sowie die ergänzende Literatur möglich. Für die Praxis stehen derzeit die nachfolgenden zwei Beispiele als Download zur Verfügung:

1. Tätigkeiten mit Phenolharzen (Bakelit) in der Vliesfertigung
2. Herstellen von Chemikalien für die Druckindustrie

Das Einfache Maßnahmenkonzept lässt sich mit dem Konzept der Anwendungssicherheit bei chemischen Produkten verbinden, das von der BAuA im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) verfolgt wird. Anwendungssichere chemische Produkte entlasten gewerbliche Anwender durch eine „mitgelieferte Gefährdungsbeurteilung“ als Dienstleistung des Produkt Herstellers.

Die Implementierung einfacher Konzepte zum Schutz vor chemischen Gefährdungen wird eng durch den Ausbau des bestehenden Informationsaustausches und der fachlichen Kooperation auf internationaler (ILO, WHO, GTZ) und europäischer Ebene (HSE (UK), TNO (NL), IRNS (F), AUVA (A)) begleitet und unterstützt. Auf der Basis eines „Letter of agreement“ verpflichten sich die staatlichen Institute für Gesundheits- und Arbeitsschutz NIOSH (USA), HSE (UK) und BAuA zum gegenseitigen Austausch ihrer fachlichen Entwicklungen auf diesem Gebiet.

Weiteres Vorgehen

Für wettbewerbsfähige Unternehmen in Deutschland, insbesondere für die mittelständische Industrie und das Handwerk, ist es von entscheidender Bedeutung, dass sie durch einfache Gefährdungsbeurteilungen und maßgeschneiderte Schutzlösungen, von ihren Pflichten zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit weitgehend entlastet werden. Um diesen Prozess voranzutreiben, plant die BAuA, die fachliche Weiterentwicklung der Konzeption. Die inhaltlichen Änderungen und Ergänzungen dieser Version 2.0 werden einerseits durch das Anfragenspektrum sowie das Votum der Praxis maßgeblich beeinflusst. Dabei legen die Praxispartner den Schwerpunkt der Weiterentwicklung auf die Veröffentlichung weiterer Praxishilfen und -beispiele, die Einbindung von Stoffen mit Arbeitsplatzgrenzwerten sowie die Anpassung des EMKG an die neue TRGS 401 „Hautkontakt“. Andererseits ist die Validierung der Konzeption auf der Basis eines Forschungsprojektes geplant. Dieses Vorgehen kann im Anschluss daran zum Ausgangspunkt für weitere Projekte zur Implementierung des Einfachen Maßnahmenkonzeptes in KMU und zur Ableitung von weiteren Modelllösungen mit Kooperationspartnern (BGen, Industrieverbände, Unternehmen) werden.

¹⁹ Checkliste unter

www.einfaches-massnahmenkonzept-gefahrstoffe.de

²⁰ www.coshh-essentials.org.uk / www.hse.gov.uk

Doch nicht nur Anwender, sondern auch viele Inverkehrbringer von chemischen Stoffen und Zubereitungen sind KMU. Die chemische Industrie der EU umfasst ca. 36.000 KMU, davon ist etwa die Hälfte in Deutschland tätig. Diese Betriebe müssen zukünftig auch die Anforderungen von REACH umsetzen. Wie die bisherigen Erfahrungen aus den Bereichen Einstufung, Kennzeichnung und Sicherheitsdatenblatt zeigen, besteht hier ein großer Unterstützungsbedarf durch einfache Konzepte und externe Beratung. Die Betriebe werden mit der Umsetzung von REACH aufgefordert, für die in Verkehr zu bringenden Stoffe und Zubereitungen sichere Expositionsszenarien für ausgewählte Tätigkeiten abzuleiten und diese in das Sicherheitsdatenblatt zu integrieren.

Die Hersteller oder Importeure chemischer Produkte brauchen einfache Lösungen zur Ausfüllung der Produktverantwortung. Das EMKG kann mit seinem einfachen Verfahren als Werkzeug zur Expositionsabschätzung für ausgewählte Anwendungsfälle bei Produktherstellern oder -importeuren eingesetzt werden, um für die chemischen Produkte diese „vorweggenommene Gefährdungsabschätzung“ zu realisieren. Der mögliche Einsatz des EMKG im Rahmen von REACH ist ein neues Anwendungsfeld des control banding. Die BAuA plant mittelfristig den Zuschnitt der Konzeption EMKG auf die Bedürfnisse der Chemikalienhersteller und -inverkehrbringer unter REACH sowie die Erarbeitung von Praxishilfen und -beispielen für dieses Einsatzgebiet im Rahmen der Produktsicherheit.

F. Überwachung und Beratung; Ausgewählte Maßnahmen, Projekte und Schwerpunkttaktionen der Arbeitsschutz- aufsichtsbehörden

Die Tätigkeiten der staatlichen Arbeitsschutzaufsichtsbehörden in den letzten Jahren werden beschrieben. Darüber hinaus werden die Umstrukturierungen der Arbeitsschutzaufsichtsbehörden in einigen Bundesländern und die sich daraus ergebende Neuverteilung von Aufgaben dargestellt (Abschnitt 1). Beispielhaft werden zentrale Maßnahmen, Projekte und Schwerpunkttaktionen aus verschiedensten Bereichen vorgestellt (Abschnitt 2).

1. Tätigkeit der Arbeitsschutzbehörden

Die Anzahl der Besichtigungen der Gewerbeaufsicht ist im Berichtszeitraum 2002 bis 2005 um 18,4 % zurückgegangen. Die Anzahl der besichtigten Betriebe sank im selben Zeitraum etwa gleich stark (18,0 %).

Um ihren Aufgaben wirkungsvoll nachkommen zu können, verzichten viele Bundesländer, auch vor dem Hintergrund sinkender Personalzahlen (in 2005 im Vergleich zu 2002 9,1 % weniger Gewerbeaufsichtsbeamte) und zusätzlicher Aufgaben, bewusst auf eine zeitintensive, einzelfallorientierte „Einzelbetriebsbetreuung“ mit regelmäßigen Revisionsintervallen. Sie greifen Problemschwerpunkte im Rahmen von Programmen systematisch auf und folgen der Strategie: „Flächendeckend wirken, nicht flächendeckend handeln“.

Hinzuweisen ist im Berichtszeitraum insbesondere auf Änderungen der Organisationsstrukturen in einigen Bundesländern, die nachfolgend für Baden-Württemberg, Brandenburg und Bayern geschildert werden.

Darüber hinaus werden in diesem Abschnitt beispielhaft verschiedene dieser Programme und Projekte der Gewerbeaufsicht beschrieben.

Verwaltungsreform in Baden-Württemberg

Am 15.07.2004 wurde von der baden-württembergischen Landesregierung eine Verwaltungsstrukturreform beschlossen. Sie erweitert die Bündelungsfunktion der Regierungspräsidien, der Landratsämter und der Stadtkreise bei der Erfüllung staatlicher Aufgaben. Ziel der Reform ist die wirksamere und wirtschaftlichere Erledigung staatlicher Aufgaben. Sie soll binnen 7 Jahren landesweit die Einsparung von 20 % der Personal- und Sachkosten ermöglichen.

Die Maßnahme wurde durch das Verwaltungsstruktur-Reformgesetz verwirklicht, das am 01.01.2005 in Kraft trat. Danach werden die Aufgaben der Gewerbeaufsicht – Arbeits- und Umweltschutz – grundsätzlich von den Stadt- und Landkreisen (44) wahrgenommen. Die Regierungspräsidien (4) übernehmen fachtechnische Aufgaben im Zusammenhang mit den umweltrechtlich bedeutungsvolleren Anlagen. Dementsprechend sind sie zuständig für die Genehmigung und Überwachung von Betrieben,

die IVU¹-Anlagen und Betriebsbereiche gemäß Störfall-Verordnung aufweisen oder planen. In diesen Betrieben bearbeiten sie dann allerdings sämtliche anfallende Aufgaben aus dem Umweltschutz und dem Arbeitsschutz („Zaunprinzip“). Außerdem nehmen die Regierungspräsidien die Aufgaben der Produktsicherheit einschließlich der Medizinprodukte, des Strahlenschutzes, des Mutter-schutzes und des Heimarbeiterschutzes wahr.

Damit sind die Stadt- und Landkreise in fast allen Betrieben und Institutionen des Landes für den Vollzug praktisch des gesamten Umweltschutzes und nahezu des gesamten Arbeitsschutzes zuständig, für den Vollzug des Fahrpersonalrechts und des Ladenschlussgesetzes in landesweit allen Betrieben.

Die Zentrale Stelle für die Abrechnungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz wurde in die Zentrale Stelle für die Vollzugsunterstützung der Gewerbeaufsicht eingegliedert, diese wiederum in das Regierungspräsidium Tübingen.

Die zirka 770 Stellen der Gewerbeaufsicht wurden entsprechend den jeweiligen Zuständigkeiten zu 35 % an die Regierungspräsidien und zu 65 % an die Stadt- und Landkreise übertragen.

Für eine Zwischenbilanz der Verwaltungsreform ist es noch zu früh. Sie soll nach den Vorgaben des Gesetzes im Jahr 2007 erfolgen. Es kann jedoch schon jetzt festgestellt werden, dass die Reform im Bereich der Gewerbeaufsicht sozialverträglich erfolgt ist.

Umorganisation der Arbeitsschutzverwaltung Brandenburg

Mit der Verabschiedung des Haushaltssicherungsgesetzes im Juni 2003 war das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (MASGF) in Brandenburg beauftragt worden, bis zum 30. Juni 2004 die Ämter für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik zusammenzuführen. Gleichzeitig waren die auf Dritte übertragbaren Aufgaben des Landesinstituts für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin aus der Landesverwaltung auszugliedern und die verbleibenden Aufgaben auf eine zu bildende Landesbehörde zu übertragen. Das MASGF erweiterte den Auftrag um die Entwicklung eines Vorschlags zur Gestaltung der zukünftigen Schnittstelle zwischen MASGF und dem zu bildenden Landesamt für Arbeitsschutz inkl. des Controllings.

Zur Umsetzung dieses Auftrages war entschieden worden, zum 01. Januar 2004 ein Landesamt für Arbeitsschutz auf der Grundlage des Landesorganisationsgesetzes zu bilden. Die Dienst- und Fachaufsicht über das Landesamt sollte das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen ausüben.

Sitz des Landesamtes sollte Potsdam sein. Innerhalb des Landesamtes sollten drei annähernd gleich große Regionalbereiche zur Wahrnehmung der behördlichen Aufgaben in der Fläche gebildet werden. Die Regionalbereiche

¹ Integrierte Vermeidung und Verminderung der Umweltverschmutzung

umfassen jeweils zwei Verwaltungsregionen und sollen so die Einräumigkeit der brandenburgischen Verwaltung sichern. Das Landesamt würde sich somit in Zentralbereich und Regionalbereiche aufgliedern.

Zur Bildung des Landesamtes wurden ein Aufbaustab und eine Lenkungsgruppe gebildet. Es wurden die folgenden Eckpunkte als verbindliche Rahmenvorgaben für die Aufbauarbeiten festgelegt:

- Das Fachkonzept der Arbeitsschutzverwaltung bleibt die Grundlage des Handelns in der Arbeitsschutzverwaltung. Es wird kontinuierlich an sich ändernde Rahmenbedingungen angepasst.
- Die Fachaufgaben werden grundsätzlich in den Regionalbereichen wahrgenommen, es sei denn, dass aus Gründen der Spezialisierung oder Rationalisierung die zentrale Erledigung günstiger ist.
- Die Aufbau- und Ablauforganisation sind so zu gestalten, dass ein landeseinheitlicher Vollzug weitestgehend gewährleistet wird.
- Die Verwaltungsaufgaben werden so weit wie möglich zentralisiert.
- Alle von einer unteren Behörde erledigbaren Aufgaben werden auf das Landesamt delegiert.
- Die Steuerung des Landesamtes durch das MASGF und die Steuerung innerhalb des Landesamtes erfolgen auf der Grundlage von Elementen des Neuen Steuerungsmodells.

Sofortmaßnahmen

Die Gründung des Landesamtes zum 01.01.2004 war aufgrund fehlender rechtlicher Voraussetzungen nicht möglich. Zunächst musste das Landesorganisationsgesetz geändert werden. Bereits vor der formalen Gründung des LAS erwiesen sich aber bestimmte Maßnahmen als sinnvoll:

- Errichtung einer vorläufigen Zentralverwaltung,
- zentrale Haushaltsplanung und Mittelbewirtschaftung,
- zentrale Stellen- und Personalverwaltung,
- arbeitsschutzfachliche Qualifizierung der entlasteten Verwaltungskräfte,
- Umsetzung der vorliegenden IT-Konzeption,
- Maßnahmen zur Schaffung der notwendigen neuen Infrastruktur.

Trotz der vielen organisatorischen Umbrüche war im Prozess für die Kontinuität der fachlichen Arbeit zu sorgen. Als Herausforderungen stellten sich die Vereinheitlichung von Aktenablagen und Registraturen, die Parallelität von elektronischen und Papierakten, das Einrichten effektiver Postwege und die Optimierung der Fahraufwände dar.

Aufbau- und Ablauforganisation

Es wurden ein Zentralbereich und drei annähernd gleich große Regionalbereiche, im Zentralbereich und je Regionalbereich vier Dezernate sowie eine Zentralverwaltung eingerichtet. Die Fachaufgaben werden zentralisiert

oder regional konzentriert wahrgenommen, die Grund- und Querschnittsaufgaben dagegen an allen Standorten. Die Erfahrungen bei der bereits vollzogenen Zusammenlegung der Ämter Eberswalde und Frankfurt (Oder) waren angemessen berücksichtigt worden.

Die drei Regionalbereiche West, Ost und Süd orientieren sich an den Verwaltungsregionen im Land und gewährleisten so die Einräumigkeit der Verwaltung.

Zusammenfassung

Die Rahmenbedingungen, insbesondere die Situation des Landeshaushalts zwingen zur Kürzung der Sach- und Personalkosten sowie zur Reduzierung der Zahl der Stellen. Die Landesregierung hat mit dem Auftrag zur Aufgabenkritik und der Einleitung von Maßnahmen zur Verwaltungsmodernisierung den Anlass zur Konzentration im Arbeitsschutz gegeben. Die Notwendigkeit zur Fusion der Dienststellen war aber von den Verantwortlichen in der Arbeitsschutzverwaltung bereits frühzeitig erkannt worden. Das Konzept dazu wurde intern entwickelt und umgesetzt. Die Ergebnisse der durchgeführten Aufgabenkritik wurden dabei berücksichtigt.

Die Fusion aller Dienststellen im Arbeitsschutz zu einem Landesamt für Arbeitsschutz mit Sitz in Potsdam und weiteren Dienstsitzen an den bisherigen Standorten als Landesoberbehörde mit vier Bereichen mit je vier Dezernaten und derzeit 252 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wurde umgesetzt.

Im Nachhinein lässt sich einschätzen, dass es eine sinnvolle Neuorganisation war. Sie brachte Konzentration statt Zersplitterung, Stärkung statt Schwächung, trägt der Personalentwicklung Rechnung und dient der Umsetzung des Beschlusses zur Neuen Steuerung. Es war auch eine wirksame Neuorganisation. Sie dient der Verbesserung der Landeseinheitlichkeit, der Verbesserung der Qualitätssicherung, der besseren Ausnutzung der vorhandenen Kompetenz, bringt wesentliche Einsparungen und verringert insbesondere die Zahl von Leitungs- und Verwaltungsstellen. Der Anteil der Verwaltung ist extrem niedrig mit nur 10 Verwaltungskräften für 252 Stellen. Die Hierarchie ist flach. Nur zwei Ebenebenen existieren im Landesamt – vier Bereiche mit zusammen 16 Dezernaten. Das LAS ist eine moderne, kompetente und leistungsstarke Landesoberbehörde in der Zuständigkeit des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie.

Umorganisation der Gewerbeaufsicht in Bayern

Bis Ende 2004 wurden die bayerischen Gewerbeaufsichtsämter als Sonderbehörden geführt, die direkt dem zuständigen Fachressort (Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz; ab 01.10.2003 Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz – StMUGV) nachgeordnet waren.

Es gab für jeden der 7 Regierungsbezirke ein Gewerbeaufsichtsamt. Lediglich in Oberbayern – dem größten Regierungsbezirk – waren zwei Gewerbeaufsichtsämter angesiedelt.

Im Rahmen der im Jahr 2003 von der bayerischen Staatsregierung beschlossenen Verwaltungsreform wurden die Gewerbeaufsichtsämter zum 01. Januar 2005 als fachliche Einheit an die Bezirksregierungen angegliedert und in die innere Verwaltung überführt. Das StMUGV bleibt jedoch für die fachlichen Belange, sowie das Personal der Gewerbeaufsichtsämter bei den Regierungen zuständig.

Mit der Angliederung war ein Übergang der Verwaltungen in die jeweilige Regierung, eine Neugestaltung des organisatorischen Aufbaus, die Abgabe der Straßenkontrollen im Bereich der Sozialvorschriften im Straßenverkehr und beim Gefahrguttransport an die Polizei, sowie ein Personalabbau von 25 % verbunden. Trotz des Personalabbaus soll durch Synergiegewinne im Verwaltungsbereich und eine allgemeine Effizienzsteigerung bei der Aufgabenwahrnehmung das hohe Niveau der bayerischen Gewerbeaufsicht erhalten werden.

Nach Auflösung der Dezernate „Transportsicherheit“ und „Verwaltung“ gliedern sich die Gewerbeaufsichtsämter bei den Regierungen nun in die Dezernate

- Sozialer Arbeitsschutz und Organisation des Arbeitsschutzes,
- Bauarbeiterschutz und Sprengwesen,
- Überwachungsbedürftige Anlagen, Medizinprodukte, Röntgenanlagen,
- Verbraucherschutz und Marktüberwachung,
- Chemikaliensicherheit und Explosionsschutz sowie
- Gewerbeärztlicher Dienst.

Die Verwaltungen der Gewerbeaufsichtsämter wurden erfolgreich in die Regierungen integriert und die möglichen Synergien im Verwaltungsbereich realisiert.

Die nunmehr vorgenommene Umstrukturierung der bayerischen Gewerbeaufsicht dient nicht nur dem Erfordernis einer schlanken und effizienten Verwaltung, sondern auch der Anpassung an veränderte Problemstellungen bei der zentralen Aufgabe der Gewerbeaufsicht, den Gesundheitsschutz von Beschäftigten bei der Arbeit zu verbessern und zu überwachen.

Strategie und Arbeitsweise der Gewerbeaufsicht

Die Rahmenbedingungen der Arbeit haben sich massiv verändert. Die durch Untersuchungen und Statistiken belegte jüngste Entwicklung zeigt, dass psychische Belastungsfaktoren wie Stress durch Leistungsdruck, Arbeitsverdichtung oder Informationsüberflutung zunehmend die Gesundheit und damit die Beschäftigungsfähigkeit der Arbeitnehmer beeinträchtigen. Die Menschen erreichen heute ein höheres Lebensalter und sie müssen voraussichtlich auch länger als bisher im Berufsleben stehen. Deshalb gilt es, die Gesundheit der Beschäftigten im Arbeitsleben langfristig zu erhalten, damit sie dieser Anforderung gewachsen sind. Erreicht werden kann dieses Ziel nur durch geeignete präventive Maßnahmen und durch eigenverantwortliches Handeln von Unternehmen und Arbeitnehmern.

Strategie und Arbeitsweise der Gewerbeaufsicht wurden deshalb bereits vor der Umstrukturierung innerhalb der letzten Jahre an die o. a. Veränderungen der Arbeitswelt angepasst. Wie auch von der Henzler-Kommission gefordert, hat sich die Gewerbeaufsicht aus der flächendeckenden Aufsicht zurückgezogen. Stattdessen werden dort Schwerpunktaktionen durchgeführt, wo besondere Gefährdungen für die Gesundheit am Arbeitsplatz erkannt wurden. Der Präventionsgedanke steht dabei im Vordergrund. In diesem Sinne wird die Gewerbeaufsicht ihren gesetzlichen Auftrag (§ 21 ArbSchG) weniger als Kontrolleur sondern als Berater der Unternehmen erfüllen, wenngleich auf das Mandat zur Durchsetzung gesetzlicher Vorschriften nicht verzichtet werden kann.

Kooperation mit den Berufsgenossenschaften

Um potentielle Aufgabenüberschneidungen mit den Berufsgenossenschaften abzubauen hat das StMUGV im Januar 2005 ein Kooperationsabkommen gemäß §21 Abs. 3 Arbeitsschutzgesetz mit dem Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften geschlossen.

Kernpunkte sind die Einrichtung von bedarfsorientiert agierenden Steuerungsmechanismen zur gegenseitigen Abstimmung, ein arbeitsteiliges Vorgehen bei der Überwachung der Betriebe und bei der Durchführung von Präventionsmaßnahmen, Zusammenarbeit bei Fort- und Weiterbildung sowie ein ständiger Erfahrungs- und Informationsaustausch.

Die Unternehmen werden dadurch von Kontrollen entlastet. Es entstehen ihnen keine Mehrbelastungen an anderer Stelle. Bayern ist damit einen zukunftsweisenden Weg gegangen, der nun auch bundesweit durch die Erarbeitung einer gemeinsamen Arbeitsschutzstrategie zwischen den Unfallversicherungsträgern und den staatlichen Arbeitsschutzbehörden mit vergleichbarer Zielsetzung bestätigt wird. Die Weiterentwicklung dieser Vereinbarung, insbesondere die Einbeziehung weiterer Akteure bleibt – nicht zuletzt wegen der zuvor genannten Veränderungen der Arbeitswelt – Auftrag für das bayerische Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz.

ArbeitsschutzPartnerschaft in Hamburg; Startsignal für eine Kooperation im betrieblichen Gesundheitsschutz

Die für den Arbeitsschutz in Hamburg verantwortliche Behörde, die Vereinigung der Unternehmensverbände Hamburg und Schleswig-Holstein, der Industrieverband Hamburg, Handwerks- und Handelskammer, der Landesverband Nordwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Deutsche Gewerkschaftsbund haben am 20. April 2005 im Rahmen eines Senatsempfangs im Hamburger Rathaus die Vereinbarung zu einer ArbeitsschutzPartnerschaft unterzeichnet.

Die ArbeitsschutzPartnerschaft verfolgt das Ziel, eine neue Qualität der Zusammenarbeit von Behörden, Wirtschaft, Verbänden und Sozialpartnern in Hamburg nachhaltig zu realisieren. Die Vereinbarungspartner wollen Wettbewerbsfähigkeit und Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit durch gemeinsam getragene Aktivitäten

fördern. Der Arbeitsschutz soll durch moderne, entbürokratisierte und dienstleistungsorientierte Aufsichtsmethoden, problem- und branchenbezogene Kooperationen und eine verstärkte Eigenverantwortung von Arbeitgebern und Beschäftigten effizienter gestaltet werden.

Das gemeinsame Leitbild: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit

Der ArbeitsschutzPartnerschaft liegt ein gemeinsames Verständnis eines modernen Arbeitsschutzes zu Grunde: Interessen der Wirtschaft und der Gesundheitspolitik, der Arbeitgeber und Beschäftigten nach wettbewerbsfähigen Betrieben und menschengerechten, gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen müssen miteinander verknüpft werden. Sichere und gesunde Arbeitsplätze liegen im Interesse der Beschäftigten, sie sind aber ebenso eine wesentliche Voraussetzung für den Erhalt und den Ausbau der Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandorts Hamburg. Gesundheit, Motivation und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten sind vom wirtschaftlichen Erfolg der Unternehmen nicht zu trennen.

Die Vereinbarungspartner unterstützen und fördern die Integration eines nachhaltigen Arbeitsschutzes in die Unternehmensstrategie: Maßnahmen für die Gestaltung sicherer und gesunder Arbeitsbedingungen müssen in einem kontinuierlichen Prozess der Unternehmensorganisation aufgebaut und entwickelt werden.

Der Arbeitsschutz hat in der Vergangenheit zur Verringerung von Arbeitsunfällen und zur Reduzierung von Berufskrankheiten beigetragen. Die herkömmlichen Methoden des Arbeitsschutzes reichen aber nicht mehr aus, den neuen Herausforderungen der globalisierten und sich unter steigendem Innovationsdruck verändernden Arbeitswelt zu begegnen. Neben der traditionellen Unfallverhütung und Reduzierung der herkömmlichen Belastungen wie z. B. durch gefährliche Stoffe, schweres Heben und Tragen treten in zunehmenden Maße Probleme der Arbeitsorganisation, der Verdichtung und Flexibilisierung von Arbeitsformen in den Vordergrund. Daraus resultierende neue Belastungsformen – z. B. als negative Folgen von Stress – wirken sich in zunehmendem Maße negativ auf das Arbeitsvermögen und die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten sowie der Betriebe aus.

Moderne Arbeitsschutzkonzepte haben diesen Entwicklungen Rechnung zu tragen. Sie setzen dabei vor allem auf die Stärkung der eigenverantwortlichen Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen in den Betrieben durch die Unternehmen und Beschäftigten sowie deren Interessenvertretungen.

Die ArbeitsschutzPartnerschaft Hamburg ist ein Bündnis der für den Arbeitsschutz und die Unternehmens- und Interessenverbandspolitik Verantwortlichen. Die Weiterentwicklung der Kooperationsbeziehungen und ihre Verknüpfung zu einem Netzwerk des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz in Hamburg soll einen Beitrag zur Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen leisten.

Kooperation

Die Gestaltung gesundheitsfördernder Arbeit erfordert die Zusammenarbeit der Akteure auf betrieblicher (Unternehmer, Arbeitsschutzexperten, Beschäftigte und deren Interessenvertretungen) und überbetrieblicher Ebene (Unternehmerverbände, Unfallversicherungsträger, Gewerkschaften und Arbeitsschutzbehörden). Das Bündnis der Vereinbarungspartner und die Bündelung von Ressourcen im Rahmen eines gemeinsamen Verständnisses fördern die Effizienz und schaffen eine Vertrauensgrundlage im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Durch kooperatives Handeln der verschiedenen Akteure sollen gemeinsam praktisch handhabbare betriebliche Lösungen für den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz entwickelt werden. Diese Zusammenarbeit soll durch die gemeinsame Kompetenz der Vereinbarungspartner gefördert werden.

Die ArbeitsschutzPartnerschaft verfolgt das Ziel, eine neue Qualität der Kooperation von Behörde, Unternehmen, Kammern, Verbänden, Unfallversicherungsträgern und Gewerkschaften in Hamburg nachhaltig zu verwirklichen. Die Vereinbarungspartner haben sich darauf verständigt, durch gemeinsame Aktivitäten Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit zu verbessern und dadurch die Wettbewerbsfähigkeit zu fördern. Sie bringen dazu ihre Kompetenzen für die Entwicklung passgenauer betrieblicher Lösungen und Strategien ein. Der Arbeitsschutz soll durch moderne, entbürokratisierte und dienstleistungsorientierte Aufsichtsmethoden, problem- und branchenbezogene Kooperationen und eine verstärkte Eigenverantwortung von Arbeitgebern und Beschäftigten effizienter gestaltet werden.

Methoden und Handlungsfelder

Die Betriebsbegehung und -besichtigung als traditionelles Mittel zur Durchsetzung des betrieblichen Arbeitsschutzes soll um neue kooperative Arbeitsschutzstrategien ergänzt werden. Im Vordergrund steht nicht mehr die Kontrolle der Einhaltung vorgeschriebener gesetzlicher Einzelregeln. Ein effektiver Arbeitsschutz muss Unternehmer und Beschäftigte dabei unterstützen, in Eigenverantwortung und -initiative Arbeitsschutz im Betrieb erfolgreich umzusetzen. Arbeitgeber wie Arbeitnehmer sind für Fragen des Arbeitsschutzes zu sensibilisieren, durch kompetente Beratung zu überzeugen sowie mit erfolgreichen und übertragbaren Praxismodellen zu motivieren. Gegenstand der Vereinbarung sind daher Maßnahmen, die geeignet sind, die Wirksamkeit des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den Betrieben zu gewährleisten und gleichzeitig einen effizienten Mitteleinsatz bei allen Beteiligten für die Erreichung dieses Ziel sicherzustellen.

Die Kooperation der Vereinbarungspartner soll durch Branchenvereinbarungen und branchenorientierte Projekte gefördert werden. Ziel von Branchenvereinbarungen ist die Sicherstellung eines hohen Arbeitsschutzstandards in Hamburger Betrieben. Im Rahmen solcher freiwilliger Vereinbarungen verpflichten sich die (Mitglieds-)Betriebe, den Arbeits- und Gesundheitsschutz bei der Auswahl von Arbeitsstoffen und Arbeitsmitteln

sowie der Arbeitsorganisation zu berücksichtigen. Das Amt für Arbeitsschutz überprüft das Arbeitsschutzsystem, ohne in die sonst erforderliche Detailprüfung zur Einhaltung von Rechtsvorschriften einzutreten.

Im Rahmen von Projekten sollen branchentypische Probleme analysiert und bewertet sowie Maßnahmen für betriebliche Lösungen erarbeitet werden. Durch die beteiligten Kooperationspartner sollen – auch im Rahmen einer gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit – die Ergebnisse in der jeweiligen Branche verbreitet werden, damit alle Betriebe von den Lösungen profitieren können. Es ist das Ziel, gemeinsam mit den beteiligten Partnern Aufklärung zu betreiben, Problembewusstsein bei den Arbeitgebern und Beschäftigten der Branche zu erzeugen und die Umsetzung von Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu fördern. Projekte werden auf der Basis der Ziele der ArbeitsschutzPartnerschaft durchgeführt.

Für die Laufzeit der Partnerschaft sind bisher eine Reihe von Projekten in unterschiedlichen Branchen vereinbart worden. Wesentliches Merkmal ist dabei, dass – ganz im Sinne des partnerschaftlichen Kooperationsprinzips – die Verantwortung für die Durchführung auf jeweils verschiedene Partner verteilt ist und Unternehmen wie Verbände gleichermaßen in die Ergebnisverantwortung bzw. den Erfolg des Projektes eingebunden sind.

Organisation der ArbeitsschutzPartnerschaft

Die ArbeitsschutzPartnerschaft ist auf zunächst zwei Jahre mit der Möglichkeit der Fortschreibung angelegt. Für die Organisation und das Controlling der Aktivitäten der ArbeitsschutzPartnerschaft ist ein Koordinierungsausschuss verantwortlich, dem jeweils eine Vertreterin bzw. ein Vertreter der Partner angehören. Zur Unterstützung des Koordinierungsausschusses der Vereinbarungspartner wurde im Amt für Arbeitsschutz eine Geschäftsstelle eingerichtet. Die zur Organisation und Durchführung der ArbeitsschutzPartner notwendigen Aktivitäten werden durch Schwerpunkttsetzungen innerhalb der vorhandenen Ressourcen erledigt.

Die Partner führen zur Umsetzung der Ziele der Vereinbarung gemeinsam geeignete Maßnahmen und Projekte in eigener Verantwortung durch. Projektvorschläge der Partner sowie Dritter können kontinuierlich bei der Geschäftsstelle eingebracht werden und werden im Koordinierungsausschuss einstimmig zur Durchführung beschlossen. Es ist das Ziel der Partner, im Rahmen von Projekten möglichst viele Unternehmen und Verbände aus dem Kreise ihrer Mitgliedsorganisationen sowie sonstige mit dem Arbeitsschutz befasste Institutionen innerhalb und außerhalb von Behörden für die ArbeitsschutzPartnerschaft zu gewinnen. Dabei ist im Sinne der Vereinbarung eine breite Kooperation aus den Bereichen der Partner anzustreben. Projekte werden auf der Basis der Vereinbarungsziele bewertet und ausgewählt. Sie müssen mindestens drei Kriterien erfüllen:

1. Verbesserung von Sicherheit und Gesundheit in einem Unternehmen oder einer Branche,

2. Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit und Stärkung des Wirtschaftsstandorts Hamburg,
3. Brancheninterne oder branchenübergreifende Kooperation.

Darüber hinaus sollen weitere der nachstehenden Kriterien erfüllt sein:

- Entwicklung passgenauer, modellhafter betrieblicher oder branchenbezogener Lösungen.
- Beteiligung von betrieblichen Arbeitsschutzexperten und Beschäftigten.
- Auslösen von Lernprozessen und Verhaltensveränderungen, Informations- und Multiplikatorenaspekt.
- Effizienz und Nachhaltigkeit.
- Orientierung an EU-Standards und Entwicklungen.

Für die Laufzeit der gemeinsam vereinbarten Projekte dürfen die Beteiligten das Logo der „ArbeitsschutzPartnerschaft“ in der nicht-produktbezogenen Werbung verwenden.

Arbeitsschutz-Allianz Sachsen gegründet

Für mehr Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit steht den sächsischen Unternehmen ein überbetriebliches Bündnis zur Seite. 30 Partner (Gewerkschaften, Handwerkskammern, Industrie- und Handelskammern, Regierungspräsidien, Unternehmerverbände, Landesverband Bayern und Sachsen der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Unfallkasse Sachsen, VDSI, VDRI und weitere überbetriebliche Akteure des Arbeits- und Gesundheitsschutzes) sind am 28. November 2005 der Einladung des Sächsischen Staatsministers für Wirtschaft und Arbeit, Thomas Jurk, gefolgt und haben in Dresden die Arbeitsschutz-Allianz Sachsen gegründet. „*Mit dieser Allianz bündeln wir die Kompetenzen auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes*“, so Minister Jurk. Wichtigste Aufgabe werde es sein, Unternehmer davon zu überzeugen, dass „*Arbeitsschutz nicht nur den Arbeitnehmern nützt, sondern auch über Wettbewerbsfähigkeit und damit Erfolg eines Unternehmens entscheidet*“.

Mit der Gründung der Arbeitsschutz-Allianz beschreibt Sachsen auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes Neuland. Wie bereits 1872, als das Königreich Sachsen als erstes Land des Deutschen Reiches eine flächendeckende, aus vier Inspektionsbezirken bestehende Fabrikeninspektion schuf, die neben der Kontrolle der Kinderschutzbestimmungen auch für die Überwachung der Dampfkessel und den Schutz der Fabrikarbeiter gegen die Gefahren für Leben und Gesundheit zuständig war.

In Deutschland gibt es ein solches freiwilliges Bündnis für den Arbeits- und Gesundheitsschutz derzeit nur noch in Hamburg („ArbeitsschutzPartnerschaft“, s. o.).

Mit der Arbeitsschutz-Allianz erhält die Zusammenarbeit von staatlichen Arbeitsschutzbehörden und den Partnern im Arbeits- und Gesundheitsschutz eine neue Qualität. Die Partner unterstützen durch Information, Beratung und öffentliche Anerkennung die in ihrem Verantwortungs- bzw. Zuständigkeitsbereich liegenden

Unternehmen beim Aufbau eines betrieblichen Arbeitsschutzsystems. Nicht nur größere Unternehmen, sondern auch mittelständische und kleine Unternehmen können Arbeitsschutzmanagementsysteme (AMS), vorzugsweise das ILO-konforme OHRIS, einführen. Im Ergebnis der erfolgreichen Implementierung des OHRIS wird

- die Überwachungsintensität verringert,
- ein Zertifikat erworben, das in 178 Mitgliedsstaaten der International Labour Organization (ILO) anerkannt wird,
- die Aufnahme in die jeweiligen Anerkennungsregister der Länder vorgenommen und
- die Berechtigung zur Verwendung des Logos „Arbeitsschutz-Allianz Sachsen“ in der nichtproduktbezogenen Werbung erteilt.

„Damit können die Kontrollen in der Regel auf die Prüfung des Managementsystems beschränkt werden. Das bedeutet, weniger Kosten bei Unternehmen und Staat.“, so Jurk.

Vorbildlicher Arbeitsschutz setzt positive Impulse. Arbeitskultur schafft Vertrauen, setzt Leistungsbereitschaft frei, fördert Flexibilität und erzeugt Betriebsbindung (corporate identity). Für den Betrieb entstehen Imagegewinn und Wettbewerbsvorteile.

Die staatlichen Arbeitsschutzbehörden fördern durch kostenlose Beratung und Systemkontrolle alle Bestrebungen, systematisches Arbeitsschutzhandeln in Betrieben des Freistaates Sachsen zu entwickeln. Ein aus sechs Personen bestehender Koordinierungsrat, den das Sächsische Staatsministerium für Wirtschaft und Arbeit bestellt hat, wird die Projekte, die die Partner in der Umsetzung der Ziele in eigener Verantwortung oder gemeinsam durchführen, koordinieren. Die Laufzeit der Arbeitsschutz-Allianz Sachsen ist vorerst auf fünf Jahre festgelegt.

2. Ausgewählte Maßnahmen, Projekte und Schwerpunkttaktionen der Arbeitsschutz-aufsichtsbehörden

2.1 Arbeitsschutz im europäischen Rahmen

Aktion Netzwerk Baustelle – Bericht des Landes Hessen

Als deutscher Beitrag zur EU-Baustellenkampagne wird seit 2003 die Aktion Netzwerk Baustelle von den Aufsichtsinstitutionen der Baubranche durchgeführt. Neben umfangreicher Öffentlichkeitsarbeit (u. a. in Kooperation mit dem Deutschen Fußballbund), wurden über 10.000 Baustellen nach einheitlichen Kriterien überprüft. Diese Untersuchung belegt die Wirksamkeit der Werkzeuge der BaustellV auf den Baustellen sehr deutlich. Dennoch sind auch große Defizite zu erkennen, knapp 30 % nicht ausreichende Absturzsicherungen sind ein viel zu hoher Anteil!

Im Jahr 2004 wurden neben Revisionen drei eigenständige Projekte zur Erprobung konkreter Handlungsansätze für die Praxis integriert. Zusammenfassend zeigt dies,

dass die wesentlichen Ansatzpunkte zur Verbesserung des Arbeitsschutzes auf den Baustellen vor allem in der Stärkung einer systematischen Organisation des gesamten Bauvorhabens liegen.

Im Jahr 2005 wurden in fünf regionalen Erfahrungsaustauschen die Ergebnisse der ersten beiden Aktionen Netzwerk Baustelle diskutiert und als ersten Schritt zur Erarbeitung einer zukunftsgerichteten Konzeption des Aufsichtshandelns genutzt.

EU-Projekt „Sicher bauen – über Grenzen hinweg“; Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden des Landes Brandenburg mit der Republik Polen

Im Zuge des Beitritts der Republik Polen in die EU im Jahr 2004 wurde die EG-Baustellenrichtlinie in das nationale polnische Recht umgesetzt. Ausgelöst durch die Veröffentlichung der Ergebnisse der bundesweiten Aktion „Netzwerk Baustelle“ in Deutschland bestand von polnischer Seite der Wunsch nach einem gegenseitigen Informations- und Erfahrungsaustausch zu Fragen der Umsetzung der EG-Baustellenrichtlinie.

Die Ausschreibung der EU-Kommission zur Gewährung von Finanzhilfen zur Förderung der Zusammenarbeit und des Austausches von Aufsichtsbeamten mit den beigetretenen Ländern initiierte die Idee, aufgrund der bestehenden guten Kontakte und der gemeinsamen Grenze Brandenburgs zu Polen ein EU-Projekt durchzuführen.

Mit dem Projekt wurde das Ziel verfolgt, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Arbeitsschutz zwischen den Aufsichtsbehörden des Landes Brandenburg und der Republik Polen zur Durchsetzung des europäischen Gemeinschaftsrechts zu intensivieren. Hierzu wurden sowohl die Aufsichtsbeamten als auch Bauherren, Architekten und Bauunternehmer beiderseits der Grenze über die jeweils bestehenden nationalen Besonderheiten und Erfahrungen bei der Umsetzung der EG-Baustellenrichtlinie informiert und beraten. Auf der Basis dieser Informationen und gemeinsamer Baustellenbesuche wurden Erfahrungen in Bezug auf die Aufsicht im jeweils anderen Land gesammelt, die zu abgestimmtem Handeln und zu besserer Beratung insbesondere von Investoren auf beiden Seiten der Grenze führen werden.

Standortbestimmung und Auftaktveranstaltung im März 2005 in Potsdam

Ein Workshop der Aufsichtspersonen beider Länder förderte das gegenseitige Kennenlernen und den Informations- und Erfahrungsaustausch. Zu einer öffentlichen Fachtagung waren Vertreter von Verbänden und Organisationen, z. B. der Industrie- und Handelskammer sowie der Handwerkskammer, von Architekturbüros, Ingenieurbüros, potenzielle Bauherren und Koordinatoren eingeladen worden. Auf der Tagung wurden Beispiele einer guten Planung und Koordination der Leistungserbringung wie auch bestehende Arbeitsschutz- und Organisationsprobleme aus Brandenburg und aus Polen zur Diskussion gestellt. Die Referenten berichteten aus unterschiedlicher Sicht über ihre Erfahrungen bei der Umsetzung der Baustellenverordnung. Von dem polnischen Projektpartner wurde ein Einblick in die polnische Ar-

beitsschutzgesetzgebung und insbesondere in die Spezifika bei der Umsetzung der EG-Baustellenrichtlinie in polnisches Recht gegeben.

Gemeinsame Baustellenbesuche

Bei den Baustellenbesuchen wurden die praktische Umsetzung und die Wirksamkeit der vorgeschriebenen Instrumente der EG-Baustellenrichtlinie, wie der Einsatz eines Koordinators, die Erstellung eines Sicherheits- und Gesundheitsschutzplanes (SiGe-Plan) und einer Unterlage für spätere Arbeiten, auf ausgewählten Baustellen beidseitig der Grenze eingeschätzt. Sehr interessiert waren die polnischen Arbeitsinspektoren an der Arbeit des Koordinators in der Planungsphase. Sie waren beeindruckt von dem Präventionsgedanken sowie von der intensiven Zusammenarbeit zwischen Bauüberwachung, Sicherheitskoordination, Arbeitsschutzbehörde und den ausführenden Unternehmen bei der Umsetzung der Baustellenverordnung. Die Forderung zur Erstellung einer Unterlage für spätere Arbeiten gibt es in Polen nicht.

Bemerkenswert bei der Besichtigung der polnischen Baustellen war, dass die Dokumentationen zum SiGe-Plan in Polen umfangreicher waren als in Deutschland üblich. So fließen in den SiGe-Plan u. a. auch die Gefährdungsbeurteilungen der Auftragnehmer und Nachauftragnehmer mit ein. Grundsätzlich fungiert in Polen der Bauleiter gleichzeitig als Koordinator. Dieser passt den SiGe-Plan entsprechend den vorgelegten Gefährdungsbeurteilungen an. Durch die deutschen Aufsichtspersonen wurde eingeschätzt, dass in Polen die Umsetzung der Baustellenrichtlinie auf der Baustelle erst im Rahmen der Baustellenkontrollen überprüft wird und dann die Ahndung der festgestellten Mängel gegen den Verantwortlichen, der nicht der Bauherr, sondern der Arbeitgeber ist, erfolgt. Dem Präventionsgedanken der Baustellenrichtlinie wird so nach Einschätzung der Beteiligten nicht in vollem Maße Rechnung getragen.

Erarbeitung von Informationsmaterialien / Öffentlichkeitsarbeit

Im Rahmen des Projektes wurden verschiedene zweisprachige Informationsmaterialien erstellt. Ein bereits im Jahr 1998 herausgegebenes Merkblatt zur Information über die Baustellenverordnung wurde komplett überarbeitet und ins Polnische übersetzt. Ein weiteres Faltblatt trägt den Titel „Gut planen – sicher bauen“ und stellt in einer Übersicht rechtliche Vorschriften, Aufgaben und Pflichten sowohl von Bauherren als auch von Arbeitgebern dar. Es zielt auf die Information und Beratung der am Bau Beteiligten über unterschiedliche nationale Anforderungen hinsichtlich der Gewährleistung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten ab und stellt dabei die Umsetzung der EG-Baustellenrichtlinie in den Mittelpunkt. Anschaulich werden die Regelungen des deutschen und des polnischen Bau- und Arbeitsschutzrechtes gegenübergestellt. Weiterhin wurden zwei Broschüren „Ratgeber zum Bauen in Deutschland“ und „Ratgeber zum Bauen in Polen“ erstellt, die Bauherren und Arbeitgeber/Unternehmer zum Baurecht sowie zu Aspekten der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes bei der Planung

und Errichtung eines Bauwerkes informieren. Die Broschüren beinhalten die deutsche Rechtssetzung mit der polnischen Übersetzung und die polnische Rechtssetzung mit der deutschen Übersetzung. Die Broschüren stellen u. a. tabellarisch in den verschiedenen Bauphasen den Bauablauf, die Integration von Maßnahmen zu Sicherheit und Gesundheitsschutz in den Bauablauf sowie Verantwortlichkeiten gegenüber.

Im Rahmen einer gemeinsamen Pressekonferenz der Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg, Frau Ziegler, und der Hauptarbeitsinspektorin der Republik Polen, Frau Hintz, auf der Baustelle eines Logistikzentrums wurde die Öffentlichkeit über das EU-Projekt „Sicher bauen – über Grenzen hinweg“ informiert.

Abschlussveranstaltung im Dezember 2005 in Breslau

Auf der Konferenz tauschten die am Projekt Beteiligten ihre gesammelten Erfahrungen aus, analysierten die Projektarbeiten und Ergebnisse und erarbeiteten Schlussfolgerungen. Im Rahmen einer öffentlichen Fachtagung erfolgte in Vorträgen die Darstellung der Umsetzung der EG-Baustellenrichtlinie in Polen und die Präsentation der Projektergebnisse. Die Vertreter eines deutschen und eines polnischen Unternehmens stellten am Beispiel der von ihnen betreuten Baustellen anschaulich die Erfahrungen mit der Umsetzung der Baustellenrichtlinie dar. Dadurch war ein guter Vergleich der Koordinierung auf einer deutschen und einer polnischen Baustelle möglich.

Bei der Durchführung des Projektes wurde festgestellt, dass es in beiden Ländern gleichartige Gefährdungen und Mängelschwerpunkte auf Baustellen gibt. So zählen fehlende Absturzsicherungen für Höhenarbeitsplätze, mangelhafter Verbau, mangelhafte Gerüste, nicht gesicherte Bodenöffnungen sowie Organisations- und Verhaltensmängel zu den häufigsten Unfallursachen.

Die SiGe-Pläne werden in der Regel noch nicht in der Planungsphase erarbeitet, sondern erst in der Ausführungsphase des Bauvorhabens. Das liegt in Polen an der fehlenden Rechtsgrundlage im Arbeitsschutzrecht und in Deutschland an der noch immer ungenügenden Akzeptanz der Anforderungen, die die Baustellenverordnung stellt. Außerdem werden die SiGe-Pläne oft schematisch erstellt und nicht an die Realität des Baustellenablaufes angepasst.

Die „Unterlage für spätere Arbeiten an der baulichen Anlage“ ist in Deutschland gesetzlich gefordert. Diese wird aber gleichwohl noch nicht immer umgesetzt und muss von den Aufsichtspersonen eingefordert werden. In Polen existiert eine solche Forderung nach Erstellung der Unterlage für spätere Arbeiten am Bau nicht.

Die EG-Baustellenverordnung wurde in Deutschland und in Polen auf verschiedene Art in nationales Recht umgesetzt. In Deutschland wurde sie als eine Verordnung zum Arbeitsschutzgesetz mit dem zusätzlichen Adressaten „Bauherrn“ erlassen. Damit ist die Arbeitsschutzbehörde für die Aufsicht und den Vollzug zuständig. In Polen wurde die Umsetzung der EG-Baustellenrichtlinie in die Vorschriften des Baurechtes integriert.

Die Aufsicht und der Vollzug erfolgen durch die Bauordnungsbehörde.

Auch im Verwaltungshandeln der deutschen und polnischen Arbeitsschutzbehörden gibt es Unterschiede. Während in Polen eher unmittelbare Maßnahmen zur Durchsetzung des Arbeitsschutzrechts angewendet und häufiger Bußgelder gegen Verantwortliche verhängt werden, bedarf es in Deutschland im Regelfall zunächst der Anordnung und einer Fristsetzung zu deren Erfüllung. Ein Bußgeld wird erst verhängt, wenn die Anordnung nicht befolgt wurde oder wenn nach einem Spezialgesetz ein Bußgeldtatbestand vorliegt. Der Bußgeldrahmen ist in den deutschen Arbeitsschutzgesetzen deutlich höher als in den polnischen Gesetzen.

Schlussfolgerungen

Mit der Durchführung des Projektes hat sich für alle Beteiligten das Wissen über die Rechtsgrundlagen des Nachbarstaates vertieft und damit die Beratungskompetenz gegenüber Investoren und anderen Baupartnern, die in beiden Ländern tätig werden, beträchtlich erhöht. Die anfragenden Unternehmen können mit Hilfe der erstellten Informationsmaterialien besser beraten oder an die zuständige Behörde im jeweils anderen Land verwiesen werden. In beiden Ländern besteht der Wunsch, die bisherige Zusammenarbeit auf weitere Bereiche auszuweiten.

Prävention der Lärmschwerhörigkeit

Der Verlust des Hörvermögens ist die schwerwiegendste Folge von Lärm bei der Arbeit und zugleich die häufigste Berufskrankheit. In Deutschland müssen jährlich 6.000 bis 7.000 Fälle der Lärmschwerhörigkeit als Berufskrankheit (BK 2301) anerkannt werden.

Die Lärmschwerhörigkeit und die mit ihr verbundenen einschneidenden sozialen Folgen sind vermeidbar. Selbst wenn Arbeitsverfahren und Arbeitsplätze nicht so gestaltet werden können, dass die zulässige Lärmeinwirkung eingehalten wird, ist der sichere Schutz des Gehörs durch Tragen von individuellen Gehörschutzmitteln möglich. Andernfalls führt Lärmschwerhörigkeit zu Verlust von Leistungsfähigkeit und Lebensqualität sowie zu Isolation vom gesellschaftlichen Leben, wie die WHO die häufigste irreversible Berufskrankheit charakterisiert.

„Schluss mit Lärm!“ – Gemeinsame Informations- und Präventionskampagne von Bund, Ländern und der gesetzlichen Unfallversicherung

Aus Anlass der Europäischen Woche für Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit 2005 wurde eine mehrjährige nationale Informations- und Präventionskampagne zum Thema „Lärm“ begonnen. Auf diese gemeinsame Aktion hatten sich Bund, Länder und Unfallversicherungsträger bereits Ende 2003 verständigt. Unter Federführung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften übernahm eine gemeinsame Arbeitsgruppe die langfristige Vorbereitung. Je ein Vertreter aus Bayern und Brandenburg arbeiteten im Auftrag des Länderausschusses für Arbeitsschutz und

Sicherheitstechnik (LASI) in dieser Arbeitsgruppe. Die gemeinsame Kampagne gilt der Prävention des lärmbedingten Gehörschadens. Angesichts der zunehmenden Fälle von lärmbedingten Hörminderungen bereits bei jungen Menschen bestand schnell darüber Einigkeit, dass die Kampagne besonders an junge Berufseinsteiger und Jugendliche als zukünftige Beschäftigte gerichtet werden soll.

Lärm bei der Arbeit und Lärm in der Freizeit können gleichermaßen zu einer Schädigung des Gehörs beitragen. Deshalb ist das anvisierte Kampagnenziel primär auf eine Verhaltensbeeinflussung, die auch in die Privatsphäre hineinreichen kann, und weniger auf eine Produkt- und Arbeitsplatzbeeinflussung ausgerichtet. Durch die Bündelung aller Erfahrungen und Mittel sowie gute Kooperation der Akteure sollte ein effektiver Einsatz der Ressourcen erreicht werden. Dazu wurden alle verfügbaren Informationsmedien und -angebote zum Thema Lärmprävention gesichtet und um die Mitwirkung möglichst vieler Arbeitsschutzakteure, Unternehmen, Einrichtungen, Organisationen, Vereine etc. geworben. Für die Informationskampagne wurde die Aufforderung der Europäischen Woche 2005 „Schluss mit Lärm!“ übernommen. Über das Thema Lärm sowie über alle bereitgestellten Informationsangebote gibt ein Internetportal Auskunft. Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften ließ diesen Internetauftritt gestalten. In großer Stückzahl wurde ein Faltblatt verbreitet, um auf dieses Internet-Angebot www.schluss-mit-laerm.de aufmerksam zu machen.

Aktionstage „Schluss mit Lärm!“ in Berlin und im Land Brandenburg

Im Rahmen der europaweiten Kampagne „Schluss mit Lärm!“ wurden vom 1. bis 3. November 2005 Aktionstage in Berlin und Brandenburg durchgeführt. Diese Veranstaltungen des Landesamtes für Arbeitsschutz in Potsdam und des Landesamtes für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit in Berlin dienten der Information von Schülern, Berufsschülern, Ausbildern und Lehrern über die Gefahren von Lärm am Arbeitsplatz und in der Freizeit. Zu den drei in Berlin, Cottbus und Frankfurt (Oder) durchgeführten Veranstaltungen kamen über 1.100 Teilnehmer, vorwiegend Schüler in der beruflichen Orientierungsphase und Auszubildende. Durch die abgestimmte Planung und Organisation der Veranstaltungen konnten die von den beteiligten Partnern eingebrachten Informationsstände und Demonstrationsmittel kostengünstig mehrfach genutzt werden. Die vielseitigen Informationsangebote waren nur durch das Zusammenwirken mit dem Landesverband Nordostdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften, der Steinbruchs-BG, der Bau-BG, der Norddeutschen Metall-BG und dem Verein der Deutschen Gewerbeaufsichtsbeamten möglich.

Arbeits- und Freizeitlärm – Thema auf der A + A 2005

Die A + A – die größte Arbeitsschutzmesse der Welt – räumte im Jahr 2005 dem Thema Lärm einen besonderen Stellenwert ein. Die Arbeitsschutzverwaltung des Landes Brandenburg war zu diesem Themenfeld sowohl

mit einem Vortrag auf dem Kongress als auch mit Postern auf der Messe vertreten.

Ein gutes Hörvermögen ist eine sehr wichtige Voraussetzung, um an einer wachsenden Mediengesellschaft teilhaben und in der sich dementsprechend ändernden Arbeitswelt bestehen zu können. Der Erhaltung des Hörvermögens kommt deshalb Priorität zu. Gleichzeitig muss jedoch festgestellt werden, dass viel zu wenig bekannt ist, dass

- Lärm das Gehör schädigen kann,
- Arbeits- und Freizeitlärm in gleicher Weise zur Schädigung beitragen,
- das Gehörschadensrisiko quantitativ beschreibbar ist,
- das Gehörschadensrisiko subjektiv immer unterschätzt wird (eine Verdopplung der Lautstärke entspricht einer Verzehnfachung des Risikos) und
- das Gehörschadensrisiko nur durch eigenverantwortliches Handeln nachhaltig begrenzt werden kann.

Das Gehörschadensrisiko hängt von Intensität und Dauer der Lärmeinwirkung (Lärmdosis) ab und die Gesamtbelastung durch Arbeits- und Freizeitlärm ist entscheidend. Das ungeschützte Ohr darf wöchentlich höchstens mit einer Lärmdosis von 40 Stunden bei 85 dB belastet werden. Eine natürliche Schutzfunktion wurde dem menschlichen Ohr von der Natur nicht zur Verfügung gestellt und es gibt auch keine Signalisierung durch unseren Körper, wenn diese Belastungsgrenze erreicht wird. Deshalb muss der Schutz durch Information und Regelungen organisiert werden. Während für die Lärmbelastung am Arbeitsplatz seit mehr als 30 Jahren sogar gesetzliche Festlegungen getroffen sind, werden im Freizeitbereich weder entsprechende Informationen zur Verfügung gestellt noch wurden zum Schutz der Allgemeinheit Regelungen getroffen.

Die Lärmbelastung während der Jugendzeit ist inzwischen so hoch, dass das Fundament für einen bleibenden Gehörschaden möglicherweise gelegt ist. Erste Hörminderungen sind bei Jugendlichen nur selten deutlich nachweisbar, weil der lärmbedingte Gehörschaden schleichend kommt. Er ist dann aber irreversibel und muss bis zum Lebensende erduldet werden. Diese zunächst unmerkliche Schädigung ist Ursache dafür, dass diesem Risiko allgemein zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Die hohe Lärmbelastung, die heute bereits im Kinder- und Jugendalter auftritt, macht eine frühzeitige und leicht verständliche Aufklärung notwendig.

Prävention des lärmbedingten Gehörschadens durch arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

Warum müssen jährlich bundesweit über 6.000 Fälle von Lärmschwerhörigkeit als Berufskrankheit anerkannt werden, obwohl die Ursache-Wirkungs-Beziehung für die Lärmschwerhörigkeit seit langem sehr gut bekannt ist und hoher Aufwand für den betrieblichen Lärmschutz und in der arbeitsmedizinischen Prävention betrieben wird?

Bei Betriebsbesichtigungen des Landesamtes für Arbeitsschutz wurde in 334 Betriebsstätten mit insgesamt

12.914 Beschäftigten ermittelt, ob Beschäftigte gegenüber Lärm exponiert sind. In 144 Betriebsstätten mit insgesamt 8.036 Beschäftigten wurden 2.332 Lärmexponierte registriert. Es zeigte sich, dass über 11 % der Lärmexponierten (265 Lärmexponierte in 25 Betriebsstätten mit insgesamt 702 Beschäftigten) nicht in die vorgeschriebene arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung einbezogen waren. Zur Vermeidung von fortschrittenen Hörverlusten ist eine lückenlose arbeitsmedizinische Betreuung notwendig. Die zu erwartende Umsetzungsverordnung für die Richtlinie 2003/10/EG (Lärm) wird für die staatlichen Arbeitsschutzbehörden eine bessere Kontrolle ermöglichen.

Weitere Aktivitäten zur Prävention der Lärmschwerhörigkeit

Auf Initiative und unter Mitwirkung des Landesamtes für Arbeitsschutz wurde die Norm DIN 15905-5 überarbeitet. Die Neufassung „Veranstaltungstechnik – Ton-technik – Teil 5: Maßnahmen zum Vermeiden einer Gehörgefährdung des Publikums durch hohe Schallemissionen elektroakustischer Beschallungstechnik“ wird zu einer Reduzierung des Gehörschadensrisikos der betroffenen Personen (u. a. Besucher und Beschäftigte) und zu einer besseren Information des Publikums führen.

Durch die gute Zusammenarbeit mit der Vereinigung der Metall-Berufsgenossenschaften und den Einsatz von ESF²-Mitteln konnte kurzfristig eine überarbeitete Nachauflage der CD „Schütze Dein Gehör!“ für die Präventionsarbeit des Landesamtes für Arbeitsschutz in Potsdam hergestellt werden.

2.2 Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitsschutzorganisation

Arbeitsschutzorganisation in Klein- und Mittelbetrieben – Entwicklung eines Fragekatalogs zur Überprüfung der wichtigsten Anforderungen an eine Arbeitsschutzorganisation durch die niedersächsische Arbeitsschutzverwaltung

Gemäß § 3 Abs. 2 des Arbeitsschutzgesetzes hat der Arbeitgeber für eine geeignete Organisation des Arbeitsschutzes in seinem Betrieb zu sorgen. Diese Organisation soll ihn bei der Erfüllung seiner Arbeitsschutzpflichtungen unterstützen, z. B. bei der Überprüfung der Wirksamkeit getroffener Arbeitsschutzmaßnahmen oder der Anpassung vorhandener Schutzmaßnahmen bei der Änderung von Arbeitsverfahren, Neuanschaffung von Maschinen, Einführung neuer Arbeitsstoffe oder bei der Umsetzung von Erkenntnissen aus Unfällen.

Es bleibt ihm weitgehend freigestellt, für welche Arbeitsschutzorganisation er sich entscheidet. Die gewählte Organisation muss unter Berücksichtigung der Art der Tätigkeiten und der Zahl der Beschäftigten jedoch geeignet sein, die Beschäftigten vor Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu schützen und eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit zu gewährleisten.

² Europäischer Sozialfonds

Mit einem in Niedersachsen entwickelten Fragenkatalog³ können die wesentlichen Anforderungen an eine Arbeitsschutzorganisation überprüft werden.

Beim Zusammenstellen der Fragen ist insbesondere berücksichtigt worden, dass der Anteil der Kleinbetriebe in Niedersachsen mehr als 90 % der von den zuständigen Arbeitsschutzbehörden zu überwachenden Unternehmen beträgt. Mit dem Fragenkatalog, den die Gewerbeaufsichtsverwaltung zur Überprüfung des § 3 Abs. 2 Arbeitsschutzgesetz verwendet, wird den Unternehmen auch eine Hilfestellung zur Erfüllung ihrer Pflichten bezüglich einer geeigneten betrieblichen Arbeitsschutzorganisation gegeben.

Auf Grundlage des Niedersächsischen Fragebogens ist Ende 2002 eine zweijährige Schwerpunkttion in Niedersachsen abgeschlossen worden.

Der Fragebogen, der in Zusammenarbeit mit den Gewerbeaufsichtsämtern sowie den Sozialpartnern entstanden ist, hat sich als erfolgreiches Hilfsmittel erwiesen. In dem o. g. Zeitraum sind ca. 350 Betriebe jeweils 2 x berücksichtigt worden.

Aus dem Diagramm (Abb. F1) geht hervor wie sich die Situation in den Betrieben verändert hat.

Als Ergebnis aus verschiedenen Dienstbesprechungen ist festzuhalten, dass:

- mit dem Fragebogen ein praxisgerechter, auch für große Betriebe geeigneter Leitfadentext vorliegt,
- in übersichtlicher Weise eine Beurteilung des Arbeitsschutzes ermöglicht wird.

In den darauf folgenden Jahren ist der Fragebogen überarbeitet worden. Auf dieser Grundlage ist 2005 mit einer umfangreichen Schwerpunkttion begonnen worden.

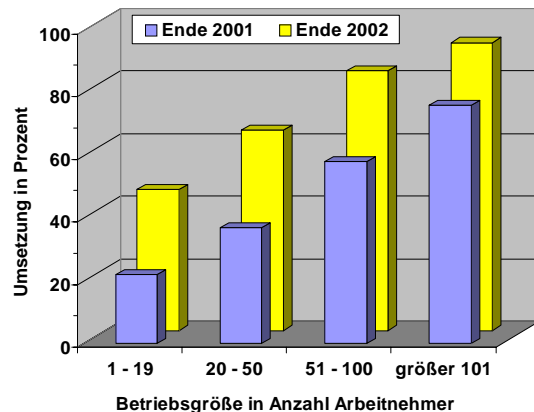
Behördliche Kontrolle des innerbetrieblichen Arbeitsschutzsystems in mittelständischen Betrieben Sachsen-Anhalts

Der Bericht schließt an die „Kontrolle des innerbetrieblichen Arbeitsschutzsystems in der Metallbranche“ in Betrieben mit bis zu 30 Beschäftigten aus dem Jahre 2003 an. Die grundsätzliche Vorgehensweise wurde auf Mittelbetriebe der Metall- und Elektrobranche angewandt. Untersucht wurden 2005 insgesamt 81 Betriebe mit mehr als 19 Beschäftigten, davon sind 29 Betriebe überwiegend auf Baustellen tätig. Systematischer als in 2003 war der Einfluss von eingeführten und zertifizierten Managementsystemen mit und ohne speziell ausgewiesenem Arbeitsschutzaspekt auf die tatsächliche Arbeitsschutzsituation im Betrieb zu betrachten.

Die schriftlich angekündigten Kontrollen begannen mit einer allgemeinen mängelorientierten Besichtigung im Betrieb. Danach fand das Unternehmergespräch statt. Darin waren beispielbezogene Hinweise zu geben, wie das innerbetriebliche Arbeitsschutzsystem ausgebaut, verbessert oder funktionsfähig gemacht werden kann. Dabei ist zwischen gesetzlichen Anforderun-

Abbildung F1

Vollständigkeit der Umsetzung des Fragebogens in Abhängigkeit der Betriebsgröße



gen und darüber hinausgehenden, ergänzenden betrieblichen Regelungen zu unterscheiden. Zu letzteren sollte der Unternehmer ausdrücklich ermuntert werden. Geeignete und auf die betrieblichen Bedürfnisse abgestimmte Eigenüberwachungsmethoden zur Aufdeckung von organisatorischen Mängeln, die zu Defiziten im Arbeitsschutz sowie bei der Mängelabstellung führen, sollten installiert werden. Im Ergebnis konnten in 22 von 81 Betrieben Vereinbarungen mit dem Unternehmer getroffen werden, die zu weiteren Veränderungen über das gesetzlich vorgeschriebene Mindestmaß hinaus führen sollten.

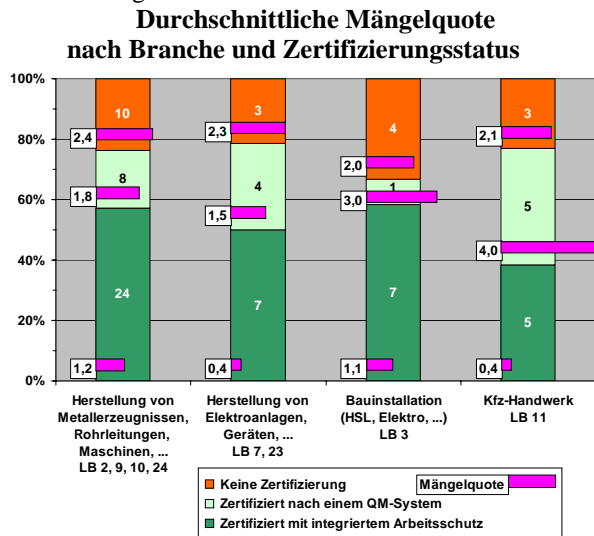
Die angetroffene innerbetriebliche Arbeitsschutzorganisation wurde anhand einer Checkliste bewertet. Alle vorgelegten Unterlagen und Darlegungen des Unternehmers waren im Zusammenhang mit den Besichtigungsergebnissen zu sehen. Insbesondere war zu berücksichtigen, ob Unterlagen nur formal und zum Zweck der Vorlage bereitgehalten werden, oder ob damit tatsächlich gearbeitet wird. Verfahrensabläufe (Überprüfungen, Überwachung bzw. Auditierung, Korrektur bei Abweichungen vom Sollzustand, Reportsystem und Verantwortlichkeiten zur Mängelabstellung) waren besonders zu beachten. Es sollte kein formalisiertes Arbeitsschutzmanagementsystem durch die Behörde kontrolliert bzw. auditiert werden, sondern unter Beachtung der konkreten betrieblichen Verhältnisse die jeweils individuelle Organisation des Arbeitsschutzes auf Funktionsfähigkeit und Sinnfälligkeit mit dem Ziel der Verbesserung untersucht werden.

Bei 40 % der Betriebe ist offenkundig der Arbeits- und Gesundheitsschutz aktiver Bestandteil der Unternehmensstrategie, bei 33 % der Betriebe bestand nur bei bestimmten Kriterien Nachholbedarf. Bei 2 % aller geprüften Betriebe waren erhebliche Mängel in der Organisation und in den Abläufen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz festzustellen. In Kleinbetrieben betrug dieser Anteil 13 %.

Bei den 41 Betrieben mit festgestellten Mängeln wurden insgesamt 65 Mängel in der Arbeitsschutzorganisation und 65 Mängel nach sonstigen Arbeitsschutzvorschriften ermittelt. Während z. B. die sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuung, die Mittelbereitstellung,

³ http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C5656539_L20.pdf

Abbildung F2



die Mitwirkung der Beschäftigten, die organisatorischen Festlegungen und Weisungen statistisch kaum Anlass für Beanstandungen bieten, besteht Handlungsbedarf bei der Gefährdungsbeurteilung. Diese muss vielfach konkreter und arbeitsplatzbezogener gestaltet werden, Maßnahmenfestlegung und Wirksamkeitskontrolle müssen größere Aktualität erhalten.

Von den 81 Betrieben waren 61 (75 %) zertifiziert, davon 43 nach einem Arbeitsschutzmanagementsystem oder einem Qualitätsmanagementsystem mit Einschluss des Arbeitsschutzes (SCC, ISO 9001:2000) und 18 nach einem Qualitäts- oder Umweltmanagementsystem. Der Anteil zertifizierter Kleinbetriebe lag nur bei 27 %.

Um den Vergleich zwischen den gebildeten Betriebsgruppen herzustellen, wurde eine durchschnittliche Mängelquote als Zahl der festgestellten Einzelmängel pro Betrieb errechnet. Bei aller durch relativ kleine Zahlen bedingten statistischen Unsicherheit belegt diese, dass ein zertifiziertes Managementsystem – speziell für den Arbeitsschutz oder unter Einschluss des Arbeitsschutzes – ein höheres Organisationsniveau bewirkt und infolgedessen weniger Defizite zu beobachten sind.

Gesundheitsschutz in schleswig-holsteinischen Krankenhäusern

Die drohende Vogelgrippepandemie, das Auftreten bakterieller Infektionen mit multiresistenten Keimen und mehrere Berichte über nosokomiale Infektionen veranlassten das Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein im Jahr 2005, eine breit angelegte Systemanalyse des Arbeitsschutzes in 50 Plankrankenhäusern vorzunehmen.

Alle Krankenhäuser der medizinischen Erstversorgung wurden in die Kontrolle im Rahmen einer Schwerpunkttaktion einbezogen. Insgesamt wurden 50 Krankenhäuser mit 29.410 Beschäftigten besucht. Im Vorwege wurde eine Checkliste mit Fragen zum Gesundheitsschutz und zur Betriebsstruktur sowie zur Prävention und zu den Arbeitsbedingungen (Gefährdungsbeurteilung, Unfallstatistik) an die Häuser versandt. Die Checkliste enthielt auch detaillierte Fragen zum Arbeitssicherheitssystem

(SIFA, Betriebsarzt, deren Qualifikation, Terminverfolgung der Vorsorgeuntersuchungen, Arbeitsschutzausschuss usw.). Des Weiteren wurden auch die Unterweisungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen nach der Biostoffverordnung und dem Arbeitsschutzgesetz abgefragt. Ferner wurden spezielle Fragen zur Erfüllung der Vorgaben der Biostoffverordnung und zur Festlegung der Schutzstufen nach der Technischen Richtlinie für biologische Arbeitsstoffe TRBA 250 gestellt.

Nach Rücksendung der Fragebögen wurde jedes Krankenhaus einer eingehenden Systemanalyse mit Kontrolle der Unterlagen vor Ort unterzogen. Die Betriebsbesuche führten die technischen Arbeitsschützer und die Gewerbeärzte in Zusammenarbeit durch. Im Rahmen der Betriebsbegehungen wurden insgesamt 397 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Ärzte/ Pflegepersonal/ Reinigungspersonal) hinsichtlich der Unterweisungen nach Biostoffverordnung, der betriebsärztlichen Untersuchung und Impfangebote nach Biostoffverordnung und Nadelstichverletzungen in den letzten zwei Jahren befragt. Die Befragungen fanden auf den Inneren Stationen, den Operationsabteilungen, den Aufnahmestationen, den Intensivstationen und der Chirurgie statt. Ferner wurden die Vorsorgekarteien kontrolliert.

Das Ergebnis zeichnet ein überwiegend positives Bild des Arbeitsschutzes in den Plankrankenhäusern in Schleswig-Holstein. Annähernd 90 % der untersuchten Häuser hatten eine für den Arbeitsschutz verantwortliche Person in der Organisationsstruktur schriftlich festgelegt. In 74 % der Kliniken war der Arbeitsschutz in die obersten Führungsebenen integriert. 50 % der Kliniken konnten ein dokumentiertes Arbeitsschutzmanagementsystem aufweisen. Knapp 75 % der Kliniken hatten eine Schutzstufeneinteilung nach Biostoffverordnung vorgenommen. 68 % der Häuser konnten eine abgeschlossene Gefährdungsbeurteilung nach Biostoffverordnung vorlegen. Allerdings besaßen weniger als 50 % der besichtigten Krankenhäuser eine vollständige Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz.

Laut der Berufsgenossenschaftlichen Vorschrift A2 (ehemals BGV A7 / BV A6) müssen sowohl die Fachkraft für Arbeitssicherheit als auch die Betriebsärzte Jahresberichte anfertigen. 60 % der Fachkräfte für Arbeitssicherheit und 70 % der Betriebsärzte hatten diese Aufgabe erledigt. In den allermeisten Kliniken fanden regelmäßig Arbeitsschutzausschusssitzungen statt (90 %).

Die Unterweisungen nach Biostoffverordnung und dem Arbeitsschutzgesetz wiesen allerdings Mängel auf: Unterweisungen nach dem Arbeitsschutzgesetz fanden in 75 % der Häuser statt. Allerdings wurden jährliche Unterweisungen nach Biostoffverordnung in nur 60 % der Häuser durchgeführt. Hier besteht Verbesserungsbedarf. Es wurde der Vorschlag gemacht, die Unterweisungen zusammenzufassen.

Das Procedere bei Nadelstichverletzungen und Schnittverletzungen des Personals ist zufrieden stellend organisiert. Ein Ablaufplan für Nadelstichverletzungen liegt in fast allen Häusern vor (94 %), er ist allermeist auf den Stationen ausgehängt und nahe zu jedem Mitarbeiter und

Mitarbeiterin bekannt. Durchstichsichere Behältnisse für Spritzen etc. wurden in allen Häusern in ausreichender Zahl vorgefunden (100 %). Ein Hygieneplan nach der Technischen Richtlinie für biologische Arbeitsstoffe (TRBA 250) lag in 90 % der Häuser vor. Ebenfalls sind, zumindest bei den Assistenzärztinnen und Assistenzärzten und beim Pflegepersonal, die arbeitsmedizinischen Pflichtuntersuchungen und Impfangebote gemäß Anhang IV der Biostoffverordnung in über 90 % der untersuchten Häuser durchgeführt worden.

Nadelstichverletzungen und Schnittverletzungen sind häufige Ereignisse: Im Befragungskollektiv von 397 Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeitern gaben 23 % der befragten Personen in den letzten zwei Jahren entweder eine Nadelstich- oder eine Schnittverletzung an. Eine Assistenzärztin berichtete von einem Blutspritzer eines Patienten mit einer Hepatitis C in das ungeschützte Auge. Eine Serokonversion blieb glücklicherweise aus.

Die Kontrolle der Vorsorgekarteen zeigte in einigen Einzelfällen große Defizite; insbesondere auf den Führungsebenen: In einem Haus der Maximalversorgung waren zum Beispiel von 16 ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pathologie sieben nicht fristgerecht betriebsärztlich untersucht worden. In der Zahnheilkunde des gleichen Hauses konnten beim ärztlichen Personal Defizite bis zu 50 % nachgewiesen werden. Ähnliche Verhältnisse fanden sich in der Angiologie und der Kardiochirurgie. In der Gynäkologie und in der Unfallchirurgie erreichten die Untersuchungsquoten allerdings 90 %. Hier waren es allein die Chefärztinnen und Chefärzte, die keine fristgerechten Vorsorgeuntersuchungen vorweisen konnten. Die Häuser wurden mit entsprechenden Revisionschreiben auf die Defizite aufmerksam gemacht.

Es wurden auch einige große Kliniken ohne jegliche Beanstandungen vorgefunden.

Insgesamt fand die Kontroll- und Aufklärungsaktion in den Krankenhäusern der Akutversorgung in Schleswig-Holstein ein positives Echo. Das Personal ist vom Sinn und Zweck der gesetzlichen Arbeitsschutzvorgaben überzeugt.

Mutterschutzspezifische Infektionsrisiken in Kinderbetreuungseinrichtungen (Kindergärten, -krippen und Kitas)

Mit dem Ziel des Erhalts der Beschäftigungsfähigkeit von werdenden Müttern vor den gesundheitlichen Risiken bei Infektionserkrankungen führte die hessische Arbeitsschutzverwaltung von November 2004 bis Mitte 2005 eine Informationsreihe durch. Es fanden 20 regionale und eine zentrale Veranstaltung mit insgesamt 1.000 Teilnehmer/-innen statt.

Die Durchführung der Veranstaltungen erfolgte mit inhaltlicher und kooperativer Einbeziehung der Gesundheitsbehörden und der Unfallversicherungsträger. Dabei hat das offensive Aufgreifen des Problemfeldes „Infektionsschutz und Mutterschutz“ in Form einer Veranstaltungsreihe, die Prävention und nicht Reaktion in den

Vordergrund stellt, eine positive quantitative und qualitative Wirkung erzielt. Es wurden lokale Kontakte und Strukturen zu Arbeitgebern, betriebsärztlichen Diensten, Gesundheitsämtern und Berufsgenossenschaften hergestellt, die vorher nicht bestanden haben. An die Arbeitsschutzbehörden werden heute mehr und präzisere Anfragen gestellt. Arbeitsschutzverantwortliche (Arbeitgeber, Beauftragte) machen deutlich mehr von der Möglichkeit von Impfangeboten für die Beschäftigten Gebrauch. Die betriebsärztlichen Dienste greifen die Problematik wesentlich intensiver auf. Das Damoklesschwert „Beschäftigungsverbot“ wurde für den Bereich der impfpräventablen Infektionsrisiken entmythologisiert. Es wurde nachhaltig verdeutlicht, dass Infektionsrisiken durch ökonomische verkraftbare Maßnahmen vermieden werden können.

Arbeitsschutz in Kfz-Prüfstellen – Schwerpunkttaktion in Rheinland-Pfalz

Die Gewerbeaufsicht in Rheinland-Pfalz (Neustadt/Weinstraße) hat zusammen mit der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft besonders problematische Arbeitsschutzbereiche in Kfz-Prüfstellen, z. B. die nur teilweise geschlossenen Prüfhallen, die vorgeschriebenen Raumtemperaturen, die Lärmbelastigung bei der Abgasprüfung von Dieselmotoren sowie die auftretenden Dieselmotoremissionen (DME), überprüft.

Bei der Schwerpunkttaktion wurden alle besichtigten Prüfstellen beanstandet. 75 % der Betriebe hatten weder Sicherheitsfachkräfte noch Betriebsärzte oder Ersthelfer bestellt. Bei der Überprüfung der Mindestraumtemperatur wurde häufig das Fehlen von Heizungsanlagen in den Prüfhallen festgestellt. Über abgetrennte Abgasprüfstände verfügten nur 50 % der Prüfstellen.

In den wenigsten Fällen wurden eine Ermittlung der Lärmarbeitsplätze sowie eventuell notwendige Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt.

Obwohl fast alle Motorprüfstände mit Abgasabsauganlagen ausgestattet waren, muss dennoch von einer erheblichen Dieselrußbelastung in den Prüfhallen ausgegangen werden. Ursache sind die unvermeidbaren Fahrbewegungen in der Halle und das Fehlen von Abgasabsauganlagen an Bremsenprüfständen.

Das nicht vorhandene Problembewusstsein bezüglich der krebserzeugenden Wirkung von Dieselruß zeigte sich auch an den fehlenden Anzeigen nach § 37 der Gefahrstoffverordnung (alte Fassung) sowie den fehlenden Betriebsanweisungen und Unterweisungen.

Arbeitsbereichsanalysen und Expositionsmessungen im Hinblick auf DME lagen bei keiner der Prüfstellen vor. Ebenfalls mussten fehlende technische Lüftungen in Unterfluranlagen oder Arbeitsgruben mit einer Tiefe von mehr als 1,60 m oftmals beanstandet werden.

Auch beim sonstigen Arbeitsschutz, wie Prüfungen nach den Unfallverhütungsvorschriften an Hebebühnen, elektrischen Toren, Feuerlöschern, elektrischen Anlagen und Betriebsmitteln etc., kam es in nahezu allen Prüfstellen

zu Beanstandungen. Gefährdungsbeurteilungen nach dem Arbeitsschutzgesetz lagen bei keiner Prüfstelle vor.

Die Betreiber und die Beschäftigten sowie die Mitarbeitervertretungen standen der Aktion aufgeschlossen und kooperativ gegenüber. So konnten nicht nur vorhandene Defizite aufgedeckt, sondern auch eine Sensibilisierung für die mögliche Gesundheitsgefährdung erreicht werden.

2.3 Psychische Fehlbelastungen

Prävention psychischer und physischer Fehlbelastungen in der ambulanten Pflege – Schwerpunkttaktion in Sachsen

Der steigende Bedarf an professionellen pflegerischen Leistungen einerseits und die vielfältigen Belastungsformen andererseits kennzeichnen die Arbeitssituation in der ambulanten Pflege. Pflegekräfte klagen zunehmend über psychosomatische und körperliche Beschwerden und fehlen krankheitsbedingt häufiger und länger.

In Sachsen gibt es gegenwärtig ca. 900 Pflegedienste mit insgesamt 13.000 Beschäftigten – Tendenz steigend. Angesichts des wachsenden Pflegebedarfs in den kommenden Jahren ist eine besondere Beachtung der Unternehmen bei der Erfüllung ihrer Pflichten gemäß Arbeitsschutzgesetz im ambulanten Pflegesektor erforderlich.

Aus diesem Grunde führt die sächsische Arbeitsschutzverwaltung in Kooperation mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) eine sachsenweite Schwerpunkttaktion zur „Prävention psychischer und physischer Fehlbelastungen in der ambulanten Pflege“ von März 2005 bis Juni 2006 durch.

Ziel ist eine breite Sensibilisierung aller Beteiligten für einen systematischen Arbeits- und Gesundheitsschutz und eine Verbesserung der Qualität der Pflege.

Die Mitwirkung der sächsischen Arbeitsschutzbehörde im Thematischen Initiativkreis (TIK) „Gesund pflegen“, welcher sich unter dem Dach der „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (INQA) gebildet hat, wird als geeignete Basis zum interdisziplinären Austausch und zu stärkerer Zusammenarbeit betrachtet. Mit der Bereitstellung von spezifischem Wissen und Erfahrungen wird das Anliegen des TIK unterstützt, die vielfältigen, aber bisher wenig systematisierten Erkenntnisse in diesem Berufsfeld zusammenzuführen und in die Praxis umzusetzen.

Die Schwerpunkttaktion wird von speziell geschulten Mitarbeitern der sächsischen Arbeitsschutzbehörden und der BGW, Bezirksverwaltung Dresden, durchgeführt. Zum Einsatz kommt das Fragebogenverfahren „Belastungsscreening TAA – Ambulante Pflege“ von Büsing, Glaser, Höge (2004). Angestrebt wird ein Stichprobenumfang von ca. 800 ambulanten Pflegekräften, die Erhebung erfolgt in zwei Phasen.

Mit der ersten Erhebungsphase, Laufzeit März bis Juli 2005, konnten 482 Pflegekräfte aus 34 Pflegediensten befragt werden. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte

für die beiden Fragebogenmodule „Psychische Belastungen“ und „Arbeits- und Gesundheitsschutz“ getrennt.

Bezüglich des Moduls „Psychische Belastungen“ kann die Belastungssituation für die 482 Pflegekräfte als moderat eingeschätzt werden. Als Belastungsschwerpunkte, die sich dem kritischen Bereich nähern, sind die Aspekte Belegung des Pflegedienstes (Probleme durch Überbelegung, Fehlbelegung), Überforderung durch die Arbeitsumgebung (häusliche Arbeitsplatzverhältnisse), Zeitdruck (allgemeine Zeitknappheit während der Arbeit, spezielle Wünsche und Terminvorgaben) sowie ein erhöhter Handlungsaufwand (hinsichtlich Konzentration und körperlichem Einsatz) zu nennen.

Im Modul „Arbeits- und Gesundheitsschutz“ sind deutlich die im kritischen Bereich liegenden Gesundheitsrisiken beim Heben, Tragen und Lagern von Patienten, durch Infektionen, Dermatosen, Latexallergien und beim Umgang mit Gefahrstoffen erkennbar. Günstig ist, dass diesen Risiken mit entsprechenden Präventionsmaßnahmen gut begegnet wird. Defizite bestehen bei der Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz (insbesondere hinsichtlich der Durchführung und Teilnahme an Rückenschulen und Fortbildungen zur Stressprävention).

Obleich das Untersuchungsergebnis für die Gesamtstichprobe als recht positiv zu bewerten ist, zeigen weiterführende Analysen deutliche Unterschiede in der Belastungssituation zwischen den einzelnen Pflegediensten. Auffällig sind darüber hinaus besonders kritisch eingeschätzte Detailfragen, z. B. hinsichtlich des Widerspruchs zwischen notwendigem Pflegebedarf und Abrechnungsmöglichkeit der Leistung, des Mangels an verfügbaren Badewannenliftern oder des erhöhten Zeitdrucks durch Parkplatzsuche und Staus.

Die Vorstellung der bisher vorliegenden Untersuchungsergebnisse und Schlussfolgerungen erfolgte im Rahmen von Workshops vor den Pflegedienstleitungen und Mitarbeitern. Die zweite Erhebungsphase in weiteren Pflegediensten ist parallel angelaufen.

Psychomentele Fehlbelastungen bei Busfahrern im Öffentlichen Personennahverkehr – Schwerpunkttaktion in Bayern

2004 führte die bayerische Gewerbeaufsicht eine Schwerpunkttaktion zum Thema „Psychomentele Fehlbelastungen bei Busfahrern im öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV)“ durch.

Ziel des Projektes war es, die Unternehmen zu sensibilisieren, sich mit der Optimierung der arbeitsbedingten psychomentalen Belastungen zu beschäftigen.

Bei 39 Besichtigungen in Verkehrsunternehmen „vor Ort“ und Gesprächen mit den betrieblichen Funktionsträgern und Mitarbeitern wurden psychische Fehlbelastungen erhoben und gemeinsam Lösungen angedacht, wie die vorgefundenen Fehlbelastungen effektiv reduziert werden können. Diese Lösungsvorschläge wurden in Zielvereinbarungen festgehalten.

Ergebnisse

Die Erhebungen im Rahmen dieser Projektarbeit förderten ein hohes psychisches Belastungsniveau bei Busfahrern im ÖPNV zu Tage.

Am belastendsten bewerteten Busfahrer die Daueraufmerksamkeit und die Verantwortung für die Fahrgäste, gefolgt von klimatischen Bedingungen und Zeitdruck.

Ein weiterer wesentlicher Fehlbelastungsfaktor sind die geringen Entscheidungsprärie der Busfahrer.

Risikobehaftete Arbeitssituationen tragen ebenfalls zum hohen Belastungslevel bei Busfahrern bei. Bei allen Betrachtungen wurde festgestellt, dass die Busfahrertätigkeit durch die besonders korrekte Einhaltung von Verhaltensvorschriften, die Einhaltung eines exakten Zeitregimes sowie die korrekte, zeitgerechte Einschätzung risikoreicher Situationen und/oder rasches, adäquates Handeln zur Abwendung von Gefahren für Personen und/oder hochwertige Sachmittel charakterisiert ist.

Unzufriedenheit mit der Dienstplangestaltung gab es in vielen Unternehmen, innovative Dienstplanmodelle waren bekannt, kamen aber relativ selten zum Einsatz. Die schwierige Toilettensituation für Busfahrer wurde häufig selbst in den großen Betrieben nicht befriedigend gelöst.

Schlussfolgerung

Als Basis für Verbesserungsmaßnahmen sind geeignete betriebliche Arbeitsschutzstrukturen eminent wichtig.

Das Projekt machte deutlich, dass auf dem Gebiet der arbeitsbedingten psychomentalen Fehlbelastungen eine umfangreiche Sensibilisierungs- und Motivationsarbeit der Unternehmensleiter und der Arbeitsschutzakteure erforderlich ist. Sie müssen erkennen, dass die Reduzierung psychischer Fehlbelastungen die Unternehmensziele und die Interessen der Mitarbeiter nach Gesundheit und Wohlbefinden gleichermaßen fördert, und sie benötigen vielfach noch Hilfestellung bei der Erfassung psychomentaler Fehlbelastungen und der Umsetzung von Maßnahmen zur Belastungsoptimierung. Einzelne Unternehmen sind auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung und Belastungsoptimierung schon sehr weit gediehen, die dort umgesetzten Maßnahmen sind als „good practice“-Beispiele zur Nachahmung zu empfehlen.

2.4 Überwachungsbedürftige Anlagen

Schlankes Erlaubnisverfahren bei überwachungsbedürftigen Anlagen – Handlungshilfe des Landes NRW

So wenig Bürokratie wie möglich, so viel Sicherheit wie nötig, und dies alles möglichst schnell. Das war das Ziel, das sich die Arbeitsschutzverwaltung in NRW unter Beteiligung der Technischen Überwachungsorganisationen gesetzt hat. Erreicht wurde dieses Ziel mit einer Handlungshilfe, die allen Beteiligten, vom Antragsteller über die Technische Überwachungsorganisation bis hin zur Erlaubnisbehörde, eine praktische Hilfe bei der Erstellung und Bearbeitung eines Erlaubnisansatzes nach Be-

triebssicherheitsverordnung bietet. Durch die für alle Beteiligten geschaffene Transparenz ist der Grundstein für eine kurze Bearbeitungszeit gelegt und damit ein entscheidender Vorteil für die Betriebe in NRW geschaffen worden. In Bereichen, wo eine starke „Standardisierung“ möglich ist, wie dies bei Erlaubnisverfahren für Flüssiggastankstellen für den Eigenbedarf der Fall ist, konnten Bearbeitungszeiten von weniger als zwei Wochen realisiert werden. Die von NRW entwickelte Handlungshilfe hat zwischenzeitlich bundesweite Beachtung gefunden

Die „Handlungshilfe Erlaubnisverfahren nach §13 Betriebssicherheitsverordnung“ wurde ins Internet⁴ eingestellt.

2.5 Marktüberwachung

Viele Produkte mit Sicherheitsmängeln behaftet – Erkenntnisse der Marktüberwachung in Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg waren die Staatlichen Gewerbeaufsichtsämter bis zum 31.12.2004 auf der Grundlage des Geräte- und Produktsicherheitsgesetzes für den technischen Verbraucherschutz und damit für Marktüberwachung von Produkten bei Herstellern, Importeuren und im Handel zuständig. Seit dem 01.01.2005 ist diese Aufgabe an die vier Regierungspräsidien Freiburg, Karlsruhe, Stuttgart und Tübingen übergegangen. Im Berichtsjahr 2004 lag in Baden-Württemberg der Schwerpunkt der so genannten Marktkontrollen wiederum bei Elektrogeräten, Elektroartikeln und Maschinen.

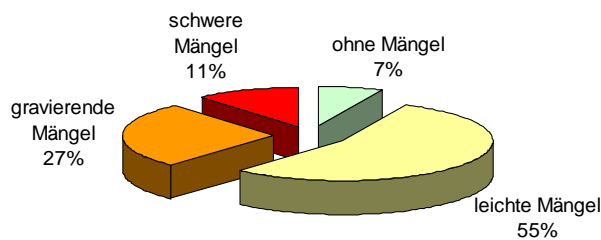
Die vertiefenden sicherheitstechnischen Untersuchungen der bei der Marktüberwachung entnommenen Prüfmuster werden von der UMEG (Zentrum für Umwelterhebungen, Umweltmessungen und Gerätesicherheit) vorgenommen. Insgesamt hat die UMEG im Jahr 2004 137 Produkte überprüft sowie sieben ausführliche Stellungnahmen zu sicherheitstechnischen Fragestellungen der Ämter erarbeitet.

Im Berichtsjahr gab es längerfristig geplante Arbeitsschwerpunkte in den Produktsegmenten Bandsägen, Magnetbohrständer, Lichtschläuche, Kfz-Ladegeräte und Starthilfekabel, Heizlüfter, Steckadapter, Dekorationsfiguren sowie Elektro-Installationsrohre. Daneben musste die Gewerbeaufsicht immer wieder kurzfristig mit Marktüberwachungsmaßnahmen auf Mängelmeldungen reagieren, die sich auf Produkte aus anderen EU-Mitgliedstaaten bezogen, u. a. bei Salzkristalleuchten, Diskoleuchten, Bilderbücher, Pizzapfannen und Dampfentens. Die Verbraucherbeschwerden haben zugenommen. Im Berichtsjahr mussten die Gewerbeaufsichtsämter u. a. Beschwerden über einfache Druckbehälter, Bistrotische, Multimeter, Dampfbügelstationen, Espressoemaschinen und verschiedenen Leuchten nachgehen. Verbraucher können Sicherheitsmängel in der Regel nicht erkennen. Meistens sind Prüfungen im Labor notwendig.

⁴ www.arbeitsschutz.nrw.de unter „Praxishilfen“

Abbildung F3

Ergebnisse der vertiefenden sicherheitstechnischen Prüfungen 2004



Insgesamt wurden bei den Prüfungen der UMEG in 11 % der Fälle schwere Mängel, in 27 % gravierende und 55 % leichte Mängel festgestellt. Nur in 7 % der Fälle ergaben die Prüfungen keine Mängel.

Bedenklich ist, dass viele Prüfmuster mit GS-Zeichen bei der sicherheitstechnischen Prüfung beanstandet wurden. Teilweise war das GS-Zeichen gefälscht.

Fazit der Kontrollen ist, dass der Marktüberwachung durch die Gewerbeaufsichtsämter zum Schutz der Verbraucher eine große Bedeutung zukommt und dass sich damit die Richtigkeit der politischen Entscheidung, in diesem Bereich einen Schwerpunkt der Überwachungstätigkeit zu setzen, bestätigt hat.

Das Messekonzept NRW – ein wichtiger Baustein für eine effektive und effiziente Marktüberwachung

Im europäischen Wirtschaftsraum dürfen nur solche Produkte frei gehandelt werden, die den grundlegenden Sicherheits- und Gesundheitsanforderungen genügen. Geregelt ist dies durch das Geräte- und Produktsicherheitsgesetz (GPSG). Dennoch treten aufgrund technischer Mängel an Produkten eine große Zahl von Unfällen im Heimbereich, in der Freizeit, aber auch im Arbeitsbereich auf.

Daher ist staatliches Handeln notwendig, um die Öffentlichkeit und die Beschäftigten in den Betrieben vor Gesundheitsgefährdungen durch unsichere Produkte zu schützen. Gleichzeitig werden Unternehmer, die Produkte ordnungsgemäß, d. h. sicher herstellen, vor unfairem Wettbewerb geschützt. Nach dem GPSG ist die zuständige oberste Landesbehörde verpflichtet, die Entwicklung und Fortschreibung eines Überwachungskonzeptes sicher zu stellen, mit dem eine wirksame Überwachung der im Handel befindlichen als auch neu hinzukommenden Produkte gewährleistet wird. Ein wichtiger Bestandteil dieses Überwachungsprogramms in NRW ist das Messekonzept, das besonders auf die Quellen der Warenströme zielt, d. h. auf Hersteller und Importeure von Produkten. Ein Messekonzept, mit dem die Produktsicherheit und damit der Sicherheit der Öffentlichkeit und der Beschäftigten in Betrieben verbessert werden soll, muss notwendigerweise ein systematisches, zielgerichtetes und konzentriertes Vorgehen beinhalten. Dies ist durch die folgenden grundlegenden Bestandteile gewährleistet:

1. Zentrale Auswertung von Produkt- und Mängeldaten:

Durch Analyse der Produkt- und Mängeldaten der auf Messen in NRW ausgestellten Produkte wird eine Prioritätenliste für Überwachungstätigkeiten auf Messen in NRW erstellt. Die wichtigsten Kriterien, die in die Erstellung der Prioritätenliste einfließen, sind die Gefährlichkeit der bei den betrachteten Produkten aufgetretenen Mängel, deren Häufigkeit sowie die Häufigkeit der jeweiligen Produkte im Warenstrom.

2. Zentrale Planung der Überwachungstätigkeit in NRW auf Messen (Messeüberwachungsprogramm):

Das jährlich zu erstellende Messeüberwachungsprogramm gibt an, mit welchen personellen und auch finanziellen Ressourcen die ausgestellten Produkte auf den einzelnen Messen in NRW durch die Arbeitsschutzverwaltung überwacht werden. Basis ist dabei die aus den o. g. Daten gewonnene Prioritätenliste für Überwachungstätigkeiten. Je nach Priorität des Überwachungsauftrags können hierbei die Ressourcen eines Staatlichen Amtes für Arbeitsschutz, die Ressourcen im Bezirk oder die landesweiten Ressourcen für Messeüberwachung genutzt werden.

3. Intensive Kommunikation sowie Beteiligung der Wirtschaft und anderer Partner aus dem Bereich des Arbeitsschutzes als auch der Produktsicherheit:

Sowohl bei der Erstellung der Prioritätenliste für Überwachungstätigkeiten als auch bei der Aufstellung des jährlichen Messeüberwachungsprogramms sowie bei der konkreten Umsetzung des Überwachungsprogramms wird intensiv mit Kooperationspartnern zusammengearbeitet. Kooperationspartner sind z. B. die Messengesellschaften, die Berufsgenossenschaften, Wirtschaftsverbände und Industrie- und Handelskammern.

2.6 Stoffliche Belastungen

Gefahrstoffbelastung beim Straßenbau im untertägigen Bereich (Tunnel) – Bericht der Arbeitsschutzverwaltung Thüringen

Für die Arbeitsschutzbehörden war und bleibt die Betreuung der Firmen beim Bau der Autobahnen in Thüringen ein Schwerpunkt in der Erfüllung ihrer Tätigkeit, insbesondere bei der Errichtung von Bauwerken wie Brücken und Tunneln.

Bei der Entscheidung über die Art der Ausführung der Fahrbahn beim Bau des Rennsteigtunnels und des Tunnels Berg Bock wurde dem Einbringen einer Fahrbahn aus Asphalt der Vorzug vor einer Fahrbahndecke aus Beton gegeben. Auf Grund der beim Asphaltieren auftretenden Gefahrstoffbelastung sahen die Arbeitsschutzbehörden nach den Untersuchungen während des Tunnelvortriebs einen erneuten Aufklärungs- und Beratungsbedarf für die durchführenden Firmen.

Aus früheren Erfahrungen beim Tunnelvortrieb sowie im Laufe der messtechnischen Begleitung des Straßenbaus wurde klar, dass die Aerosole aus dem Bitumen nur einen Teil der Belastung der Arbeitnehmer durch luftgetragene Gefahrstoffe ausmachen. Während der Asphaltierarbeiten läuft der Motor des Fertigers auf Hochtou-

ren. Mehrere LKW stehen mit laufendem Motor für die Entladung bereit. Hinzu kommen die Abgase der zwei Straßenwalzen. In aller Regel sind die genannten Maschinen nicht mit einem Dieselpartikelfilter ausgerüstet. Sie arbeiten normalerweise im Freien. Für die ausführenden Unternehmen stellt das Arbeiten unter Tage eine zeitweilige Ausnahme dar. Ihre Technik ist deshalb nicht entsprechend ausgerüstet. Neben der Erfassung der Konzentrationen von Bitumenaerosolen war es deshalb erforderlich, zusätzlich Überprüfungen hinsichtlich der Expositionen gegenüber Kohlenmonoxid und Dieselmotoremissionen vorzunehmen.

Folgende luftgetragene Gefahrstoffe wurden erfasst:

- alveolengängiger Staub und Dieselmotoremissionen,
- Bitumenaerosole und -dämpfe einschließlich Bestimmung von polycyclischen aromatischen Kohlenwasserstoffen,
- Kohlenmonoxid und Kohlendioxid,
- Konzentrationen flüchtiger organischer Verbindungen.

Die Probenahmegeräte wurden an den mobilen Arbeitsgeräten (Fertiger, Straßenwalze) im Bereich des Bedienpersonals angebracht (personenbezogene Probenahme am Führerstand bzw. in der Fahrerkabine). Zusätzlich erfolgten gleichartige Probenahmen stationär im Tunnel je nach Wettersituation auf jener Seite des Fertigers, zu welcher die Schadstoffe durch den Luftzug getrieben wurden. Parallel zur Probenahme wurde die durchschnittliche Luftgeschwindigkeit im Tunnelquerschnitt bestimmt.

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf die personenbezogen ermittelten Messergebnisse am Fertiger. Die Gefahrstoffkonzentrationen an den anderen Messpunkten (Straßenwalze, stationär im Tunnel gewonnene Messwerte) lagen deutlich unter den hier genannten.

Ergebnisse

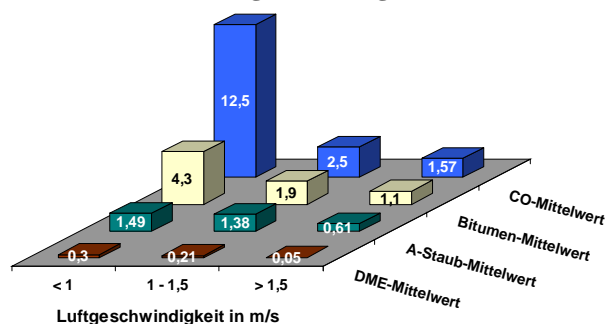
Die Konzentrationen von Bitumenaerosolen und Dämpfen betrug je nach Luftgeschwindigkeit im Tunnel 0,2 mg/m³ bis 4,8 mg/m³ (Grenzwert 10 mg/m³). In keiner der gewonnenen Proben konnte Benzo[a]pyren nachgewiesen werden (Nachweisgrenze: 0,5 µg/m³).

Die Konzentrationen von Dieselmotoremissionen betragen je nach Luftgeschwindigkeit im Tunnel 0,01 mg/m³ bis 0,31 mg/m³ (Grenzwert 0,3 mg/m³). Die Kohlenmonoxidkonzentrationen betragen je nach Luftgeschwindigkeit im Tunnel weniger als 1 mg/m³ bis 15 mg/m³ (Grenzwert 35 mg/m³). Die Konzentrationen flüchtiger organischer Verbindungen sowie die Kohlendioxidkonzentrationen lagen in allen Fällen weit unter den jeweils gemäß TRGS 900 gültigen Grenzwerten (unter 10 % der Grenzwerte).

Die gewonnenen Ergebnisse wurden den zum Zeitpunkt der Messung jeweils herrschenden Luftgeschwindigkeiten im Tunnel gegenübergestellt. Durch die relativ geringe Streuung der Messwerte unter vergleichbaren Luftgeschwindigkeiten war es möglich, eine Einteilung

Abbildung F4

Messergebnisse in Abhängigkeit von der Windgeschwindigkeit



des Wertepools in drei Klassen mit folgenden Ergebnissen vorzunehmen:

- Luftgeschwindigkeit < 1 m/s
- Luftgeschwindigkeit zwischen 1 und 1,5 m/s
- Luftgeschwindigkeit > 1,5 m/s.

Schlussfolgerungen

- Beträgt die Luftgeschwindigkeit weniger als 1 m/s, ist mit einer Überschreitung der zulässigen Grenzwerte der genannten Einzelstoffe oder in der Summenbewertung zu rechnen.
- Bei Luftgeschwindigkeiten zwischen 1 und 1,5 m/s können die Messwerte die zulässigen Grenzwerte erreichen.
- Luftgeschwindigkeiten über 1,5 m/s führen im Regelfall zu einer Unterschreitung der Grenzwerte der in Frage kommenden luftgetragenen Schadstoffe.

Wie ist ein ausreichender Luftwechsel im Tunnel zu erwirken, wenn die meteorologischen Bedingungen keine oder eine nur unzureichende natürliche Luftströmung erzeugen? Beim Tunnelvortrieb werden mit Axiallüftern vom Portal aus große Luftmengen an die Ortsbrust befördert. Auf Grund der messtechnischen Begleitung und der daraus gewonnenen Erkenntnisse wurde bereits zu Zeiten des Vortriebs ein solcher Lüfter auf einen LKW-Anhänger montiert, um an den kritischen Stellen die Luftbewegung zu erhöhen. Dieses Gerät wurde in Phasen des Straßenbaus eingesetzt, wenn der natürliche Luftzug für den zügigen Abtransport der Luftschadstoffe nicht ausreichte. Der Axiallüfter kann – unterstützend in die Richtung des natürlichen Luftstroms arbeitend – je nach eingespeister Leistung die Luftgeschwindigkeit im Tunnelquerschnitt um mindestens 1 m/s erhöhen. Von Vorteil ist dabei die Mobilität durch die Montage auf einem Anhänger, denn die Asphaltierarbeiten können täglich um mehr als einen Kilometer voranschreiten.

Die Untersuchungen zeigen, dass mit großer Wahrscheinlichkeit auf einen übergroßen Messaufwand durch die bauausführenden Firmen verzichtet werden kann, wenn sie stattdessen allein ein Messgerät zur Bestimmung der Luftgeschwindigkeit vorhalten und einsetzen. Bei Luftgeschwindigkeiten oberhalb von 1,5 m/s kann von einer Einhaltung der Grenzwerte ausgegangen werden. Bei geringeren Geschwindigkeiten sollte die Zwangsbelüftung eingesetzt werden. Erst dann ist es

möglich, die Asphaltierarbeiten unter Einhaltung der Grenzwerte fortzusetzen.

2.7 Arbeitszeitgestaltung

Arbeitszeitgestaltung im Krankenhaus – Schwerpunkttaktion in Hessen

Die Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und Pflegepersonal sind insbesondere unter dem Aspekt der Belastungen durch die Arbeitszeit ein wichtiges Arbeitsfeld des Gesundheits- und Arbeitsschutzes. Die hessische Arbeitsschutzverwaltung hat in den Jahren 2001 und 2002 Untersuchungen der Arbeitszeiten in 19 hessischen Krankenhäusern durchgeführt. Partner der in dieser Form einmaligen Kooperation sind: die Landesärztekammer Hessen, die Hessische Krankenhausgesellschaft, der Verband der Privatkanneanstalten, der Marburger Bund, der Hessische Arbeitgeberverband der Gemeinden und Kommunalverbände sowie die Gewerkschaft ver.di.

Im Dezember 2002 wurde die Aktion mit einer Fachtagung abgeschlossen, an der rund 300 Beschäftigte und Führungskräfte aus der Krankenhausverwaltung, der Ärzteschaft sowie der Pflege teilnahmen. Das hessische Sozialministerium steht seit Durchführung der Schwerpunkttaktion in einem kontinuierlichen Diskussionsprozess mit den Hauptakteuren im Krankenhausbereich. Denn es bestätigt sich immer wieder, dass Veränderungen bei der Arbeitszeit in Kliniken als langwierige Prozesse verstanden werden müssen. Insbesondere ist durch die Schwerpunkttaktion deutlich geworden, dass die Veränderung von Arbeitszeiten organisatorische Veränderungen in der Abbau- und Ablauforganisation zur Voraussetzung hat und dass die Einführung von Arbeitszeitmodellen in die Veränderung der Organisationsgestaltung eingebunden sein muss.

Unter Mitarbeit von Hessen wurde der LASI-Leitfaden „Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern; Arbeitszeitproblematik am Beispiel des ärztlichen Dienst“ erstellt.

2.8 Prekäre Arbeitsverhältnisse

Arbeitsschutz in Schlachthöfen und Fleischereigroßbetrieben – Landesprogramm der Arbeitsschutzverwaltung NRW

Die Staatlichen Ämter für Arbeitsschutz haben schon häufig – besonders bei Subunternehmen auf Baustellen – die Erfahrung gemacht, dass auch der Arbeitsschutz zu kurz kommt, wenn Arbeitnehmer zu Dumpingpreisen beschäftigt werden.

Im Jahr 2005 ist eine neue Branche in diesem Zusammenhang ins Blickfeld geraten, als bei einer regionalen Überprüfung von Schlachthöfen und Fleischereigroßbetrieben zahlreiche Verstöße gegen Arbeitszeitvorschriften festgestellt wurden. Dies war Anlass für ein landesweites Programm, in dessen Rahmen 105 Großbetriebe mit insgesamt 14.059 Beschäftigten hinsichtlich der Vorschriften des Arbeitsschutzgesetzes und des Arbeits-

zeitgesetzes sowie der Unterbringung auswärtiger Beschäftigter überprüft wurden.

Ergebnisse:

Von den kontrollierten Betrieben hatten 53 Firmen insgesamt 195 Subunternehmen mit 5.953 Arbeitnehmern beschäftigt. 32 (16,4 %) der Subunternehmen hatten ihren Firmensitz in osteuropäischen Ländern. Allerdings wurden auch Fremdfirmen mit Sitz in Deutschland ange-troffen, die fast ausschließlich Osteuropäer beschäftigten. Insgesamt wurden in 51 Fällen Erkenntnisse über mögliche illegale Beschäftigung an die Hauptzollämter abgegeben.

Arbeitsschutzgesetz

Die Überprüfung des Arbeitsschutzsystems ergab, dass die Subunternehmen deutlich schlechter organisiert waren als die Mehrzahl der Auftraggeber. Während die Auftraggeber zu 90 % eine zufriedenstellende Organisation vorweisen konnten, verfügten nur wenige Subunternehmen zum Beispiel über Sicherheitsfachkräfte oder Betriebsärzte. In den meisten Fällen wurden die Subunternehmen durch die Organisation des Auftraggebers mitbetreut.

Die überwiegend gute Arbeitsschutzorganisation der Auftraggeber zeigte sich auch bei der Überprüfung der Gefährdungsbeurteilung. 80 % der Unternehmen hatten diese durchgeführt, allerdings nur knapp die Hälfte davon vollständig. Entsprechende Arbeitsschutzmaßnahmen wurden von 72 % der Betriebe aus der Gefährdungsbeurteilung abgeleitet und durchgeführt. Etwa ebenso viele Auftraggeber hatten ihre Subunternehmen in die Gefährdungsbeurteilung einbezogen und die Maßnahmen mit den Subunternehmen abgestimmt. Betriebsanweisungen in der Sprache der Beschäftigten und eine Unterweisung der Beschäftigten der Subunternehmen konnten nur ca. die Hälfte aller Unternehmen nachweisen.

Arbeitszeitgesetz

Problematischer waren die Ergebnisse der Überprüfungen im Bereich der Arbeitszeiten. In 39 Unternehmen wurden Verstöße wie Überschreitungen der täglichen Höchstarbeitszeit oder unzureichende Pausenregelungen vorgefunden. In neun Betrieben lagen schwerwiegende Verstöße wie tägliche Höchstarbeitszeiten bis zu 19,5 Stunden, nicht eingehaltene Ruhezeiten, fehlende Pausenregelungen sowie unerlaubte Sonntagsarbeit vor.

Unterkünfte

Unterkünfte für auswärtige Beschäftigte, die im Zusammenhang mit der Arbeitsstätte stehen, sind im Fleischereigewerbe die Ausnahme. Überschlägige Überprüfungen wurden deshalb nur in Ausnahmefällen vorgenommen. Von 19 überprüften Unterkünften waren 14 nicht zu beanstanden. Die übrigen wiesen teilweise erhebliche Mängel (Überbelegung, bauliche und hygienische Mängel) auf. Die Vorgänge wurden an die kommunalen Ordnungsbehörden abgegeben.

G. Überwachung und Beratung; Maßnahmen, Projekte und Schwerpunkttaktionen der Unfallversicherungsträger

Im Abschnitt 1 werden die Tätigkeiten der Unfallversicherungsträger in den vergangenen Jahren und die diesen Tätigkeiten zugrundeliegende Strategie dargestellt. Der zweite Abschnitt gibt einen Überblick über durchgeführte Projekte und Maßnahmen aus unterschiedlichen Bereichen.

1. Tätigkeit der Aufsichts- und Beratungsdienste der Unfallversicherungsträger

Im Vergleich zu 2002 ist die Zahl der Besichtigungen (830.198) durch die Aufsichts- und Beratungsdienste der Unfallversicherungsträger um 7,0 % gesunken. Entsprechend ist auch die Anzahl der besichtigten Betriebe (481.323) leicht zurückgegangen (2,8 %). Jeder 16. Unfall wurde untersucht, 2002 war es nur jeder 18. Die Zahl der festgestellten Beanstandungen im Jahr 2005 (1.197.203) nahm gegenüber 2002 um ca. 1,8 % ab bei einer leicht gesunkenen Zahl der Aufsichtspersonen mit Besichtigungstätigkeit (2,2 %). Auch die Unfallversicherungsträger richten verstärkt ihre Aufmerksamkeit auf die Durchführung von breit wirksamen Maßnahmen und Schwerpunktprogrammen.

Die Aufsichtsstrategie der Unfallversicherungsträger (UVT) lässt sich folgendermaßen beschreiben:

Die UVT führen eine branchenbezogene und an den tatsächlichen Gefährdungs- und Belastungssituationen in den einzelnen Gewerbezweigen orientierte Überwachung und Beratung durch, die sich abstützt auf das betriebsnahe Einwirken der Selbstverwaltung in den UVT (Sozialpartner) sowie auf die Erkenntnisse und Erfahrungen aus Unfall- und Berufskrankheiten-Untersuchungen der Aufsichtspersonen, aus der Normungsarbeit sowie der Erarbeitung von Vorschriften und Regeln und nicht zuletzt aus der Prüf- und Zertifizierungstätigkeit der berufsgenossenschaftlichen Prüfstellen. Die Präventionsaktivitäten der UVT zeichnen sich besonders aus durch:

- Berücksichtigung von Erkenntnissen aus dem Unfall- und Berufskrankheitengeschehen, einschließlich der Einbeziehung von Daten über die Kosten der Rehabilitationsmaßnahmen (bezogen auf Unfallschwere, Rehabilitationsdauer und berufliche Rehabilitation),
- besondere Präventionsaktivitäten in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU), z. B. durch Unterstützung der KMU bei der Selbstverpflichtung des Unternehmers, die Aufgaben des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Betrieb wahrzunehmen, z. B. durch Motivationsveranstaltungen sowie Schulung und Beratung durch die Unfallversicherungsträger,
- Erarbeitung zielgruppenorientierter (branchenbezogener und praxisgerechter) Handlungsanleitungen, die die Umsetzung der Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften im Betrieb erleichtern,

- Aus- und Weiterbildung von Unternehmern, Beschäftigten und Arbeitsschutzexperten, insbesondere einer bedarfs- und praxisgerechten Umsetzung der Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften,
- Initiierung und Förderung anwendungsbezogener Forschung nach Vorprüfung der Relevanz hinsichtlich des betroffenen Gefährdungs- bzw. Belastungsproblems sowie Umsetzung der Erkenntnisse bei Überwachung und Beratung,
- präventive Produktbeeinflussung durch Beratung von Herstellern und Betreibern technischer Arbeitsmittel, einschließlich der Prüfung technischer Arbeitsmittel auf Antrag der Hersteller hinsichtlich Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz,
- Durchführung von Kampagnen zur Förderung des Sicherheitsbewusstseins bei Unternehmern und Beschäftigten, Einsatz von Anreizen zur finanziellen und immateriellen Umsetzung von Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften im Betrieb mit dem Ziel der Verbesserung von sicheren und gesunden Arbeitsplätzen.

Alle Maßnahmen gemeinsam leisten einen wirksamen Beitrag zur Beschäftigungsfähigkeit und zur Beschäftigungsförderung. Das kohärente System ineinander greifender Maßnahmen sorgt für menschengerechte Arbeitsplätze mit einer nachhaltigen Beschäftigungswirkung und ist verknüpft mit Rehabilitationsmaßnahmen.

2. Ausgewählte Maßnahmen, Projekte und Schwerpunkttaktionen der Unfallversicherungsträger

2.1 Physische Belastungen

HVBG: „Aktion: Sicherer Auftritt“

Kurzbilanz der ersten gemeinsamen Kampagne aller gewerblichen Berufsgenossenschaften

Am 8. Juni 2005 wurde mit einer Abschlussveranstaltung in Berlin die „Aktion: Sicherer Auftritt“ beendet. Sie war die erste gemeinsame branchenübergreifende Präventionskampagne der gewerblichen Berufsgenossenschaften und wurde im April 2003 mit dem ehrgeizigen Ziel gestartet, eine Reduktion von Stolper-, Rutsch- und Sturzunfälle um 15 % zu erreichen.

Fast 1.000 Arbeitsunfälle täglich durch Rutschen, Stolpern und Stürzen, die für die Berufsgenossenschaften Kosten in Höhe von ca. 330 Mio. Euro jährlich verursachen, waren Anlass, der Problematik mit einer branchenübergreifenden Kampagne zu begegnen.

Realisiert wurde dazu ein zweistufiges Konzept. Eine in erster Linie medial ausgerichtete Dachkampagne zielte auf eine breite Öffentlichkeit ab. Sie wurde durch branchenbezogene und auf Zielgruppen abgestimmte, dialogorientierte Einzelkampagnen der Berufsgenossenschaften ergänzt, die in erster Linie in die Mitgliedsbetriebe hinein wirkten. Im Zuge der Dachkampagne wurde über alle Kampagnenelemente hinweg eine Story erzählt, die weder Angst erzeugen noch belehrend oder maßregelnd wirken sollte. Vielmehr wurden Folgen von

Stolper-, Rutsch- und Sturzunfällen der Art aufgezeigt, dass eine jeweils wichtige Person für andere z. B. bei Freizeitaktivitäten fehlt. Ziel war es also, persönliche Betroffenheit zu erzeugen und auf diesem Wege zur erwünschten Verhaltensänderung beizutragen. Diese Story spiegelte sich in den Flyern, Plakaten und Botschaften der Kampagne wieder. Dabei lautete das Motto übergreifend „Peter, Inge, Jan ... fehlt!“.

Ein Internetauftritt¹ mit Informationen und Hilfestellungen rund um die „Aktion: Sicherer Auftritt“ sowie ein Call-Center sorgten für einen ständigen Dialog zwischen den Kampagnenträgern und den Betroffenen in den Betrieben einerseits, aber auch der breiten Öffentlichkeit andererseits.

In den Einzelkampagnen der Berufsgenossenschaften wurden die Kampagnenziele in Eigenregie umgesetzt. Dabei stand immer der Dialog mit den Betroffenen in den Betrieben vor Ort im Vordergrund. Die Vielfalt der Zielgruppen bedingte dann auch die unterschiedlichen Aktionen und Veranstaltungen der Berufsgenossenschaften für und in ihren Mitgliedsbetrieben. Die Bandbreite der Einzelaktionen umfasste z. B. Laufverhaltensanalysen auf dem Laufband, virtuelle und reale Stolperparcours, Vortrags- und Unterweisungsveranstaltungen, Aktionstage oder Gewinnspiele. Immer mit dem Ziel, die Sensibilität für Stolperfallen zu wecken bzw. zu schärfen.

Positiv wirkte auch die Einbindung prominenter Persönlichkeiten in diverse Aktionen. So waren z. B. die Eisschnellläuferin Anni Friesinger für die Dachkampagne oder der Extrembergsteiger Reinhold Messner für einzelne Kampagnen kompetente Botschafter, um auf die Problematik in eindrucksvoller Art und Weise aufmerksam zu machen.

Als Ergebnis der Kampagne kann festgehalten werden, dass das eingangs gesetzte Ziel von 15 % weniger Rutsch-, Stolper- und Sturzunfällen nach zwei Jahren Kampagnenlaufzeit nicht nur erreicht, sondern teilweise sogar deutlich übertroffen wurde. Um die Nachhaltigkeit der Kampagne auch nach deren Abschluss bewerten zu können, wird die Evaluation noch über zwei Jahre weitergeführt.

Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass für die Berufsgenossenschaften mit gemeinsamen Kampagnen ein neues wirksames Präventionsinstrument zur Verfügung steht, mit dem auch zukünftige Herausforderungen angegangen werden können.

HVBG: Gesunder Rücken – Gesunde Gelenke

Eine Hilfe für kleine und mittlere Unternehmen

Bewegung hält Rücken und Gelenke gesund. Sie erhöht das körperliche und geistige Wohlbefinden und damit die Lebensqualität. Kurzum: „Ein gesunder Geist braucht einen gesunden Körper.“ Aber ein zuviel oder zuwenig an Bewegung kann schädlich sein. Da, wo Bewegungen zu einseitig oder extrem werden oder da, wo

Lasten gehoben, getragen, geschoben oder gezogen werden, können hohe Belastungen für Rücken und Gelenke entstehen. Erkrankungen können die Folge sein. Das gilt auch für einseitige oder extreme Bewegungen am Arbeitsplatz.

Krankenstatistiken zeigen schon seit Jahren, dass Erkrankungen des Rückens und der Gelenke hohe volkswirtschaftliche Schäden verursachen. Auch für die Betriebe entstehen durch diese Erkrankungen hohe Kosten.

Vor diesem Hintergrund wurde mit der Konstituierung des berufsgenossenschaftlichen Fachausschusses „Einwirkungen und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren“ (FA WIRK) u. a. auch das Sachgebiet „Physische Belastungen“ etabliert.

Das Sachgebiet „Physische Belastungen“ hat sich zum Ziel gesetzt, eine speziell auf die Bedürfnisse von kleinen und mittleren Unternehmen orientierte Broschüre zu entwickeln, die den Betrieben Hilfen anbietet, wie der Rücken und die Gelenke der Mitarbeiter am Arbeitsplatz gesund bleiben. Mit Hilfe der Schrift sollen die Betriebe in die Lage versetzt werden, Belastungen der Mitarbeiter am Arbeitsplatz zu erkennen, einzuschätzen und gegebenenfalls Maßnahmen einzuleiten, um Fehlbelastungen und mögliche Erkrankungen zu vermeiden. Die Broschüre wird dabei anhand konkreter Fragen aus dem betrieblichen Alltag die wichtigsten Aspekte zur Gesunderhaltung des Rückens und der Gelenke behandeln. Sprache und Inhalt wurden speziell an die Bedürfnisse kleiner und mittlerer Unternehmen angepasst. Die Broschüre wird in Kürze erscheinen.

BUK: „Arbeit gesünder machen, der Strom- und Hafenausbau“

Das von der Landesunfallkasse Hamburg durchgeführte Projekt „Arbeit gesünder machen“, das mit dem „Pilotbereich Stackwerker“² begann, wird auf andere Arbeitsbereiche ausgedehnt, insbesondere im Werftbereich und bei der Hafeneisenbahn. Es erstreckt sich auf die arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren durch die Lastenhandhabung, verbunden psycho-sozialen Arbeitsbelastungen. Da die Mitarbeiter gleichzeitig auch ungünstigen Gelände- und Witterungsbedingungen ausgesetzt sind, müssen angesichts stärkerer künftiger Personaldurchmischungen wirksame Strategien zur Verhaltensprävention etabliert werden. Die sog. „klassische Rückenschule“ oder die einfache Unterweisung konnten die Beanspruchung der MitarbeiterInnen kaum reduzieren.

BUK: Projekt „Selbstsicherung bei Arbeiten im Gleisbereich“

Die Eisenbahn Unfallkasse führt mit der Forschungsgesellschaft für angewandte Systemsicherheit e. V. (FSA) seit 2004 das Projekt „Selbstsicherung bei Arbeiten im Gleisbereich“ durch. Übergeordnetes Ziel dieses Projektes ist es, eine Erhöhung der Sicherheit bei Arbeiten im Gleis unter Selbstsicherung zu erreichen. Mit Hilfe ein-

¹ www.hvbg.de/d/pages/praev/fachinfo/srs/index.html

² www.l.luk-hamburg.de/praeventionen/publikationen/arbeitsgesuender.pdf

tägiger Veranstaltungen in Form von Workshops sollen Verantwortliche besser in die Lage versetzt werden, zielgerichtet die richtige Entscheidung zu treffen, ob kleine Gruppen bei Arbeiten im Gleisbereich unter Selbstsicherung arbeiten dürfen. Insgesamt wurden in den Jahren 2004 und 2005 89 Workshops mit 980 Teilnehmern durchgeführt. Darüber hinaus soll das Projekt weitere Hinweise für eine effektive Präventionsarbeit auf dem Gebiet der Selbstsicherung geben. Eine abschließende Evaluation findet in 2006 statt.

Bei der Eisenbahn Unfallkasse ist dazu eine Broschüre „Arbeitshilfe für Arbeiten im Bereich von Gleisen nach UVV GUV-V D33“ erhältlich³.

BUK: Aktion „Fit For Fire Fighting“

Das Innenministerium Baden-Württemberg und die Unfallkasse Baden-Württemberg hatten im Jahr 2001 eine Studie zur Untersuchung der körperlichen Belastung von Feuerwehrangehörigen im Brandeinsatz in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse der „Studie zur medizinischen Belastung von Atemschutzgeräteträgern“ (STATT-Studie) haben das Innenministerium mit der Landesfeuerweherschule, den Landesfeuerwehrverband und die Unfallkasse Baden-Württemberg veranlasst, eine Aktion zur Verbesserung der körperlichen Fitness zu initiieren. Mit der Aktion „Fit For Fire Fighting“⁴ sollen Ausdauersport und gesundheitsbewusste Ernährung ins Bewusstsein der Feuerwehrangehörigen treten und zu einer Verhaltensänderung führen. Ziel ist es, innerhalb eines Jahres möglichst viele Feuerwehrangehörige so fit zu machen, dass sie fünf Kilometer Laufen oder Walken und 20 Kilometer Radfahren können. Die Sportbeauftragten der Stadt- und Landkreise wurden in einem Seminar als Multiplikatoren geschult, die die einzelnen Feuerwehren in ihrem Zuständigkeitsbereich bei der Umsetzung der Aktion unterstützen. Herausgegeben wurde ein Begleitbuch zur Aktion, das nützliche Trainings- und Ernährungstipps enthält. In einem Symposium wurde über Belastungen von Feuerwehrangehörigen informiert und Möglichkeiten zur Belastungsreduzierung durch sportliche Betätigung aufgezeigt. Auf dem 1. baden-württembergischen Feuerwehr-Duathlon am 2. Juli 2005 konnten der Erfolg der Aktion getestet werden.

BVLSV: Kindersicherheit auf dem Bauernhof

Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften der Bundesrepublik Deutschland haben gemeinsam mit der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Österreich, sowie der Beratungsstelle für Unfallverhütung in der Landwirtschaft, Schweiz, eine länderübergreifende Aktion zur Kindersicherheit auf dem Bauernhof ins Leben gerufen.

Auf die Aktion, zu der mehrere altersspezifisch unterschiedliche Präventionsmodule vorliegen, wurde anlässlich einer großen Auftaktveranstaltung auf einem landwirtschaftlichen Betrieb in der Nähe von Ulm äußerst medienwirksam aufmerksam gemacht. In diesem Zu-

sammenhang wurden u. a. auch ein Zertifikat und eine Sicherheitsplakette „Ausgezeichneter Bauernhof“ erarbeitet, die an landwirtschaftliche Betriebe verliehen werden können, die ihren landwirtschaftlichen Betrieb zuvor berufsgenossenschaftlicherseits hinsichtlich ausgewählter Kindersicherheitsmerkmale haben überprüfen lassen. Insbesondere dient diese Plakette als außenwirksame Werbemaßnahme für den ausgezeichneten Betrieb. Seit der Vergabe der Erstplakette im Juli 2005 wurden mittlerweile viele weitere Bauernhöfe in verschiedenen Regionen der Bundesrepublik ausgezeichnet.

2.2 Psychische Belastungen

HVBG: „Psychische Belastungen“

Im Rahmen ihres Präventionsauftrages berücksichtigen die gewerblichen Berufsgenossenschaften heute alle mit der Arbeit einhergehenden Belastungen, von denen begründet angenommen werden kann, dass sie die Gesundheit der Beschäftigten negativ beeinflussen. Hierzu gehören auch psychische Belastungen die zu negativen kurz- und langfristigen Beanspruchungsfolgen führen können. Schwerpunkte berufsgenossenschaftlicher Aktivitäten liegen in den folgenden Bereichen:

– Qualifizierung der Aufsichtspersonen und der verschiedenen Zielgruppen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes:

Ein Qualifizierungskonzept für die Fortbildung der Aufsichtspersonen wurde auf der Grundlage dieses Leitfadens entwickelt. Die Fortbildung umfasst 16 Lerneinheiten und ist eine Grundqualifizierung mit der folgenden Zielsetzung: Die Aufsichtspersonen

- kennen den aktuellen Stand der Diskussion zum Thema psychische Fehlbeanspruchungen
- reflektieren in diesem Zusammenhang ihre Aufgaben und ihre Rolle
- können zentrale Begriffe definieren und einordnen
- können das Belastungs-Beanspruchungsmodell auf ihre Tätigkeit anwenden
- kennen Handlungsmöglichkeiten und Ansatzpunkte zur Analyse und Beratung im Bereich psychischer Fehlbelastungen im Rahmen ihrer Tätigkeit
- kennen die Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeiten sowie weiterführende Beratungsangebote, an die sie weiter vermitteln können.

– Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung arbeitsbedingter psychischer Belastungen:

Eine Reihe von Berufsgenossenschaften entwickelte praxistaugliche Screeninginstrumente zur Erfassung psychischer Belastungen und Beanspruchungen. Stellvertretend seien hierfür die Ansätze der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) genannt: Zur Ermittlung im Bereich der stationären Kranken- und Altenpflege, in der ambulanten Krankenpflege und für Krankenhausärzte wurden entsprechende Verfahren entwickelt. Auf diese Weise können z. B. für bestimmte

³ Siehe „Publikationen“ unter www.eisenbahn-unfallkasse.de/euk.html

⁴ www.fit-for-fire-fighting.com/

Stationsbereiche geringe, mittlere und erhöhte Risiken ermittelt und darauf basierend konkrete Maßnahmen abgeleitet und durchgeführt werden.

(www.bgw-online.de: psychische Belastungen)

– **Branchenrelevante Methoden zur Verhaltensprävention:**

Auf dem Gebiet des optimierten Umgangs mit arbeitsrelevantem Stress verfügen heute die meisten Berufsgenossenschaften über einschlägige branchen- und zielgruppenspezifische Angebote. Sie verfolgen das Ziel, persönliche Ressourcen aufzubauen, um im Arbeitsalltag Stresssituationen erfolgreich zu bewältigen. Sie werden in Seminarform oder auch direkt in den Betrieben angeboten.

– **Entwicklung von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen:**

Traditionell orientieren sich die Berufsgenossenschaften an dem bewährten T-O-P Prinzip des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. In Analogie zu dieser Vorgehensweise unterstützen viele Berufsgenossenschaften die Betriebe heute auch bei Fragen der Arbeitsgestaltung mit ihren Auswirkungen auf psychische Belastungen und Beanspruchungen. Ein Beispiel hierfür ist das von der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) entwickelte Online-Tool zur erfolgreichen Arbeitsgestaltung in Call-Centern (www.ccall.de/projekte/index.htm). Empirisch ermittelte Zusammenhänge zwischen Belastungen und Beanspruchungsfolgen sind Grundlage für dieses Tool. Es kann von interessierten Unternehmen selbst angewendet werden. Es müssen lediglich 12 Fragen beantwortet werden. Das Verfahren ist leicht verfügbar und kann sofort angewendet werden, da die Ergebnisse automatisch ausgewertet werden. Es erfordert bei der Auswertung keine Fachkenntnis, da es die Ergebnisse allgemein verständlich interpretiert und konkrete Hilfestellung in Form umsetzbarer Gestaltungsvorschläge gibt.

– **Bereitstellung von Medien:**

Die Berufsgenossenschaften verfügen über vielfältige Medien zum Thema und erweitern ihr Angebot auf diesem Gebiet ständig. Sie reichen von allgemeinen Informationen in den jeweiligen Mitteilungsblättern über spezielle Schriften, die das gesamte Thema im Überblick behandeln oder zu Einzelfragestellungen Stellung nehmen, bis hin zu den Medien, die konkrete Programme z. B. im Bereich des beruflichen Umgangs mit Stress begleiten und unterstützen. Die angesprochenen Zielgruppen sind sowohl Beschäftigte als auch Unternehmer. Aktuell haben die Berufsgenossenschaften eine Schrift erstellt, die das Thema für kleine und mittlere Betriebe aufbereitet.

Link zum Thema Psychische Belastungen:

www.hvbg.de/d/pages/praev/forum_praev/praev3

BUK: Projekt „Psychologische Betreuer in Sparkassen“

Unmittelbar nach einem Überfall ist das Sparkassenpersonal, obwohl sich in der Geschäftsstelle oft viele Menschen aufhalten, in vielen Fällen mit einem Problem allein gelassen und hilflos. Deshalb sollten „überfallene

Mitarbeiter/innen“ – unabhängig von einer späteren professionellen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Nachsorge – vor Ort erste kollegiale Hilfe/Unterstützung erfahren, so dass eine posttraumatische Belastungsstörung nicht bzw. nicht so stark entstehen kann.

Um diese notwendige Erstversorgung beim betroffenen Sparkassenpersonal in möglichst allen bayerischen Sparkassen gewährleisten zu können, hat der Bayerische Gemeindeunfallversicherungsverband (GUVV) das Projekt „Psychologische Betreuer in Sparkassen“ durchgeführt. Ziel dieses Projektes war vor allem herauszufinden, ob die vom Verband angebotenen Seminare zur Ausbildung von sog. „Erstbetreuern nach Überfall“ als Schulungsmaßnahme für eine entsprechende spätere Tätigkeit ausreichen und eine Einbindung und Einsatzmöglichkeit dieser Erstbetreuer bei den Sparkassen in der Zukunft erfolgen kann. Neben verschiedenen Einzel- und Gruppengesprächen und einem Workshop mit Sparkassenvertretern fanden zwei dreitägige Pilotseminare statt, an denen auszubildende Erstbetreuer teilnahmen. Diese von einer Dipl.-Psychologin gestalteten Seminare ermöglichen den Teilnehmern eine Erstbetreuung nach einem erfolgten Überfall bei den betroffenen Sparkassenmitarbeitern.

2.3 Integration Leistungsgewandelter

HVBG: Stärkung der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

Von Versorgung zu Teilhabe und Selbstbestimmung – unter diesem Gesichtspunkt wurde Ende der 90er Jahre ein Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik eingeleitet. Unter anderem trat 2002 das Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung (BGG) in Kraft. Dieses Gesetz soll das Prinzip der Barrierefreiheit weiter im Alltag verankern und die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung stärken. Die Forderung nach barrierefreien Arbeitsstätten und Arbeitsplätzen wurde auch in die Novellierung der Arbeitsstättenverordnung aufgenommen und zwar für Neu- und größere Umbauten der Unternehmen, die Menschen mit Behinderungen beschäftigen. Diese gesetzlichen Regelungen folgen der Auffassung der Berufsgenossenschaften, dass die bisherige Vorgehensweise, bei der herkömmlich erstellte Arbeitsstätten nachträglich bei Bedarf behindertengerecht angepasst werden, wirtschaftlich und menschlich nicht mehr vertretbar ist. Für die Zukunft muss seitens der Berufsgenossenschaften verstärkt deutlich gemacht werden, dass bei einer barrierefreien Arbeits- und Arbeitsplatzgestaltung die Belange von Mitarbeitern mit besonderen Bedürfnissen auch zum Vorteil aller anderen in die Gestaltung einbezogen werden.

Bisher erfolgt die Arbeitsplatzgestaltung in der Regel rehabilitativ, d. h. Arbeitsstätten und Arbeitsplätze werden generell entsprechend der Bedürfnisse nicht behinderter Menschen gestaltet und nur bei Bedarf den individuellen Bedürfnissen behinderter Mitarbeiter entsprechend umgestaltet und angepasst (behindertengerechte Gestaltung). Zur Vermeidung der offensichtlichen Nachteile einer derartigen Vorgehensweise wurde die barriere-

refreie Arbeitsgestaltung entwickelt. Die Erkenntnisse der Arbeitswissenschaft wurden erweitert um die Erfahrungen, die im Rahmen der Wiedereingliederung behinderter Personen in das Arbeitsleben gemacht wurden. Das präventive Konzept einer barrierefreien Gestaltung von Arbeitsstätten und Arbeitsplätzen erweitert den bisherigen ergonomischen Ansatz, der auf nicht behinderte Beschäftigte beschränkt ist.

Barrierefreie Arbeitsplätze beinhalten eine ergonomische, psychologische, soziale und wirtschaftliche Dimension

Barrierefreie Arbeitsplätze sind an die Fähigkeiten aller Nutzer angepasst. Sie entsprechen auch bei Menschen mit eingeschränkten Fähigkeiten den ergonomischen Grundforderungen. Barrierefreie Arbeitsplätze können dazu beitragen, die persönliche Arbeitssituation der Nutzer zu erhalten und zu verbessern. Sie erhöhen somit Leistungsfähigkeit und Motivation und helfen Ausgrenzung und Stigmatisierung auch bei Leistungsgewandten und älteren Mitarbeitern zu vermeiden. Barrierefreie Arbeitsplätze ermöglichen mehr Menschen die Aufnahme oder Fortführung einer Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, weil sie von praktisch allen Menschen uneingeschränkt genutzt werden können. Nicht zuletzt verbessern sie die Effizienz der Unternehmen.

Zur Gestaltung barrierefreier Arbeitsplätze wird bei jeder Tätigkeit untersucht, welche Personen jeweils die höchsten Anforderungen an die Arbeitsplatzgestaltung stellen. Können diese Bedürfnisse berücksichtigt werden, sind auch alle Anforderungen von Personen mit geringeren Bedürfnissen abgedeckt. Führt diese Vorgehensweise nicht zum Ziel, muss die Tätigkeit auf eine alternative Weise ausführbar sein (so genanntes „Zweikanalprinzip“, z. B. Tastatur- oder Spracheingabe am Computer). Durch eine präventive barrierefreie Gestaltung werden bei Arbeitsstätten große und teure Umbauten zur Anpassung an die Bedürfnisse einzelner behinderter Mitarbeiter vermieden. An den Arbeitsplätzen können Personen trotz geringer oder fehlender Ausprägung einer Fähigkeit tätig werden, sei es durch den Einsatz einer alternativen Fähigkeit oder durch den Einsatz kompatibler Hilfsmittel. Im Arbeitsleben können so alle Personen beschäftigt werden, die grundsätzlich zur Ausführung einer Tätigkeit befähigt sind bzw. diese Fähigkeit nachweisen.

Werden die Prinzipien barrierefreier Gestaltung bei Neu- bzw. großen Umbauten schon bei der Planung umfassend berücksichtigt, ergeben sich Vorteile für alle Beteiligten:

1. Mitarbeiter mit Behinderungen können ihre Leistungsfähigkeit in den Beruf einbringen wie jeder andere Mitarbeiter auch. Sie sind entsprechend ihrer Qualifikation einsetzbar, ohne dass ihre gesundheitliche Einschränkung im Vordergrund steht.
2. Die individuellen Anforderungen auch bei Einsatz spezieller Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl) sind bereits berücksichtigt. So werden immense Umbau- und Anpassungskosten vermieden, eine flexiblere Ar-

beitsorganisation ermöglicht und Grundlagen für eine umfassende Integration geschaffen.

3. Für nicht behinderte Mitarbeiter wird die Tätigkeit durch barrierefreie Gestaltung in der Regel leichter, sicherer und komfortabler.

Schwerpunkte berufsgenossenschaftlicher Prävention im Zeitraum 2002 - 2005

Konzeption: Die für Verwaltungsgebäude, Büro- und Bildschirm-Arbeitsplätze erarbeiteten Detaillösungen wurden auf andere Arbeitsbereiche erweitert.

Umsetzung: Mitgliedsunternehmen wurden sowohl über nachträgliche behindertengerechte Anpassungen als auch über die Möglichkeiten barrierefreier Arbeitsstätten und Arbeitsplätze beraten. Diese Umsetzung zeigt, dass auch bei Anpassungen die Grundsätze barrierefreier Gestaltung in der Regel sinngemäß angewendet werden können. Wenn bereits in der Planung Barrierefreiheit von Beginn an berücksichtigt wird, müssen bei Neu- und großen Umbauten keine nennenswerten Mehrkosten entstehen.

Gesetzgebung: Die Grundsätze zur barrierefreien Gestaltung von Arbeitsstätten wurden in das Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung (BGG) und in die Novellierung der Arbeitsstättenverordnung eingebracht.

Normierung: Der DIN-Fachbericht 124 „Barrierefreie Produkte“ wurde 2002 veröffentlicht und in die CEN- und ISO-Normung eingebracht. Die Normenreihe 18024 und 18025 wurde in der E DIN 18030 „Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen“ zusammengefasst und auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand gebracht.

Schulung: Schulungen zur barrierefreien Arbeitsgestaltung für Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Personal- und Betriebsräte, Behindertenvertrauensleute, Architekten und Bauingenieure wurden ausgeweitet. Die Inhalte werden derzeit in branchenspezifische und themenspezifische Seminare eingearbeitet.

2.4 Prävention

HVBG: Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) – Zusammenarbeit der gesetzlichen Unfall- und Krankenversicherung

Arbeitskreis „Prävention in der Arbeitswelt“

UVT und Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und der betrieblichen Gesundheitsförderung in den letzten Jahren intensiver zusammen. So zeigt die GKV-Dokumentation 2004⁵, dass in ca. 45 % der BGF-Projekte, die Krankenkassen in Kooperation durchführen, UVT Partner der Krankenkassen sind. Die Zusammenarbeit der beiden Sozialversicherungszweige mit den Betrieben führt zu Synergieeffekten und bündelt Ressourcen. Der Arbeits-

⁵ Dokumentation 2004, Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung, herausgegeben vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS)

kreis „Prävention in der Arbeitswelt“ der Spitzenverbände von Unfall- und Krankenversicherung stellt in seinem Internetauftritt branchenspezifische und branchenübergreifende Kooperationsprojekte vor und will damit Anregungen für die Träger geben (www.praevention-arbeitswelt.de).

Die Kooperationsprogramme von Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern für mehr Gesundheit im Betrieb haben zum Ziel, neue Ansätze und Methoden im Zusammenwirken von Arbeits- und Gesundheitsschutz und der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu entwickeln und zu erproben, wobei insbesondere der Schwerpunkt auf Klein- und Mittelbetriebe gelegt wird.

So wurde z. B. in KMU-Betrieben der Fein- und Elektrotechnik ein betriebliches Gesundheitsmanagement entwickelt, das folgende Aktivitäten umfasste:

- Analyse der Ist-Situation zu den Arbeitsbedingungen und psycho-sozialen Belastungen am Arbeitsplatz durch mündliche und schriftliche Befragung der Mitarbeiter.
- Entwicklung und Durchführung geeigneter Maßnahmen zur Reduzierung bzw. Optimierung der Belastungen auf Basis der Befragung.
- Schulung und Einsatz freiwilliger Gesundheitspaten in den Betrieben zur dauerhaften Verankerung der Gesundheitsförderung in Betrieben.
- Installation von Musterarbeitsplätzen.
- Organisation und Durchführung von Mitarbeiter-schulungen zum gesundheitsgerechten Arbeiten.
- Einsatz einer Internetplattform zum Thema Gesundheit in den Betrieben.
- abschließende Mitarbeiterbefragung.

Als Ergebnis des Projektes wurde ein Gesundheitsbaukasten als Handlungshilfe zum Gesundheitsmanagement für Klein- und Mittelbetriebe entwickelt, der eine Sammlung von Werkzeugen, Zugangswegen, Plänen sowie Materialien zum betrieblichen Gesundheitsmanagement beinhaltet. Dem Unternehmer und seinen Mitarbeitern werden damit Werkzeuge und Materialien an die Hand gegeben, mit denen sie selbst umgehen und die Einzelteile – wie bei einem Baukasten – so zusammensetzen können, wie es ihren Anforderungen entspricht.

Die Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA)

IGA ist eine Kooperation des BKK-Bundesverbandes und des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften zur Neu- und Weiterentwicklung gemeinsamer insbesondere branchenübergreifender Präventions- und Interventionsansätze. Die Initiative – gegründet in 2002 – arbeitet projektbezogen und leistet darüber einen Beitrag zur Forschung, Qualifikation und Beratung. Seit Mai 2005 beteiligt sich der AOK-Bundesverband auf Projektbasis an IGA.

Im Rahmen der prioritären Handlungsfelder (Schwerpunktthemen) Prävention, Wandel der Arbeit, gesunde Arbeit, Arbeitsschutz und Vernetzung i. S. neuer Formen der Kooperation und der Kommunikation entwickeln die Initiativpartner gemeinsam Methoden und In-

strumente und fördern die Umsetzung von Erkenntnissen in die Praxis. Projekte, die im Berichtszeitraum durchgeführt wurden, waren u. a. „Nutzen der Verhältnisprävention in Betrieben“, „Notfallpsychologische Maßnahmen Qualifizierung zur Prävention, Intervention und Nachsorge“, „Neue Trainingsbausteine zur effektiven Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung“, „Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit – Ergebnisse einer Expertenbefragung“ sowie „IGACheck- Leitfaden und Software zur Erfassung beruflicher Anforderungen, Belastungen und Gefährdungen“. Alle Projektberichte wurden als IGA-Reporte (Projektberichte) bzw. I-Punkte (IGA-Kurzberichte) und im Internet veröffentlicht (www.iga-info.de/publ.php).

BVLSV: Präventionskonzept „Zukunft“ der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften

Grundlagen der Prävention

Die Beachtung des Vorbeugeprinzips ist auch beim Arbeitsschutz in der Landwirtschaft unverzichtbar. Als Handlungshilfe dient hierzu das von den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften entwickelte, auf 22 praxisnahe Einzelschriften reduzierte Vorschriften- und Regelwerk, das den Betriebsleiter/Unternehmer über die Erfüllung seiner Arbeitsschutzpflichten informiert. Es ist auch Grundlage für Bürokratieabbau und die Stärkung der Eigenverantwortung von Unternehmern und Arbeitnehmern bei der Vermeidung von Unfällen und Erkrankungen.

Neue Herausforderungen in der Landwirtschaft

Hohe Kosten für Betriebsmittel und Löhne einerseits und niedrige Produktpreise andererseits zwingen die landwirtschaftlichen Unternehmer dazu, Rationalisierungsmöglichkeiten zu nutzen. Hierzu gehört z.B. der Einsatz neuer Technologien, wie computer- oder satellitengestützte Arbeitsverfahren im Ackerbau oder automatischer Melksysteme in der Tierhaltung. Neue Kooperationsformen werden gebildet, Maschinen verstärkt überbetrieblich genutzt. An neue Tierhaltungssysteme sind Anforderungen des Tierschutzes sowie des Gesundheitsschutzes in gleicher Weise zu stellen. Zur Änderung der Strukturen führen z. B. auch der Anbau nachwachsender Rohstoffe, die Biogaserzeugung oder die Selbstvermarktung hofeigener Produkte. Somit entwickeln sich die Betriebsweisen und -strukturen ständig weiter. Hierauf reagieren die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und unterstützen die Unternehmer bei allen Fragen zur Sicherheit und Unfallverhütung.

Neue arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren

Stress und psychosoziale Belastungen können auch in der Landwirtschaft ebenso wie biologische und chemische Arbeitsstoffe Ursachen bisher nicht bekannter Erkrankungen sein. Ein Sachverhalt, dem durch verstärkte wissenschaftliche Aufarbeitungen und der Entwicklung neuer Präventionsansätze begegnet werden muss.

Ganzheitlicher Ansatz im Arbeits- und Gesundheitsschutz

Prävention sollte heute in einem ganzheitlichen Ansatz betrieben werden. Wechselwirkungen zwischen beruflicher Tätigkeit und dem außerberuflichen Bereich haben nicht unmaßgeblichen Einfluss auf Sicherheit und Gesundheit. Eine frühzeitige Sensibilisierung hinsichtlich Sicherheit und Gesundheit ist gefordert. Die ältere Generation, die häufig wesentlichen Anteil an den Betriebsabläufen im landwirtschaftlichen Betrieb hat, ist heute überproportional am Unfallgeschehen beteiligt. Aufgrund neuartiger Beanspruchungen und Belastungen muss das zentrale Anliegen eines zeitgerechten Arbeitsschutzes ein umfassender Schutz aller im landwirtschaftlichen Betrieb Tätigen sein. Auch die Kinder sind einzubeziehen, denn sie sind die Versicherten von morgen.

BVLSV: Alternatives Betreuungsmodell der landwirtschaftlichen Unfallversicherung bei der Bestellung von Fachkräften zur Arbeitssicherheit und von Betriebsärzten (LUV-Modell)

Im Jahr 1973 wurde das betriebliche Arbeitsschutzsystem mit dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) auf eine neue Basis gestellt. Seither ist der Arbeitgeber, der für die Sicherheit und die Gesundheit bei der Arbeit aller in seinem Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer zu sorgen hat, verpflichtet, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte zu seiner Unterstützung und Beratung zu bestellen.

Bislang wurden nur wenige Arbeitnehmer in den Betrieben der Landwirtschaft, der Forstwirtschaft und des Gartenbaus sicherheitstechnisch durch Fachkräfte für Arbeitssicherheit bzw. arbeitsmedizinisch durch Betriebsärzte betreut. Davon erfasst sind vorwiegend mittlere und größere Betriebe. Die Betreuung auch kleinerer Betriebe war ein Ziel, das nach Ablauf der Übergangsfristen nunmehr erreicht ist. Das bedeutet, dass jeder Betrieb, in dem Arbeitnehmer beschäftigt sind, sicherheitstechnisch und arbeitsmedizinisch betreut werden muss. Die Grundlage hierfür bildet die Vorschrift für Sicherheit und Gesundheitsschutz „Sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuung und spezielle arbeitsmedizinische Vorsorge bei besonderer Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz“ (VSG 1.2). Für kleine und mittlere Unternehmen bietet die Unfallverhütungsvorschrift durch die bedarfsorientierte Betreuung (LUV-Modell) eine sinnvolle Alternative zur Bestellung von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit. Danach kann der Unternehmer von der Bestellung einer Sicherheitsfachkraft und eines Arbeitsmediziners absehen, wenn die Zahl der durchschnittlich Beschäftigten in seinem Betrieb weniger als 16 beträgt und er an den Fortbildungsmaßnahmen der Berufsgenossenschaft im Rahmen des LUV-Modells teilnimmt.

Die Lehrgänge zum LUV-Modell werden in allen Landkreisen durchgeführt.

BUK: MDD-Modell im Rettungsdienst

Zu dem Aufgabengebiet der UVT gehört auch die „arbeitstechnischen Voraussetzungen“ im Berufskrankheitenverfahren zu ermitteln, also zu prüfen, ob die Belastungen am Arbeitsplatz die angezeigte Berufskrankheit verursacht haben können. Um bei der Ermittlung der arbeitstechnischen Voraussetzungen im Rahmen der BK 2108 „Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule“ eine für alle UVT einheitliche Berechnungsgrundlage zu erhalten, wurde das sog. Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD-Modell) entwickelt.

Für den Rettungsdienst hat der Bayerische GUVV ein betriebsartenspezifisches MDD-Modell auf Grundlage des MDD-Modell „Pfleger“ erarbeitet. Mit einem Katalog von sicher gefährdenden Tätigkeiten und weiteren Standards wurde eine übersichtliche und klare Berechnungsgrundlage festgelegt. Die Anwendbarkeit dieses Berechnungsverfahrens wird beim Bayerischen GUVV in einer Studie überprüft. Zu diesem Zweck werden die arbeitstechnischen Voraussetzungen von BK-2108-Verdachtsfällen aus dem Bereich der Rettungsdienste zusätzlich zu dem bisherigen Verfahren nach dem MDD-Modell „Rettungsdienst“ ermittelt und bewertet. Die Berechnungsergebnisse werden nicht in die Akte eingehen, sondern dienen nur internen Studien und Vergleichszwecken. Die Erkenntnisse, die aus dieser praktischen Erprobung gewonnen werden, dienen der Überprüfung und Fortentwicklung des aufgestellten MDD-Modells „Rettungsdienst“.

BUK: Prävention für häuslich Pflegende

Von der demografischen Entwicklung in Deutschland sind die gewerbliche Wirtschaft, der öffentliche Dienst und der private Bereich gleichermaßen betroffen. Die steigende Anzahl chronisch kranker, aber auch alter und hochbetagter Menschen sowie die sich verändernden Strukturen des Gesundheitswesens (z. B. Einführung der Diagnosis Related Groups – kurz DRG, deutsch Diagnosebezogene Fallgruppen) lassen den Bedarf an häuslicher Versorgung und Pflege weiter steigen. Bereits heute kann davon ausgegangen werden, dass mindestens 90 % der zu Hause lebenden, pflegebedürftigen Menschen von Familienangehörigen, Freunden und Bekannten versorgt werden. Die vielfältigen physischen und psychischen Belastungen der häufig selbst älteren und nicht mehr uneingeschränkt leistungsfähigen Pflegenden erfordern deshalb besonders effektive präventive Maßnahmen. Für die gesetzlichen UVT gestalten sich direkte Präventionsmaßnahmen für die Gruppe der häuslich und ehrenamtlich Pflegenden jedoch sehr schwierig, da diese von den Pflegekassen zumeist nicht namentlich an die UVT gemeldet werden und ihre Anzahl insgesamt auch sehr hoch ist.

Um diese Personen dennoch zu erreichen, bietet der Rheinische GUVV seit einigen Jahren eine Seminarreihe mit dem Titel „Beim Pflegen gesund bleiben – Gesundheitsschutz nicht erwerbsmäßig Pflegenden“ an. Im Rahmen dieser Seminare werden Pflegefachkräfte aus ambulanten Pflegediensten, Mentoren und Ausbilder für sozialpflegerische Berufe, aber auch die Mitarbeiter und

Mitarbeiterinnen kommunaler Pflege- und Seniorenberatungsstellen zu Multiplikatoren für das Anliegen des Rheinischen GUVV ausgebildet. Vermittelt wird u. a. das Wissen zu Gefährdungen und Schutzmöglichkeiten bei der häuslichen Pflege oder zum Burnout-Syndrom bei pflegenden Angehörigen. Neben diesem direkten Kontakt werden Informationsschriften wie die Merkblätter „Das optimale Pflegezimmer zu Hause – Einrichtungstipps für die häusliche Pflege“ oder „Von Kopf bis Fuß sicher für die häusliche Pflege“ herausgegeben. Für das Jahr 2007 ist eine Erweiterung des Seminarangebots mit einem Fokus auf die häuslich Pflegenden geplant. Darüber hinaus werden weitere spezielle Informationsschriften erarbeitet.

Falt- und Informationsblätter:

Bundesverband der Unfallkassen (Hrsg.): Gesetzliche Unfallversicherung für häusliche Pflegepersonen – Bestell-Nr. GUV-I 8511⁶

Bundesverband der Unfallkassen (Hrsg.): Sicheres Arbeiten in der häuslichen Pflege – Rückengerechtes Arbeiten beim manuellen Lagern und Bewegen von Pflegebedürftigen. Bestell-Nr. GUV-I 8514³

Bundesverband der Unfallkassen (Hrsg.): Sicheres Arbeiten in der häuslichen Pflege – Kleine Hilfsmittel. Bestell-Nr. GUV-I 8515³

Bundesverband der Unfallkassen (Hrsg.): Sicheres Arbeiten in der häuslichen Pflege – Hautschutz. Bestell-Nr. GUV-I 8516³

Bundesverband der Unfallkassen (Hrsg.): Sicheres Arbeiten in der häuslichen Pflege – Schutz vor Infektionen. Bestell-Nr. GUV-I 8517³

Bundesverband der Unfallkassen (Hrsg.): Gesetzliche Unfallversicherung für häusliche Pflegepersonen – Bestell-Nr. GUV-I 8513³

Newsletter:

Ende 2006 wird der erste Pflege-Präventionsnewsletter mit dem Titel „Zu Hause pflegen – Bleiben Sie gesund“ herauskommen, der dann vermutlich ab 2007 zwei mal jährlich erscheinen wird.

Seminarangebot des Rheinischen GUVV⁷:

- Gesundheitsschutz nicht erwerbsmäßig Pflegenden – Beim Pflegen gesund bleiben
- Prävention von Rückenbeschwerden in der Sonderpädagogik/Behindertenbetreuung

Ab 2007 in Kooperation mit dem GUVV Westfalen-Lippe:

- Betriebliche Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Erwerbs- und Pflegetätigkeit
- Kommunikative Grundlagen zur Beratung pflegender Angehöriger

2.5 Arbeitsmedizinische Vorsorge

HVBG: Neuer Grundsatz „Belastung des Muskel- und Skelettsystems“ (G 46)

Neben Maßnahmen zum Abbau von Fehlbelastungen in der Arbeitswelt kommt auch der arbeitsmedizinischen Vorsorge bei der Prävention und Früherkennung von Berufskrankheiten des Muskel- und Skelettsystems ein wichtiger Anteil zu. Daher erfolgte durch den Ausschuss Arbeitsmedizin die Entwicklung des berufsgenossenschaftlichen Grundsatzes G 46 „Belastungen des Muskel- und Skelettsystems“ mit dem Ziel, bereits vorhandene arbeitsmedizinische/orthopädische Konzepte zu integrieren, um eine für alle Bereiche der arbeitsmedizinischen Praxis geeignete Regelung mit einheitlichen dia-

gnostischen Methoden, Beurteilungskriterien, Beratungsschwerpunkten und Präventionsansätzen zu verfolgen. Den rechtlichen Rahmen des neuen Vorsorgekonzeptes bilden das SGB VII, das ASIG, das ArbSchG, die Lastenhandhabungsverordnung sowie die in Vorbereitung befindliche Umsetzungsverordnung der RL „Vibration 2002/40/EG“.

Zusätzlich wurde ein Leitfaden zur Diagnostik von Muskel-/Skeletterkrankungen bei arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen entwickelt, sowie als Handlungshilfe für die Gefährdungsbeurteilung zur Ermittlung von Maßnahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge Auswahlkriterien (BGI 504-46) erarbeitet. Letztere dienen besonders betrieblichen Praktikern, wie Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit aber auch Arbeitsgestaltern zur systematischen Gefährdungsbeurteilung bei Belastungen des Muskel- und Skelettsystems. Sie berücksichtigen neben der manuellen Handhabung auch erzwungene Körperhaltungen, Arbeiten mit erhöhter Kraftanstrengung und/oder Krafteinwirkung, repetitive Tätigkeiten mit hohen Handhabungsfrequenzen sowie die Ganzkörper- und Hand-Arm-Vibration.

2.6 Arbeitsschutzmanagement

HVBG: Arbeitsschutzmanagement

1. Ausgangslage

Seit Mitte der 90er Jahre werden auf der nationalen, europäischen und internationalen Ebene Arbeitsschutzmanagementsysteme (AMS) als ein Instrument zur Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz im Unternehmen diskutiert. Diese Diskussion entstand aus den bereits bestehenden Entwicklungen im Qualitäts- und Umweltmanagement. Die Erweiterung von Managementsystemen auf Sicherheit und Gesundheitsschutz wurde als konsequente Fortentwicklung betrachtet.

Daraus resultierend wurden im Jahre 2002 unter Einbeziehung der interessierten Kreise auf der Grundlage des ILO-Leitfadens⁸ für AMS ein „Nationaler Leitfaden für Arbeitsschutzmanagementsysteme“ (NLF)⁹ sowie Thesen zum Stellenwert dieses Leitfadens entwickelt.

2. Aktivitäten der Berufsgenossenschaften

Der bei der Berufsgenossenschaftlichen Zentrale für Sicherheit und Gesundheit (BGZ) eingerichtete Fachausschuss „Organisation des Arbeitsschutzes“ (FA ORG) hatte die Aufgabe erhalten, eine abgestimmte Vorgehensweise zur Umsetzung des NLF auszuarbeiten. Dies betraf insbesondere die Wirksamkeitsüberprüfung und die Bescheinigung von AMS. In einem ersten Schritt wurde im Jahre 2003 eine Fachveranstaltung zur Thematik durchgeführt, in der Vorschläge für eine BG-einheitliche Vorgehensweise erarbeitet wurden. Mittlerweile wurden diese Vorschläge in Projekten des FA ORG weiter ausgearbeitet und vervollständigt. Dabei

⁶ Für Mitgliedsunternehmen über den zuständigen Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand zu erhalten. Auch frei zugänglich über www.unfallkassen.de und als PDF-Datei erhältlich.

⁷ Nur für Mitgliedsunternehmen.

⁸ www.ilo.org/public/english/protection/safework/managmnt/download/guide_de.pdf

⁹ www.baua.de/nm_11910/de/Themen-von-A-Z/Arbeitsschutzmanagement/pdf/Leitfaden-AMS.pdf

wurden einheitliche Rahmenbedingungen zur Beratung, Wirksamkeitsprüfung und Begutachtung von AMS, ein einheitliches Logo sowie Anforderungen an die Berater, die Begutachter und die Begutachtungsstellen festgelegt.

3. Umsetzungsbeispiele

Im Rahmen der Umsetzung des nationalen Leitfadens wurden von einzelnen Berufsgenossenschaften vorrangig mit Blick auf die Anwendung im kleinen und mittleren Unternehmen branchenbezogene Umsetzungshilfen erarbeitet, die im Folgenden beispielhaft aufgeführt sind:

– **„Wegweiser Sicherheit und Gesundheitsschutz“ der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie**

Er enthält für den betrieblichen Praktiker eine übersichtliche Anleitung zum Aufbau oder zur Verbesserung eines Arbeitsschutz-Managements. Dabei werden Anstöße und praktische Hilfen für eigene betriebsspezifische Lösungen gegeben¹⁰.

– **Das Gütesiegel „Sicher mit System“ der Steinbruchs-Berufsgenossenschaft**

Mit dem Gütesiegel besteht für Unternehmen die Möglichkeit, die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes durch eine neutrale Stelle auf freiwilliger Basis überprüfen und bewerten zu lassen. Im Zuge dieser Bewertung werden Schwachstellen erkannt und dem Unternehmen Vorschläge unterbreitet, diese Defizite zu beheben. Dadurch optimiert das Unternehmen seine gesamte Arbeitsschutzorganisation, womit das Risiko von Unfällen und Betriebsstörungen deutlich reduziert wird¹¹.

– **AMS Bau: „11 Arbeitsschritte zum sicheren und wirtschaftlichen Baubetrieb“ der Berufsgenossenschaften der Bauwirtschaft**

Das AMS BAU ist entwickelt worden um damit Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in den kleinen und mittleren Betrieben im Bereich des Baugewerbes erfolgreich und kostenneutral zu etablieren. Damit werden Baubetriebe in die Lage versetzt, in Eigenregie eine betriebliche Arbeitsschutzorganisation aufzubauen sowie vorhandene Betriebsstrukturen zu verbessern¹².

2.7 Zusammenarbeit mit anderen Behörden und Stellen

HVBG: Nationale Arbeitsschutzstrategie

Die Konferenz der Arbeits- und Sozialminister (ASMK) hat in ihrer 82. Hauptkonferenz am 17. / 18. November 2005 den von den Staatssekretären vorgelegten Vorschlag zur „Deregulierung des Arbeitsschutzrechts“ beschlossen und zugleich den „Eckpunkten für eine Strategie für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und für eine Optimierung des Dualen Systems im Arbeitsschutz“ zugestimmt. Die ASMK ist demnach der Auffassung, dass durch Kooperationsvereinbarungen mit

verbindlichen Absprachen und einer geeigneten Arbeitsteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften und den Ländern das duale deutsche Arbeitsschutzsystem verbessert werden kann. Die Kooperation auf der Grundlage von § 21 Abs. 3 ArbSchG soll insbesondere durch eine gemeinsame Arbeitsschutzstrategie flankiert werden. Bereits im Vorfeld wurden mehrere Kooperationsvereinbarungen zwischen der staatlichen Gewerbeaufsicht und den Gemeinsamen Landesbezogenen Stellen (GLS) der UVT auf Basis des § 21 Abs. 3 ArbSchG abgeschlossen, die inzwischen zu einem nahezu flächendeckenden Kooperationsnetzwerk zwischen den Bundesländern und den Berufsgenossenschaften entwickelt wurden.

Die ASMK hat den LASI beauftragt, in Zusammenarbeit mit der Bundesregierung und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung die gemeinsame Arbeitsschutzstrategie bis zur nächsten ASMK-Hauptkonferenz im Herbst 2006 vorzulegen. In Arbeits- und Aktionsprogrammen sollen dabei in Handlungsfeldern ausgewählte Schwerpunktthemen festgelegt und spezifische Präventionsziele und Indikatoren bestimmt werden, die es erlauben, Ergebnisse und Wirksamkeit der Präventionsmaßnahmen zu bewerten.

Als Entscheidungsorgan für die Planung, Koordinierung und Evaluierung der zur Umsetzung der gemeinsamen Arbeitsschutzstrategie vorgesehenen Maßnahmen soll eine „Nationale Arbeitsschutzkonferenz“ (NAK) eingerichtet werden, in der neben dem Bund auch die Länder und UVT vertreten sind. Diese tritt an die Stelle des bisherigen Spitzengesprächs LASI / UVT / BMAS.

Um die Nachhaltigkeit und Akzeptanz der Arbeitsschutzstrategie und der hierauf beruhenden Maßnahmen zu gewährleisten, sollen neben Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern in besonderem Maße die Organisationen der Arbeitgeber, die Gewerkschaften, weitere Sozialversicherungsträger und Forschungseinrichtungen als „Nationales Arbeitsschutzforum“ (NAF) an der Willensbildung der „Nationalen Arbeitsschutzkonferenz“ beteiligt werden.

BUK: Euregio Interreg-Projekt „Das Modell einer sozialen Unfallversicherung“

Ausgehend von den verschiedenen gesetzlichen Rahmenbedingungen in Belgien, den Niederlanden und Deutschland, wie sie für die Prävention, die Rehabilitation und die Entschädigung gelten, wird der Versuch unternommen, ein Konzept für ein soziales Unfallversicherungssystem, entsprechend dem Projektauftrag „Euparos – Unfallversicherung und Arbeitsschutz im öffentlichen Sektor der Euregio Maas-Rhein“, abzuleiten. Träger und Gründer des Projektes mit einer Laufzeit von drei Jahren waren in Deutschland der Rheinische GUVV und in Belgien, die Société Mutuelle des Administrations Publiques. Die Niederlande war durch die Arbeitsschutzverwaltung des niederländischen Sozialministeriums vertreten.

In gemeinsam besetzten Arbeitsgruppen der Partner wurden die verschiedenen nationalen Präventions- und

¹⁰ www.hvbg.de/d/pages/praev/strateg/praev_lohnt/wegweiser.html

¹¹ www.stbg.de/sms/index.html

¹² www.ams-bau.de

Entschädigungssysteme der Settings öffentlicher Sektor und Schule u. a. durch gegenseitige Hospitationen verglichen. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Zielsetzungen, den Methoden und Leistungen der nationalen Unfallversicherungssysteme wurden herausgearbeitet und bildeten eine wesentliche Grundlage für die Modellentwicklung. Ergänzend sind Interviews mit Experten aus Politik, Mandatsträgern aus Kommunen und Verwaltungen sowie Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen durchgeführt worden. Die aus der Praxis gewonnenen Informationen zeigten die Stärken und Schwächen der jeweiligen Systeme und bildeten die Grundlage für das gemeinsam erarbeitete Modell.

Projektbericht:

Ethias Assurance, Rheinischer GUVV, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid Arbeidsinspectie/ Region Zuid (Hrsg.): EUPAROS - Le modèle d'une assurance accidents sociale élargie – Das Modell einer sozialen Unfallversicherung – Model van een sociale ongevallenverzekering Band 1 und 2 (Band 2 zur Zeit im Druck)¹³

2.8 Aus-, Fort- und Weiterbildung

HVBG: Aus-, Fort- und Weiterbildung

Aufsichtspersonen

Für die im Januar 2000 neu eingeführte Ausbildung für Aufsichtspersonen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften liegen sehr positive Rückmeldungen vor. Rechtliche, politische und fachliche Weiterentwicklungen erfordern eine Überarbeitung der Ausbildung zur Aufsichtsperson. Hierzu wurde vom HVBG ein Projekt aufgelegt, das bis Ende 2007 abgeschlossen sein soll.

Um in Fragen zum Arbeits- und Gesundheitsmanagement für die Mitgliedsunternehmen der BGen ein kompetenter Ansprechpartner sein zu können, ist jede Aufsichtsperson gefordert, das eigene Wissen und Können kontinuierlich an neue Anforderungen anzupassen. Für die Berufsgenossenschaften geht es um die Qualitätssicherung ihrer Präventionsprodukte „Beratung“ und „Überwachung“. Zur Bewältigung dieses Ziels ist eine Qualifizierung in Form einer kontinuierlichen Fortbildung unerlässlich. Deshalb starten sie eine „Fortbildungsinitiative“. Aufbauend auf dem im Jahr 2001 beschlossenen Fortbildungskonzept, wird nun vom HVBG in einem bis Ende 2007 abzuschließenden Projekt, das Rahmenkonzept für die Fortbildung der Aufsichtspersonen aller Berufsgenossenschaften weiter entwickelt werden. Noch stärker als bisher sollen die Beratungskompetenz und die Dienstleistungsorientierung gefördert werden. Gleichzeitig sollen aktuelle Themen, z. B. Arbeitsschutzmanagementsysteme, Gefährdungsbeurteilung, Gesundheitsförderung usw. in die Fortbildungskonzeption einbezogen werden.

Fachkräfte für Arbeitssicherheit

Seit 2001 wird die Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften nach einem neuen Ausbildungskonzept durch-

geführt. Die Verzahnung von Präsenz – und Selbstlernphasen über CBT/WBT – Blended Learning – ist dabei ein wesentliches Merkmal der neuen Ausbildung. Teilnehmer und Ausbildungsträger äußern sich sehr positiv zum modernen Ausbildungskonzept. Insbesondere das E-learning kommt bei den Teilnehmern sehr gut an.

Rechtliche, fachliche und programmtechnische Entwicklungen erfordern eine ständige Weiterentwicklung der Ausbildungsmaterialien sowie des Mediums CBT/WBT. Schließlich ist nichts so gut, dass es nicht noch besser werden könnte. Nach diesem Motto startete der HVBG im Jahr 2004 mit der Optimierung der Ausbildungskonzeption und der Ausbildungsmaterialien. Mittlerweile liegen die überarbeiteten Ausbildungsmaterialien zu den Präsenzphasen I, II und III sowie zu den Selbstlernphasen I und II vor. Die CDs (Web Based Training) wurden sowohl inhaltlich überarbeitet als auch auf eine plattformunabhängige Software – Flash – umgestellt. Im Frühjahr 2006 ist der Abschluss der kompletten Überarbeitung der Sifa-Ausbildungsmaterialien geplant. Danach erfolgt die kontinuierliche Anpassung der Lernmaterialien.

Sicherheitsbeauftragte

Mit mehr als 380.000 in der gewerblichen Wirtschaft tätigen Sicherheitsbeauftragten sind diese eine bedeutende Zielgruppe für berufsgenossenschaftliche Aus- und Fortbildungsmaßnahmen. Als Multiplikatoren für Arbeits- und Gesundheitsschutz sind sie an der Basis des Betriebes unverzichtbar.

Ausgehend von dieser Bedeutung sowie veränderter Praxisgegebenheiten hat der HVBG in einem Projektbericht ein an den aktuellen Anforderungen von Betrieben orientiertes Rollenbild und daraus abzuleitende Aufgaben beschrieben und Hinweise zur Ausbildung von Sicherheitsbeauftragten erarbeitet. Darüber hinaus zeigt der Bericht auf, wie z. B. in Abhängigkeit von der Betriebsstruktur Sicherheitsbeauftragte eingesetzt werden und verschiedenste Aufgaben erfolgreich übernehmen können.

Führungskräfte

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften bieten Führungskräften ein breites Spektrum an Fortbildungsseminaren, Handlungshilfen und Medien, um sie bei der Integration des Arbeitsschutzes in betriebliche Abläufe zu unterstützen. Diese behandeln spezifische Themen aus dem Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz, z. B. zu Gefahrstoffen, Ergonomie, psychischen Belastungen usw. als auch zu Fragen der Arbeitsorganisation und Kommunikation. Teilnehmeraktivierende, erwachsenengerechte Lernmethoden und praktische Übungen an Maschinen, Geräten und sonstigen arbeitsschutzrelevanten Objekten sollen die Handlungskompetenzen der Führungskräfte stärken und damit den Transfer des Erlernens in die Praxis fördern. Mit zeitgemäßen Medien, z. B. interaktiven Lernprogrammen, werden den Führungskräften die Möglichkeit geboten, sich zeit- und lernortunabhängig zu informieren und je nach Lernprogramm entsprechende Kompetenzen zu trainieren.

¹³ Erhältlich bei der Abteilung Öffentlichkeitsarbeit des Rheinischen GUVV-Verbandes (Tel. 0211-2808-153, Presse@RGUVV.de).

H. Schülerunfallversicherung

Dieses Kapitel widmet sich Projekten aus dem Bereich der Schülerunfallversicherung, wobei zum Abschluss ein kurzer Überblick über das Unfallgeschehen gegeben wird.

1. Maßnahmen, Projekte und Schwerpunktaktionen

Gesundheitsförderung an den Hochschulen in NRW

Nordrhein-Westfalen weist mit 37 staatlichen und 20 anerkannten privaten Hochschulen die dichteste Hochschullandschaft Europas auf. Die nordrhein-westfälischen Hochschulen stellen für weit über 500.000 Studierende und knapp 100.000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einen Arbeits-, Lern- und Lebensort dar. Das sind knapp ein Viertel der Studierenden und ein Fünftel aller Hochschulbeschäftigten in der Bundesrepublik Deutschland. Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Kostenbewusstseins und Wettbewerbs zwischen den Hochschulen, nimmt bei den Entscheidungsträgern an den Hochschulen die Erkenntnis zu, das vorhandene Potenzial bei den Beschäftigten und Studierenden zu erschließen und so zu fördern, dass es allen Beteiligten dient. Die Gesundheitsförderung bietet hierfür wichtige und effektive Hilfen.

Zur Umsetzung des Settingansatzes sowie zur Bildung geeigneter Netzwerkstrukturen wurde 2004 in NRW ein erster landesbezogener Arbeitskreis Gesundheitsfördernder Hochschulen gegründet. Seine primäre Aufgabe besteht dementsprechend darin, für die Hochschulen in NRW eine qualifizierte, ortsnahe Anlaufstelle für die hochschulbezogene Gesundheitsförderung zu schaffen, die es möglich macht, landesspezifische Themen aufzugreifen und den regionalen Austausch zu fördern. Hierfür organisiert die Landesunfallkasse NRW in Kooperation mit der Koordinationsstelle für Hochschulübergreifende einschlägige Fortbildungsveranstaltungen.

Arbeitsschutzmanagement an Hochschulen

Die Überprüfung wissenschaftlicher Betriebseinheiten in Hochschulen zeigt häufig erhebliche Mängel bei der Festlegung und Wahrnehmung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Als Gründe für die oft mangelnde Wahrnehmung der Organisationsverantwortung seitens der Hochschullehrer werden oft fehlende Information der Wissenschaftler, Zeitmangel, unübersichtliche Vorschriftenlage sowie fehlende bzw. praxisfremde Handlungshilfen genannt.

Die Implementierung von Arbeitsschutzmanagementsystemen (AMS) bildet eine Möglichkeit, diesen bekannten Defiziten in der Arbeitsschutzorganisation in den Hochschulen zu begegnen. Managementhandbücher mit Organigrammen, Verfahrensbeschreibungen und Dokumentationsvorlagen liefern den verantwortlichen Akteuren die notwendigen Informationen und Handlungshilfen für die Umsetzung.

Die Landesunfallkasse NRW hat deshalb verschiedene Projekte zu diesem Thema gemeinsam mit einigen

Hochschulen durchgeführt. Da sich Hochschulen in ihrer Struktur deutlich von gewöhnlichen Behörden und Betrieben unterscheiden, können gängige Managementsysteme nicht 1:1 auf Hochschulen übertragen werden. Ein Pilotprojekt zur Einführung von ASCA (Arbeitsschutz und sicherheitstechnischer Check in Anlagen; ein ganzheitliches Revisionsverfahren der Hessischen Arbeitsschutzverwaltung) an der Universität Münster hat dies zum einen bestätigt, zum anderen aber auch mögliche Potenziale von Managementsystemen in Hochschulen aufgezeigt. Dass AMS an Hochschulen durchaus praktikabel und hilfreich sein können, hat ein von der Landesunfallkasse NRW unterstütztes Projekt der Universität Paderborn gezeigt. Hier wurde ein Sicherheits-, Gesundheits- und Umweltschutzmanagementsystem nach dem SCC-Standard („Safety Certificate Contractors“) entwickelt und implementiert. Hierbei wurden neben den oben skizzierten häufig anzutreffenden Organisationsdefiziten auch die Motivation und Wünsche der beteiligten Akteure herausgearbeitet und berücksichtigt. Die anschließende Zertifizierung erfolgte durch eine externe Stelle.

Auf Basis der durch die anderen Projekte gesammelten Erfahrungen hat die Fachhochschule Münster mit Unterstützung der Landesunfallkasse NRW und des Staatlichen Amtes für Arbeitsschutz Coesfeld ein integriertes Managementsystem für Arbeitssicherheit, Gesundheit und Umweltschutz (AGU) geschaffen, das auf die besonderen Strukturen der Hochschule abgestimmt ist. Als Grundlage wurde der nationale Leitfaden für AMS des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, der obersten Arbeitsschutzbehörden der Länder, der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Sozialpartner verwendet. Das AGU-System wurde durch die Hochschulleitung in Kraft gesetzt und in allen Betriebseinheiten implementiert. Die erreichte größere Transparenz der Aufbau- und Ablauforganisation sowie der dadurch erreichten Zunahme an Rechtssicherheit auf Seiten der Verantwortlichen in den wissenschaftlichen Betriebseinheiten hat zu einer breiten Akzeptanz des AMS geführt.

Weitere Informationen dazu finden Sie in der Broschüre „Gesundheitszirkel für Studierende“¹ und unter:

www.luk-nrw.de/intern/dl_projekte.asp

<http://atlas.hs-niederrhein.de/cms/arbeitsicherheit.htm>

www.uni-muenster.de/Rektorat/Sicherheit/org/org_inx.htm

Lärm in Schulen und Kindertagesstätten

Der Lärm in Schulen und Kindertagesstätten ist ein weit verbreiteter Störfaktor für das Unterrichts- und Gruppengeschehen und wurde aufgrund fehlender Gefährdungs- und Belastungsanalysen in Schulen und Kindertagesstätten stark vernachlässigt. Erst Forschungsergebnisse neueren Datums geben Aufschluss über Art und Ausmaß der Auswirkungen von Lärm und erregen entsprechende Aufmerksamkeit. Die Lärmpegel übersteigen vielfach den festgelegten Grenzwert für Arbeitsplät-

¹ www.luk-nrw.de/downloads/gesundheitszirkel.pdf, auch gedruckt zu beziehen über die Landesunfallkasse NRW.

ze mit geistigen Tätigkeiten, wobei die Ursache häufig in einer schlechten Raumakustik liegt.

Dass Lärm Auswirkungen auf das Lernverhalten und die Kognition von Kindern hat, belegen die Forschungen zur Psychoakustik von Lärm an der Universität Oldenburg. Lärm beeinträchtigt die sprachliche Kommunikation sowie Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfunktionen. Auch fördert Lärm die Aggression. In einigen Untersuchungen wurden aber auch deutliche Zusammenhänge zwischen dem Lärmpegel im Unterricht und körperlichen Stressreaktionen bei Lehrerinnen und Lehrern nachgewiesen. Der durchschnittlich gemessene Schallpegel in Klassenräumen und Kindertagesstätten verursacht zwar keine Hörschäden, wirkt sich aber auf Stimmapparat, Konzentration und Aufmerksamkeit eindeutig belastend aus. Die Folge sind fehlerhafte Kommunikation, Störung kognitiver Prozesse und gesteigertes Belastungsempfinden.

Um die Lärmproblematik in Bildungseinrichtungen zu verbessern, haben die Landesunfallkasse NRW, die Gemeindeunfallversicherungsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe, die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, die Landesanstalt für Arbeitsschutz NRW und die BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH für das Land NRW einen Kooperationskreis „Lärmprävention in Bildungseinrichtungen“ gegründet. Ziel des Kooperationskreises ist insbesondere die zielgerichtete Information und Beratung zum Thema Lärm in Bildungseinrichtungen, sowie die Bündelung derzeitiger Aktivitäten der jeweiligen Kooperationspartner im Bereich des Gesundheits- und Arbeitsschutzes in Schulen, Berufskollegs und Tageseinrichtungen für Kinder.

Die Unfallkasse Hessen und die Landesunfallkasse NRW führten zur Prävention von Lärm die Verleihaktion von Lärmampel und SoundEar durch. Um Schülern und Lehrkräften in Schulen sowie Kindern und Erzieherinnen in Kindertagesstätten schnell und wirkungsvoll die aktuelle Geräuschsituation vor Augen zu führen, wurden optische Systeme entwickelt, die einfach und problemlos eingesetzt werden können. SoundEar und Lärmampel sind flexible Lautstärkenanzeiger, die ein sichtbares optisches Warnsignal aufleuchten lassen, wenn es im Raum zur Überschreitung eines bestimmten Geräuschpegels kommt, auf den die Geräte vorab eingestellt wurden. Beide Geräte können von Schulen oder auch Kindertagesstätten bei der Unfallkasse Hessen kostenlos ausgeliehen werden.

Erste Erfahrungen mit dem Einsatz von SoundEar und Lärmampel lassen durchaus positive Wirkungen im Schulalltag erkennen. Vor allem bei offenen Unterrichtsmethoden regulieren sich die Schüler mit Hilfe der optischen Anzeige selbst in ihrer Lautstärke. Bei einer dauerhaften Nutzung sind jedoch auch Gewöhnungseffekte zu erwarten, so dass die optische Anzeige unter Umständen nicht mehr registriert wird und die gewünschte Verhaltensänderung nicht erfolgt. Das Eintreten dieses Effekts ist aber durch einen zyklischen Einsatz der Geräte in der Klasse bzw. Kindergartengruppe vermeidbar.

Weiterführende Informationen zu diesem Thema:

GUVV Westfalen-Lippe, Rheinischer GUVV, LUK Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Hilfestellung zum Gestalten von sicheren Kindertagesstätten. Reihe Prävention in NRW, Bd. 6. August/2004.²

Rheinischer Gemeindeunfallversicherungsverband (www.rguvv.de): „Die sichere Kita“ und „Lärmprävention in Bildungseinrichtungen“.

Veröffentlichung der Unfallkasse Hessen:
www.ukh.de/uploads/media/inform_02_2006_01.pdf

Presseinformation der Landesunfallkasse NRW (unter Lärm):
www.learn-line.nrw.de/angebote/gesundids/medio/opus/fort01.html

Club-of-Rome-Schulen

Staatliche und private Schulen jeder Schulform dürfen sich ab Beginn des Schuljahres 2004/2005 „Club-of-Rome-Schule“ (CoR) nennen, wenn sie sich zu einem intensiven pädagogischen Veränderungsweg entschließen. Hierzu zählen die gesundheitliche Förderung der Schulgemeinschaft, der Schutz vor Unfällen, eine gesunde Ernährung und tägliche Bewegungsangebote. Begleitet werden die hessischen CoR-Schulen (Helene-Lange-Schule in Wiesbaden, Hermann Lietz Schule bei Fulda, Josef-von-Eichendorff-Schule in Kassel und Leibnizschule in Offenbach) dabei von der Unfallkasse Hessen, die sich bereits seit Jahrzehnten aufgrund ihres Präventionsauftrags intensiv mit diesen Themen beschäftigt. Die Unfallkasse Hessen wird die CoR-Schulen mit Expertenwissen, besonders in den Bereichen Bewegungserziehung, Unfallschutz und Sicherheitsförderung; durch Informationen und Fortbildungen sowie durch Projekte und Beratungen unterstützen.

Pressemitteilung der Unfallkasse Hessen:
www.ukh.de/ukh/presse/pressemitteilungen/archiv/2004-05/

Konzertierte Verkehrssicherheitsaktion

Gemeinsam mit anderen Akteuren führt die Landesunfallkasse Hamburg im Frühjahr und Herbst die Konzertierte Verkehrssicherheitsaktion „Rücksicht auf Kinder ... kommt an“ durch. Hierdurch soll die Sicherheit der Kinder im Hamburger Großstadtverkehr erhöht und die Zahl der Unfälle gesenkt werden. Während der Aktionswoche finden Informationsveranstaltungen – Infostände vor Schulen, in Fußgängerzonen und Einkaufszentren – sowie verstärkte Verkehrskontrollen statt. Zugleich führt die Polizei verstärkt Geschwindigkeitskontrollen in der Nähe von Schulen und Kindertageseinrichtungen durch.

Informationen der Landesunfallkasse Hamburg:

www.luk-hamburg.de/praeventionen/publikationen/infobrief_ruecksicht_allgem.pdf

www.luk-hamburg.de/praeventionen/publikationen/infobrief_an_eltern_deutsch.pdf

Fahrradwerkstätten in Hamburger Schulen

Seit 2003 fördert die Landesunfallkasse Hamburg im Rahmen ihrer Verkehrssicherheitsarbeit Fahrradwerk-

² Exemplare der Schriftenreihe sind für Mitgliedsunternehmen der herausgebenden Unfallversicherungsträger kostenlos erhältlich. Über www.rguvv.de auch frei zugänglich als PDF-Datei erhältlich.

stätten in Hamburger Schulen. Über die Einrichtung von Fahrrad-Werkstätten sollen die Schülerinnen und Schüler ein Bewusstsein dafür entwickeln, wie wichtig ein verkehrssicheres Fahrrad ist. Denn für die Wartung und Sicherheit haben viele Schüler-Fahrräder die Note „ungenügend“ verdient. Abgerissene Lichtkabel, schwache Dynamos oder fehlende Reflektoren sind keine Seltenheit.

Informationen der Landesunfallkasse Hamburg:

www1.luk-hamburg.de/service/archiv/kirad.htm

Aktion Sicherer Schulweg

Für junge Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer birgt der Großstadtverkehr besondere Risiken. Die Landesunfallkasse Hamburg führt deshalb die Aktion „Sicherheit zur Einschulung“ durch. Rund 15.000 Schulanfänger können sich jährlich am „LUKI“-Preisausschreiben in Hamburg beteiligen. Comicfigur LUKI bringt Schulanfängern den sicheren Schulweg näher. Zugleich wurden die Eltern über den gesetzlichen Unfallversicherungsschutz in der Schule und auf dem Schulweg informiert. Das Preisausschreiben wurde durch die Medienpartner Hamburger Abendblatt und NDR Hamburg-Welle 90,3 begleitet. Seit 2001 wird die Aktion regelmäßig durch eine weitere Aktion „Schultüte“ erweitert. Mit Unterstützung der Hamburger Schulbehörde und den Elternräten der Grundschulen werden im Umfeld der Hamburger Grundschulen Hinweisplakate zum Schulbeginn aufgestellt. Zusätzlich haben Schüler, Lehrer und Eltern den „Schultüten-Flyer – Achtung Schulanfänger“ an die Autofahrer verteilt.

Informationen der Landesunfallkasse Hamburg:

www1.luk-hamburg.de/service/archiv/schulweg_winter.htm

Klettern als Suchtprävention: Einsatz einer Kletterwand zur Sensibilisierung Jugendlicher über die Wirkung von Alkohol, Drogen und Medikamenten im Straßenverkehr

Die Unfallkasse Hessen führte auch im Jahr 2005 an drei hessischen Schulen ein Projekt zur Verringerung des Wegeunfallgeschehens durch. An einer fünf Meter hohen Kletterwand können die Jugendlichen selbst testen, wie sehr Alkohol und Drogen die Wahrnehmung und Reaktionsfähigkeit beeinträchtigen. Sie haben hierbei die Möglichkeit, erst einmal die Wand im üblichen Rahmen, d. h. mit Sicherungsseilen zu besteigen. In einem zweiten Durchgang werden die möglichen physischen Beeinträchtigungen des Alkohol- oder Drogenkonsums simuliert: Der Kletterer erhält eine Brille, die ein verzerrtes Sehen bewirkt. Seine taktile Wahrnehmung wird durch Handschuhe und die Koordination der Beine durch Bleimanschetten beeinträchtigt.

Informationen der Unfallkasse Hessen:

www.ukh.de/ukh/die-unfallkasse/praevention/projekte/schueler-unfallversicherung/projekte-suv-01/?0=

RiSk – Verkehrssicherheitsaktion für Berufsschüler

Berufsschüler sind als Fahranfänger erhöht in der Verkehrsunfallstatistik (insbesondere bei schweren Unfällen) vertreten und sind daher eine Hauptzielgruppe der Gemeinschaftsaktion RiSk (Risiken im Straßenverkehr kommunizieren) von Kultusministerium, Unfallkasse Hessen und weiteren Partnern. RiSk bietet Berufsschülerinnen und -schülern die Teilnahme an einem „beobachteten Fahren“ sowie einer anschließenden, moderierten Gruppendiskussion an. Ziel ist es hierbei, auf der Basis des beobachteten Fahrverhaltens geeignete Verhaltensstrategien aufzuzeigen und diejenigen zu stärken, die zu einer sicheren Verkehrsteilnahme führen. Bewusst wird dabei auf entwicklungspezifische Besonderheiten der genannten Altersgruppe geachtet und auf den „erhobenen Zeigefinger“ verzichtet. Die Begleitung/Moderation erfolgt durch einen Fahrlehrer sowie einen Studienreferendar. Diese werden im Rahmen der Aktion gezielt auf ihre Aufgabe vorbereitet (Schulung in Gesprächsführung, Moderation etc.).

Informationen der Unfallkasse Hessen:

www.ukh.de/ukh/die-unfallkasse/praevention/projekte/schueler-unfallversicherung/projekte-suv-08/?0=

Schulsanitätsdienste in Hamburger Schulen

Die Landesunfallkasse Hamburg hat in den letzten Jahren die Erste-Hilfe-Ausbildung in den Schulen verstärkt gefördert. Ziel ist es, ein „Netz“ zu knüpfen, durch das eine wirksame erste Hilfe sichergestellt wird. Hierzu wird beispielsweise auch die Gründung von Sanitätsdiensten in Schulen durch Schüler gefördert. Die erste Hilfe-Organisation an Schulen soll sinnvoll durch die Einrichtung von Schulsanitätsdiensten (SSD) ergänzt werden. Die Schulsanitäter/innen sind kompetente Ersthelfer für verletzte und erkrankte Mitschüler und Lehrkräfte. Der SSD ersetzt allerdings nicht die Aus- und Fortbildung der Lehrkräfte in erster Hilfe. Im Rahmen einer Ausschreibung fördert die Landesunfallkasse Hamburg jährlich mindestens 10 Hamburger Schulen, die als Anreiz zur Gründung eines SSD in ihrer Schule eine finanzielle Unterstützung zur Anschaffung des erforderlichen Erste-Hilfe-Materials erhielten.

Informationen der Landesunfallkasse Hamburg:

www1.luk-hamburg.de/praeventionen/publikationen/br-schulsanitaetsdienst.pdf

Gewaltprävention an Schulen

„Gewalt in Schulen“ wurde nach den Ereignissen in Freising und Erfurt zum Schlagwort und rückte in den Mittelpunkt des Medieninteresses und der öffentlichen Diskussion. Rempelen, Raufereien und Kräftemessen unter Kindern gehörten schon immer zum schulischen Alltag, nicht jedoch in der Art und dem Ausmaß, wie sich gewalttätige Vorfälle in der jüngsten Zeit ereigneten. Nach einer Statistik des Bundesverbandes der Unfallkassen (BUK) lagen bei ca. 10 % aller gemeldeten Unfälle durch Gewaltanwendung bedingte Verletzungen vor. Damit sind jedoch die Fälle nicht erfasst, wo verba-

le Gewalt in Form von Beleidigung, Erpressung oder Mobbing zu psychischen Schäden führte.

Im Rahmen ihres Präventionsauftrages haben mehrere Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand Maßnahmen zur Gewaltprävention an Schulen angeregt und einschlägige Projekte unterstützt. So führte der Bayerische Gemeindeunfallversicherungsverband in Zusammenarbeit mit dem „Seminar Bayern für Verkehrs- und Sicherheitserziehung“, einer Einrichtung des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus, Seminare für ca. 150 Fachberater für Verkehrserziehung und Unfallverhütung bzw. für Sicherheitsangelegenheiten aus allen Schularten durch. Dabei wurden unter Mitwirkung einer Vertreterin des Bayerischen Landeskriminalamtes und eines Vertreters einer Videoüberwachungsfirma insbesondere die Themen Gewaltbegriff, Arten von Gewalt, Ursachen von Gewalt, Präventionsmöglichkeiten, Krisenintervention und mögliche Zusammenarbeit mit außerschulischen Organisationen wie z. B. Polizei, Jugendamt behandelt. Weitere Schwerpunkte der Arbeit waren die Information der Schulen durch Veröffentlichungen und die Mitwirkung bei der Ausarbeitung der „Empfehlungen zur Erstellung von Sicherheitskonzepten für Schulen“ des Kultusministeriums.

Die Unfallkasse Baden-Württemberg fördert in 32 Schulen die Aktion „RESPEKT – Aktion gewaltfreie Schule“ Hierbei handelt es sich um eine offene Plattform, unter der bereits bestehende Präventionsarbeit integriert und neue schulinterne und schulübergreifende Projekte und Aktionen initiiert werden sollen. Voraussetzung sind die entwickelten Kriterien, die auf den beiden Ebenen Kommune und Schule zum Tragen kommen müssen. Auf kommunaler Ebene muss eine Steuerungsgruppe für die schulübergreifende Koordination von Respekt gebildet werden. Ihre Aufgabe ist die Planung und Organisation von schulübergreifenden Veranstaltungen und Rahmenprogrammen, die Verwaltung und Akquisition von Finanzen, die fachliche Unterstützung und Begleitung der ModeratorInnen, Öffentlichkeitsarbeit sowie die Leitung der Arbeitskreise. Auf schulischer Ebene ist ein Kontaktteam, bestehend aus Schulleitung, LehrerInnen, Eltern und SchülerInnen gebildet. Die Aufgaben des Kontaktteams sind die Bestandsaufnahme des Ist-Zustandes in der Schule, die Entwicklung von Maßnahmen und die Koordination dieser Maßnahmen an der Schule.

Weiterführende Informationen zu diesem Thema:
Bayerischer GUVV

Unfallkasse Baden-Württemberg: www.respekt-info.de/start.html

Überblick über das Schülerunfallgeschehen 2005

	2005	gegenüber 2004
Schüler, Studenten, Kinder in Kindertageseinrichtungen/ Kindertagespflege		
	17.373.585	-0,2 %
Meldepflichtige Schulunfälle.....		
	1.290.782	-2,9 %
Meldepflichtige Schulwegunfälle		
	124.650	-2,4 %
Tödliche Unfälle		
	81	-4,7 %
<i>während der Schulzeit</i>		
	<i>9</i>	<i>+50,0 %</i>
<i>auf dem Schulweg</i>		
	<i>72</i>	<i>-8,9 %</i>
Kosten der gesetzlichen Schülerunfallversicherung ohne Präventionsausgaben und ohne Verwaltungskosten.....		
	412 Mio. €	+1,1 %

2. Unfallgeschehen

Im Berichtszeitraum 2002 bis 2005 ist die Anzahl der Schülerunfälle (Schul- und Schulwegunfälle) von 1.565.562 auf 1.415.432 um 9,6 % gesunken, während sich im selben Zeitraum die Anzahl der in der Schülerunfallversicherung Versicherten um nur 0,6 % auf 17.373.585 verringert hat. Die Häufigkeit von Schülerunfällen pro 1.000 Schüler nahm somit von 89,6 auf 81,5 ab (ein Rückgang um 9,0 %). Der Rückgang der Unfallhäufigkeit betrifft sowohl Schulunfälle als auch Schulwegunfälle. Die sogenannte 1.000-Mann-Quote der Schulunfälle nahm von 81,6 auf 74,3 ab, während die Quote bei den Schulwegunfällen in diesem Zeitraum von 8,0 auf 7,2 sank. Diese erfreuliche Entwicklung war auch bei den tödlichen Schülerunfällen zu verzeichnen. 30 tödliche Schülerunfälle weniger ereigneten sich im Jahr 2005 (81) als im Vergleichsjahr 2002 (111).

Unfallschwerpunkte im schulischen Bereich sind der Schulsport (ca. 45 % aller Schulunfälle) und der Pausenbereich (ca. 25 % aller Schulunfälle). Diese Anteile haben sich im Berichtszeitraum kaum verändert.

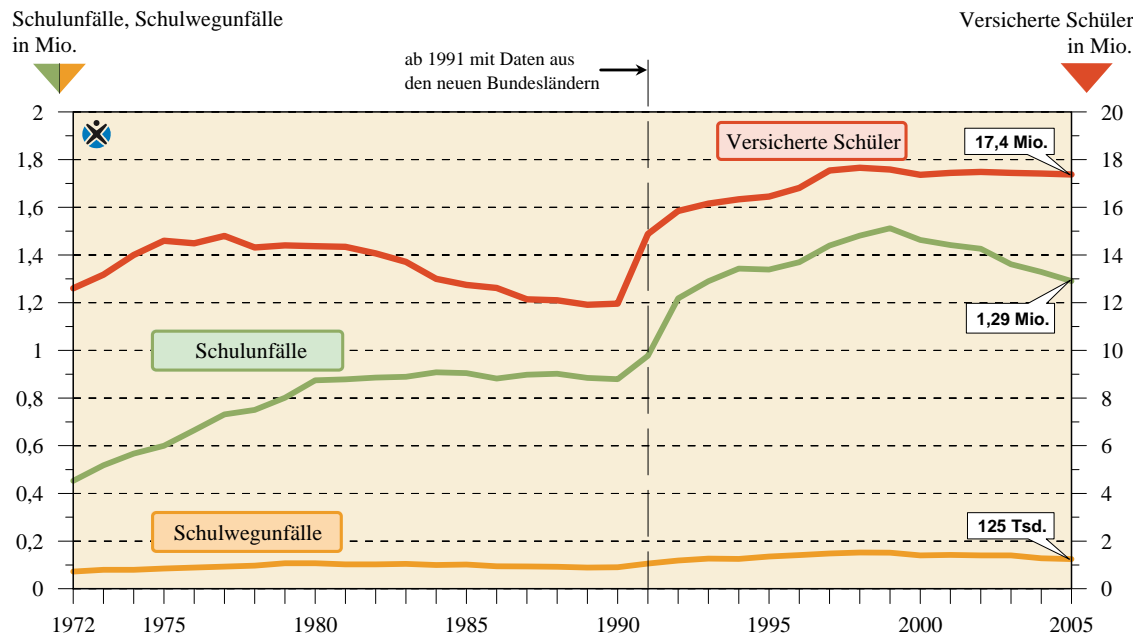
Während des Sportunterrichts ereignen sich die meisten Unfälle beim Ballspiel (56,7 % aller Sportunfälle).

Etwa zwei Drittel der Pausenunfälle passieren auf dem Schulhof. Meistens verletzen sich die Schülerinnen und Schüler durch Stürze beim Rennen, Nachlaufen und Fangenspielen. 15,1 % der Pausenunfälle sind durch Rangeleien verursacht, an denen Jungen überproportional häufig vertreten sind.

Bei den Unfällen im Unterricht (außer Sport) entfallen 42,9 % auf den Kindergartenbetrieb. Es folgen allgemeiner Unterricht und Technik-/Werkunterricht. Im Kindergartenbetrieb und im allgemeinen Unterricht handelt es sich überwiegend um Anstoß- und Hinfall-Unfälle. Die Unfälle im Technik-/Werkunterricht stehen in Verbindung mit der Benutzung von Werkzeugen und Maschinen, die häufigsten Verletzungsarten sind Prellungen und Oberflächenverletzungen der Haut.

Abbildung H 1

**Versicherte Schüler, meldepflichtige Unfälle, Schulunfälle und Schulwegunfälle
– von 1972 bis 2005 –**



TS 4

T Tabellenteil



Tabelle TA 1

**Erwerbstätige nach Wirtschaftszweigen
in den Jahren 2003 bis 2005**

Wirtschaftszweige ¹⁾		Erwerbstätige in 1.000			Veränderungen			
		2005	2004	2003	von 2005 zu 2004		von 2004 zu 2003	
					absolut	%	absolut	%
1		2	3	4	5	6	7	8
A, B	Land-, Forstwirtschaft, Fischerei.....	850	873	880	-23	-2,6	-7	-0,8
C, D, E	Produzierendes Gewerbe ohne Baugewerbe.....	7.883	8.019	8.139	-136	-1,7	-120	-1,5
F	Baugewerbe.....	2.165	2.254	2.322	-89	-3,9	-68	-2,9
G, H, I	Handel und Gastgewerbe und Verkehr.....	9.764	9.797	9.717	-33	-0,3	+80	+0,8
J, K	Finanzierung, Vermietung und Unternehmensdienstleister..	6.399	6.298	6.127	+101	+1,6	+171	+2,8
L - Q	Öffentliche und private Dienstleistungen.....	11.762	11.634	11.539	+128	+1,1	+95	+0,8
Gesamt.....		38.823	38.875	38.724	-52	-0,1	+151	+0,4
Männer.....		21.378	21.456	21.407	-78	-0,4	+49	+0,2
Frauen.....		17.446	17.419	17.317	+27	+0,2	+102	+0,6

Quelle: Jahresdurchschnittszahlen für das Bundesgebiet berechnet vom Hessischen Statistischen Landesamt, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
1) Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 1993 (WZ 93), NACE Rev.1

Tabelle TA 2

**Erwerbstätige nach Stellung im Beruf
in den Jahren 2003 bis 2005**

Stellung im Beruf	Erwerbstätige in 1.000			Veränderungen			
	2005	2004	2003	von 2005 zu 2004		von 2004 zu 2003	
				absolut	%	absolut	%
1	2	3	4	5	6	7	8
Selbstständige einschließlich mithelfenden Familienangehörigen.....	4.356	4.222	4.073	+134	+3,2	+149	+3,7
Arbeitnehmer.....	34.467	34.653	34.651	-186	-0,5	+2	0,0
Gesamt	38.823	38.875	38.724	-52	-0,1	+151	+0,4

Quelle: Jahresdurchschnittszahlen für das Bundesgebiet berechnet vom Hessischen Statistischen Landesamt



**Bevölkerung, Erwerbstätige und Erwerbstätigenquoten nach Alter
in den Jahren 2003 bis 2005**

Alter	Altersgruppe 15 - 65 Jahre								
	Bevölkerung in 1.000			Erwerbstätige in 1.000			Erwerbstätigenquote in %		
von ... bis unter ... Jahren	2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15 - 20	4.921	4.695	4.664	1.343	1.315	1.354	27,3	28,0	29,0
<i>Männer</i>	2.551	2.410	2.399	773	758	769	30,3	31,5	32,1
<i>Frauen</i>	2.370	2.285	2.265	570	557	585	24,1	24,4	25,8
20 - 25	4.916	4.715	4.710	3.096	3.044	3.136	63,0	64,6	66,6
<i>Männer</i>	2.525	2.416	2.412	1.640	1.601	1.651	64,9	66,3	68,4
<i>Frauen</i>	2.390	2.300	2.298	1.456	1.443	1.485	60,9	62,7	64,6
25 - 30	4.807	4.448	4.408	3.556	3.392	3.387	74,0	76,3	76,8
<i>Männer</i>	2.444	2.261	2.247	1.920	1.814	1.812	78,6	80,2	80,6
<i>Frauen</i>	2.364	2.186	2.161	1.636	1.578	1.575	69,2	72,2	72,9
30 - 35	5.091	5.226	5.595	4.090	4.388	4.715	80,3	84,0	84,3
<i>Männer</i>	2.591	2.653	2.856	2.327	2.442	2.622	89,8	92,0	91,8
<i>Frauen</i>	2.500	2.573	2.739	1.763	1.946	2.093	70,5	75,6	76,4
35 - 40	6.665	6.697	6.876	5.615	5.800	5.899	84,2	86,6	85,8
<i>Männer</i>	3.395	3.407	3.501	3.141	3.225	3.285	92,5	94,7	93,8
<i>Frauen</i>	3.270	3.290	3.375	2.474	2.575	2.614	75,7	78,3	77,5
40 - 45	7.212	6.852	6.683	6.196	6.001	5.797	85,9	87,6	86,7
<i>Männer</i>	3.668	3.498	3.415	3.370	3.279	3.175	91,9	93,7	93,0
<i>Frauen</i>	3.544	3.355	3.268	2.826	2.722	2.622	79,7	81,1	80,2
45 - 50	6.138	6.025	5.899	5.198	5.188	5.031	84,7	86,1	85,3
<i>Männer</i>	3.063	3.038	2.960	2.755	2.788	2.698	89,9	91,8	91,1
<i>Frauen</i>	3.075	2.987	2.939	2.443	2.400	2.333	79,4	80,3	79,4
50 - 55	5.591	5.671	5.628	4.461	4.564	4.466	79,8	80,5	79,4
<i>Männer</i>	2.751	2.807	2.775	2.359	2.442	2.403	85,8	87,0	86,6
<i>Frauen</i>	2.841	2.864	2.853	2.102	2.122	2.063	74,0	74,1	72,3
55 - 60	4.803	4.680	4.637	3.226	3.115	2.979	67,2	66,6	64,2
<i>Männer</i>	2.392	2.356	2.335	1.812	1.781	1.722	75,7	75,6	73,7
<i>Frauen</i>	2.410	2.324	2.302	1.414	1.334	1.257	58,7	57,4	54,6
60 - 65	4.987	5.762	5.959	1.490	1.577	1.490	29,9	27,4	25,0
<i>Männer</i>	2.450	2.842	2.925	931	1.016	974	38,0	35,7	33,3
<i>Frauen</i>	2.537	2.920	3.034	559	561	516	22,0	19,2	17,0
Gesamt									
15 - 65	55.131	54.771	55.059	38.271	38.384	38.254	69,4	70,1	69,5
<i>Männer</i>	27.830	27.688	27.825	21.028	21.146	21.111	75,6	76,4	75,9
<i>Frauen</i>	27.301	27.084	27.234	17.243	17.238	17.143	63,2	63,6	62,9

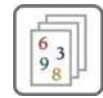
Quelle: Jahresdurchschnittszahlen für das Bundesgebiet berechnet vom Hessischen Statistischen Landesamt, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
Rundungsfehler



Tabelle TA 4

**Erwerbstätige nach Berufsgruppen
in den Jahren 2003 bis 2005**

Berufsgruppen ¹⁾		Erwerbstätige in 1.000			Veränderungen			
		2005	2004	2003	von 2005 zu 2004		von 2004 zu 2003	
					absolut	%	absolut	%
1	2	3	4	5	6	7	8	
01 - 06	Berufe der Landwirtschaft.....	995	976	1.021	+19	+1,9	-45	-4,4
07, 08	Bergleute, Mineralgewinner.....	84	70	74	+14	+20,0	-4	-5,4
10, 11	Berufe der Steinbearbeitung.....	32	34	32	-2	-5,9	+2	+6,3
12, 13	Keramik-, Glasberufe.....	44	44	48	0	0,0	-4	-8,3
14, 15	Chemie-, Kunststoffberufe.....	250	240	243	+10	+4,2	-3	-1,2
16, 17	Berufe in der Papierherstellung....	201	208	208	-7	-3,4	0	0,0
18	Berufe in der Holzbearbeitung.....	52	39	35	+13	+33,3	+4	+11,4
19, 20	Berufe in der Metallerzeugung.....	518	508	509	+10	+2,0	-1	-0,2
21 - 30	Metall- und Maschinenbauberufe.	2.369	2.452	2.445	-83	-3,4	+7	+0,3
31	Elektroberufe.....	812	829	845	-17	-2,1	-16	-1,9
32	Montierer/Montiererinnen.....	250	209	196	+41	+19,6	+13	+6,6
33 - 36	Textil- und Bekleidungsberufe.....	141	150	162	-9	-6,0	-12	-7,4
37	Berufe in der Lederherstellung....	39	35	35	+4	+11,4	0	0,0
39 - 43	Ernährungsberufe.....	887	885	885	+2	+0,2	0	0,0
44, 46, 47	Hoch-, Tiefbauberufe.....	602	607	656	-5	-0,8	-49	-7,5
48, 49	Ausbauberufe, Polsterer.....	432	426	459	+6	+1,4	-33	-7,2
50	Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung.....	347	359	379	-12	-3,3	-20	-5,3
51	Maler, Lackierer.....	312	315	328	-3	-1,0	-13	-4,0
52	Warenprüfer.....	433	484	451	-51	-10,5	+33	+7,3



**Erwerbstätige nach Berufsgruppen
in den Jahren 2003 bis 2005**

Berufsgruppen ¹⁾		Erwerbstätige in 1.000			Veränderungen			
		2005	2004	2003	von 2005 zu 2004		von 2004 zu 2003	
					absolut	%	absolut	%
1	2	3	4	5	6	7	8	
53	Hilfsarbeiter	520	566	576	-46	-8,1	-10	-1,7
54, 55	Maschinen (anderweitig nicht genannt)	424	493	489	-69	-14,0	+4	+0,8
60, 61	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker	1.170	1.134	1.138	+36	+3,2	-4	-0,4
62 - 65	Techniker	1.414	1.397	1.371	+17	+1,2	+26	+1,9
66 - 68	Warenkaufleute	3.323	3.279	3.230	+44	+1,3	+49	+1,5
69, 70	Dienstleistungskaufleute	1.544	1.510	1.541	+34	+2,3	-31	-2,0
71 - 74	Verkehrsberufe	2.309	2.368	2.306	-59	-2,5	+62	+2,7
75 - 78	Verwaltungs-, Büroberufe	7.809	8.023	7.977	-214	-2,7	+46	+0,6
79 - 81	Ordnungs- und Sicherheitsberufe .	1.483	1.490	1.469	-7	-0,5	+21	+1,4
82, 83	Schriftschaffende, künstlerische Berufe	690	671	637	+19	+2,8	+34	+5,3
84, 85	Gesundheitsdienstberufe	2.580	2.576	2.535	+4	+0,2	+41	+1,6
86, 89	Sozial- und Erziehungsberufe	3.294	3.237	3.163	+57	+1,8	+74	+2,3
90 - 93	Sonstige Dienstleistungsberufe	2.769	2.616	2.587	+153	+5,8	+29	+1,1
97 - 99	Sonstige Arbeitskräfte	694	645	694	+49	+7,6	-49	-7,1
Gesamt		38.823	38.875	38.724	-52	-0,1	+151	+0,4

Quelle: Jahresdurchschnittszahlen für das Bundesgebiet berechnet vom Hessischen Statistischen Landesamt, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

1) Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992



Tabelle TA 5

Zahl der Betriebe und ihre Beschäftigten nach Betriebsgrößenklassen und Wirtschaftsgruppen in Deutschland

Code	Wirtschaftszweige ¹⁾ von ... bis ... Beschäftigte	Betriebe			Beschäftigte ²⁾		
		2005 ³⁾	2004 ⁴⁾	Veränd. in %	2005 ³⁾	2004 ⁴⁾	Veränd. in %
1	2	3	4	5	6	7	8
A, B	Land-, Forstwirtschaft, Fischerei	64.351	64.165	+0,3	304.155	313.943	-3,1
	1 - 5	52.119	51.822	+0,6	95.812	95.376	+0,5
	6 - 9	5.337	5.309	+0,5	38.437	38.310	+0,3
	10 - 19	4.081	4.116	-0,9	54.447	55.036	-1,1
	20 - 49*	2.250	2.295	-2,0	65.984	66.934	-1,4
	50 - 99*	440	460	-4,3	29.092	30.454	-4,5
	100 - 199	108	109	-0,9	14.230	14.543	-2,2
	200 - 499	13	32	-59,4	3.604	9.051	-60,2
	500 - 999*	*	5		*	3.568	
	1000 und mehr*	*	0		*	0	
C, D, E	Produzierendes Gewerbe ohne Baugewerbe	225.648	230.361	-2,0	7.012.419	7.143.674	-1,8
	1 - 5	117.787	119.776	-1,7	280.660	286.232	-1,9
	6 - 9	30.620	31.503	-2,8	223.242	229.371	-2,7
	10 - 19	30.572	31.489	-2,9	416.437	428.241	-2,8
	20 - 49	24.001	24.580	-2,4	740.844	757.988	-2,3
	50 - 99	10.413	10.569	-1,5	724.240	734.775	-1,4
	100 - 199	6.295	6.430	-2,1	876.359	898.929	-2,5
	200 - 499	4.187	4.185	0,0	1.277.747	1.282.394	-0,4
	500 - 999	1.143	1.171	-2,4	779.415	793.985	-1,8
	1000 und mehr	630	658	-4,3	1.693.475	1.731.759	-2,2
F	Baugewerbe	209.496	215.280	-2,7	1.541.416	1.643.965	-6,2
	1 - 5	142.451	143.147	-0,5	333.355	338.631	-1,6
	6 - 9	30.579	32.465	-5,8	220.732	234.421	-5,8
	10 - 19	22.686	24.672	-8,0	301.063	327.403	-8,0
	20 - 49	10.262	11.220	-8,5	299.767	328.434	-8,7
	50 - 99	2.381	2.558	-6,9	161.668	173.876	-7,0
	100 - 199	838	890	-5,8	113.218	120.170	-5,8
	200 - 499	258	284	-9,2	77.213	83.422	-7,4
	500 - 999	31	34	-8,8	20.103	22.082	-9,0
	1000 und mehr	10	10	0,0	14.297	15.526	-7,9
G, H, I	Handel, Gastgewerbe und Verkehr	677.212	688.580	-1,7	6.126.842	6.169.102	-0,7
	1 - 5	476.594	486.056	-1,9	1.017.104	1.037.126	-1,9
	6 - 9	80.616	82.101	-1,8	581.463	591.971	-1,8
	10 - 19	63.056	63.434	-0,6	843.883	848.387	-0,5
	20 - 49	38.078	38.169	-0,2	1.139.432	1.142.063	-0,2
	50 - 99	11.530	11.503	+0,2	786.255	785.941	0,0
	100 - 199*	4.498	4.769	-5,7	613.696	650.121	-5,6
	200 - 499	1.997	2.018	-1,0	586.307	588.346	-0,3
	500 - 999*	374	381	-1,8	250.937	251.863	-0,4
	1000 und mehr*	125	134	-6,7	249.355	259.780	-4,0



Zahl der Betriebe und ihre Beschäftigten nach Betriebsgrößenklassen und Wirtschaftsgruppen in Deutschland

Code	Wirtschaftszweige ¹⁾ von ... bis ... Beschäftigte	Betriebe			Beschäftigte ²⁾		
		2005 ³⁾	2004 ⁴⁾	Veränd. in %	2005 ³⁾	2004 ⁴⁾	Veränd. in %
1	2	3	4	5	6	7	8
J, K	Finanzierung, Vermietung und Unternehmensdienstleister	383.954	384.129	0,0	4.211.907	4.174.442	+0,9
	1 - 5	284.405	284.463	0,0	548.686	549.331	-0,1
	6 - 9	36.717	36.804	-0,2	265.418	265.462	0,0
	10 - 19	29.764	29.881	-0,4	398.661	400.955	-0,6
	20 - 49	18.733	18.946	-1,1	568.984	577.082	-1,4
	50 - 99	7.577	7.417	+2,2	525.846	513.988	+2,3
	100 - 199	4.055	3.987	+1,7	560.027	544.944	+2,8
	200 - 499	2.003	1.942	+3,1	593.998	580.789	+2,3
	500 - 999	476	470	+1,3	322.108	319.927	+0,7
	1000 und mehr	224	219	+2,3	428.179	421.964	+1,5
L-Q	Öffentliche und private Dienstleistungen	468.364	471.128	-0,6	6.977.786	7.075.001	-1,4
	1 - 5	327.484	330.017	-0,8	753.813	762.495	-1,1
	6 - 9	54.714	54.577	+0,3	391.319	390.247	+0,3
	10 - 19	37.259	37.126	+0,4	496.751	495.001	+0,4
	20 - 49*	25.756	25.934	-0,7	793.108	799.386	-0,8
	50 - 99*	12.010	12.110	-0,8	836.876	844.973	-1,0
	100 - 199	6.052	6.095	-0,7	826.971	836.067	-1,1
	200 - 499	3.476	3.639	-4,5	1.062.000	1.111.513	-4,5
	500 - 999*	1.087	1.065	+2,1	745.924	730.645	+2,1
	1000 und mehr*	525	537	-2,2	1.070.964	1.087.329	-1,5
	Übrige (keine WZ Angabe)	1.687	1.814	-7,0	3.741	3.855	-3,0
	1 - 5	1.602	1.729	-7,3	2.015	2.095	-3,8
	6 - 9	34	37	-8,1	234	262	-10,7
	10 - 19	23	20	+15,0	295	259	+13,9
	20 - 49	21	21	0,0	676	597	+13,2
	50 - 99*	*	4		*	287	
	100 - 199*	*	3		*	355	
	200 - 499	0	0		0	0	
	500 - 999	0	0		0	0	
	1000 und mehr	0	0		0	0	
A-Q und Übrige	Durchschnitt	2.030.712	2.055.457	-1,2	26.178.266	26.523.982	-1,3
	1 - 5	1.402.442	1.417.010	-1,0	3.031.445	3.071.286	-1,3
	6 - 9	238.617	242.796	-1,7	1.720.845	1.750.044	-1,7
	10 - 19	187.441	190.738	-1,7	2.511.537	2.555.282	-1,7
	20 - 49	119.101	121.189	-1,7	3.608.795	3.673.170	-1,8
	50 - 99*	44.358	44.626	-0,6	3.064.424	3.084.619	-0,7
	100 - 199*	22.176	22.283	-0,5	3.049.218	3.065.129	-0,5
	200 - 499	11.934	12.100	-1,4	3.600.869	3.655.515	-1,5
	500 - 999	3.125	3.150	-0,8	2.127.593	2.138.775	-0,5
	1000 und mehr	1.518	1.565	-3,0	3.463.540	3.530.162	-1,9

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

1) Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 1993 (WZ93), NACE Rev.1

2) sozialversicherungspflichtig

3) Stichtag 30.06.2005, vorläufig

4) Stichtag 30.06.2004, vorläufig

* Differenz in der Addition für den Wirtschaftszweig, weil in den mit * gekennzeichneten Betriebsgrößenklassen niedrige Häufigkeiten aus Gründen des Datenschutzes nicht ausgewiesen sind.



Tabelle TA 6

**Bevölkerung, Erwerbstätige und Erwerbstätigenquoten nach Bundesländern
in den Jahren 2003 bis 2005**

Bundesland	Altersgruppe 15 - 65 Jahre								
	Bevölkerung in 1.000			Erwerbstätige in 1.000			Erwerbstätigenquote in %		
	2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Baden-Württemberg	7.152	7.042	7.053	5.303	5.303	5.292	74,1	75,3	75,0
Bayern	8.305	8.264	8.252	6.237	6.230	6.209	75,1	75,4	75,2
Berlin	2.421	2.420	2.412	1.526	1.524	1.514	63,0	63,0	62,8
Brandenburg	1.790	1.781	1.791	1.000	1.007	1.005	55,9	56,5	56,1
Bremen	438	432	433	375	380	381	85,6	88,0	88,0
Hamburg	1.187	1.187	1.203	1.031	1.031	1.026	86,9	86,9	85,3
Hessen	4.067	4.043	4.059	2.982	2.999	2.991	73,3	74,2	73,7
Mecklenburg- Vorpommern	1.197	1.206	1.226	702	705	711	58,6	58,5	58,0
Niedersachsen	5.211	5.182	5.217	3.485	3.503	3.486	66,9	67,6	66,8
Nordrhein-Westfalen	11.912	11.791	11.899	8.316	8.329	8.286	69,8	70,6	69,6
Rheinland-Pfalz	2.668	2.632	2.656	1.751	1.753	1.742	65,6	66,6	65,6
Saarland	688	686	695	499	501	500	72,5	73,0	71,9
Sachsen	2.901	2.903	2.925	1.875	1.900	1.896	64,6	65,4	64,8
Sachsen-Anhalt	1.709	1.735	1.746	983	1.003	1.005	57,5	57,8	57,6
Schleswig-Holstein	1.859	1.835	1.846	1.206	1.208	1.206	64,9	65,8	65,3
Thüringen	1.624	1.633	1.646	995	1.008	1.004	61,3	61,7	61,0
Gesamt	55.131	54.771	55.059	38.271	38.384	38.254	69,4	70,1	69,5

Quelle: Jahresdurchschnittszahlen für das Bundesgebiet berechnet vom Hessischen Statistischen Landesamt, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen



**Beschäftigte Heimarbeiter nach Wirtschaftszweigen
in den Jahren 2003 bis 2005**

Wirtschaftszweige	Heimarbeiter						Veränderungen	
	2005		2004		2003		von 2005 zu 2004	von 2004 zu 2003
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	%	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Chemische und kunststoffverarbeitende Industrie.....	9.632	20,0	10.160	20,1	10.156	19,0	-5,2	0,0
Feinkeramik und Glasgewerbe.....	582	1,2	565	1,1	661	1,2	3,0	-14,5
Eisen-, Metall-, Elektro- und optische Industrie.....	11.650	24,2	13.029	25,8	14.104	26,4	-10,6	-7,6
Musikinstrumente.....	142	0,3	168	0,3	151	0,3	-15,5	+11,3
Spielwaren, Christbaumschmuck, Souvenirs, Festartikel (ausgenommen aus Papier und Pappe).....	2.239	4,7	2.329	4,6	2.733	5,1	-3,9	-14,8
Schmuckwaren.....	975	2,0	864	1,7	943	1,8	12,8	-8,4
Holzverarbeitung.....	2.029	4,2	1.996	3,9	2.389	4,5	1,7	-16,5
Papier- und Pappverarbeitung.....	4.809	10,0	4.862	9,6	4.935	9,2	-1,1	-1,5
Lederverarbeitung.....	715	1,5	842	1,7	928	1,7	-15,1	-9,3
Schuhe.....	1.808	3,8	1.797	3,6	1.709	3,2	0,6	+5,1
Textilindustrie.....	1.374	2,9	1.357	2,7	1.745	3,3	1,3	-22,2
Bekleidung, Wäsche, Heimtextilien.....	3.542	7,4	3.691	7,3	3.906	7,3	-4,0	-5,5
Nahrungs- und Genußmittel.....	92	0,2	88	0,2	62	0,1	4,5	+41,9
Büroheimarbeit.....	5.596	11,6	5.757	11,4	5.877	11,0	-2,8	-2,0
Sonstiges.....	2.898	6,0	3.086	6,1	3.203	6,0	-6,1	-3,7
Gesamt	48.083	100,0	50.591	100,0	53.502	100,0	-5,0	-5,4

Nach Angaben der Ämter für Arbeitsschutz / Gewerbeaufsichtsämter



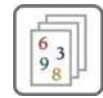
Tabelle TA 8

Abhängig Erwerbstätige (ohne Auszubildende) mit Nachtarbeit in Prozent aller abhängig Erwerbstätigen nach Alter und Geschlecht

Alter	Anteil der abhängig Erwerbstätigen mit Nachtarbeit (Arbeit zwischen 23.00 Uhr und 6.00 Uhr) in %								
	2005			2004			2003		
von ... bis unter ... Jahren	ständig/ regelmäßig	gelegent- lich	gesamt	ständig/ regelmäßig	gelegent- lich	gesamt	ständig/ regelmäßig	gelegent- lich	gesamt
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15 - 25.....	9,5	6,7	16,2	8,3	7,1	15,4	9,3	6,9	16,2
<i>Männer</i>	11,1	9,0	20,5	9,8	9,7	19,4	10,8	9,6	20,4
<i>Frauen</i>	6,8 ¹⁾	3,7 ¹⁾	11,3	6,7	4,3	11,0	7,8	3,8	11,6
25 - 35.....	10,6	6,9	17,5	9,3	6,5	15,8	9,6	6,0	15,6
<i>Männer</i>	13,7	9,2	22,9	12,3	8,6	20,9	12,7	8,2	20,9
<i>Frauen</i>	7,0	4,1	11,1	5,8	4,0	9,8	6,0	3,5	9,5
35 - 45.....	10,0	6,1	16,1	9,0	6,1	15,0	9,3	5,8	15,1
<i>Männer</i>	13,5	8,4	21,9	11,9	8,3	20,3	12,3	7,9	20,2
<i>Frauen</i>	6,0	3,5	9,4	5,5	3,5	9,0	5,9	3,2	9,1
45 - 55.....	8,7	5,4	14,2	7,8	5,3	13,1	7,6	5,1	12,7
<i>Männer</i>	11,9	8,0	19,9	10,4	7,5	17,8	10,2	7,2	17,4
<i>Frauen</i>	5,5	2,8	8,2	5,0	3,0	8,0	4,8	2,7	7,5
55 - 65.....	5,7	4,1	9,8	5,5	4,0	9,4	5,2	4,1	9,3
<i>Männer</i>	7,5	5,9	13,3	6,8	5,8	12,5	6,7	5,5	12,2
<i>Frauen</i>	3,2	1,9	5,4	3,6	1,7	5,2	3,2	2,2	5,4
Gesamt									
15 - 65.....	9,2	5,9	15,2	8,3	5,8	14,1	8,5	5,6	14,1
<i>Männer</i>	12,2	8,2	20,4	10,8	7,9	18,7	11,1	7,7	18,8
<i>Frauen</i>	5,8	3,3	9,1	5,3	3,3	8,7	5,5	3,1	8,6

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus

1) In dieser Altersgruppe sind bei den Frauen nicht alle Werte ausgewiesen. Dadurch kommt es zu großen Differenzen in der Addition der Kategorien.



**Abhängig Erwerbstätige (ohne Auszubildende) mit besonderen zeitlichen Arbeitsbedingungen in Prozent
aller abhängig Erwerbstätigen nach Geschlecht**

Besondere Arbeitszeitbedingungen	Anteil der abhängig Erwerbstätigen in %								
	2005			2004			2003		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Samstagsarbeit.....	46,4	40,1	43,4	42,8	37,9	40,5	42,6	36,8	40,0
<i>ständig / regelmäßig</i>	20,8	25,2	22,9	18,5	22,7	20,5	18,6	22,8	20,6
<i>gelegentlich</i>	25,5	14,9	20,6	24,3	15,2	20,1	24,0	14,0	19,4
Sonn- und/oder Feiertagsarbeit..	26,4	22,4	24,5	23,9	20,3	22,2	24,8	20,4	22,7
<i>ständig / regelmäßig</i>	11,8	12,6	12,2	10,1	11,1	10,6	11,0	11,5	11,2
<i>gelegentlich</i>	14,6	9,7	12,3	13,8	9,2	11,7	13,8	8,9	11,5
Abendarbeit ¹⁾.....	47,0	35,3	41,6	40,9	30,3	36,0	40,4	29,3	35,3
<i>ständig / regelmäßig</i>	25,7	22,1	24,0	21,7	18,4	20,2	22,0	18,3	20,3
<i>gelegentlich</i>	21,3	13,2	17,5	19,2	11,9	15,8	18,4	11,0	15,0
Schichtarbeit.....	18,4	13,2	16,0	17,5	12,4	15,2	18,2	12,7	15,6
<i>ständig / regelmäßig</i>	16,8	12,1	14,6	15,6	11,3	13,6	16,1	11,5	14,0
<i>gelegentlich</i>	1,6	1,1	1,3	1,9	1,1	1,5	2,1	1,2	1,6

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus
1) zwischen 18 und 23 Uhr



Tabelle TA 10

**Vollarbeiter, Versicherte, Versicherungsverhältnisse in 1.000, Arbeitsstunden in Mio.
in den Jahren 2003 bis 2005**

1	2005	2004	2003	Veränderung in %	
				von 2005 zu 2004	von 2004 zu 2003
				5	6
Vollarbeiter.....	36.282,3	36.894,3	36.389,0	-1,7	+1,4
Gewerbliche					
Berufsgenossenschaften.....	29.445,3	30.208,2	29.662,7	-2,5	+1,8
Landwirtschaftliche					
Berufsgenossenschaften.....	1.867,1	1.909,0	1.981,3	-2,2	-3,6
Unfallversicherungsträger					
der öffentlichen Hand.....	4.969,9	4.777,1	4.745,0	+4,0	+0,7
Versicherte.....	57.760,8	57.803,3	57.355,9	-0,1	+0,8
Gewerbliche					
Berufsgenossenschaften.....	42.532,2	42.659,6	42.164,7	-0,3	+1,2
Landwirtschaftliche					
Berufsgenossenschaften.....	3.682,5	4.202,8	4.277,6	-12,4	-1,7
Unfallversicherungsträger					
der öffentlichen Hand.....	11.546,2	10.940,9	10.913,7	+5,5	+0,2
Versicherungsverhältnisse.....	77.199,9	77.357,1	76.029,1	-0,2	+1,7
Gewerbliche					
Berufsgenossenschaften.....	55.283,7	55.417,5	54.249,9	-0,2	+2,2
Landwirtschaftliche					
Berufsgenossenschaften.....	3.682,5	4.202,8	4.277,6	-12,4	-1,7
Unfallversicherungsträger					
der öffentlichen Hand ¹⁾	18.233,7	17.736,9	17.501,6	+2,8	+1,3
Arbeitsstunden in Mio.					
Gewerbliche					
Berufsgenossenschaften.....	46.229,2	47.728,9	45.384,0	-3,1	+5,2
Unfallversicherungsträger					
der öffentlichen Hand.....	7.802,7	7.132,1	7.259,8	+9,4	-1,8

1) ohne Schüler, einschließlich Pflegepersonal (SGB VII § 2 Nr. 17)



**Meldepflichtige Unfälle (Arbeitsunfälle und Wegeunfälle)
in den Jahren 2003 bis 2005**

Unfallart	2005	2004	2003	Veränderung			
				von 2005 zu 2004		von 2004 zu 2003	
				absolut	%	absolut	%
1	2	3	4	5	6	7	8
Meldepflichtige Arbeitsunfälle.....	1.029.520	1.088.672	1.142.775	-59.152	-5,4	-54.103	-4,7
davon:							
Gewerbliche							
Berufsgenossenschaften.....	801.834	841.447	871.145	-39.613	-4,7	-29.698	-3,4
Landwirtschaftliche							
Berufsgenossenschaften.....	97.588	103.262	109.778	-5.674	-5,5	-6.516	-5,9
Unfallversicherungsträger							
der öffentlichen Hand.....	130.098	143.963	161.852	-13.865	-9,6	-17.889	-11,1
Meldepflichtige Wegeunfälle.....	187.830	190.876	202.745	-3.046	-1,6	-11.869	-5,9
davon:							
Gewerbliche							
Berufsgenossenschaften.....	151.641	151.330	158.301	+311	+0,2	-6.971	-4,4
Landwirtschaftliche							
Berufsgenossenschaften.....	2.684	2.623	3.042	+61	+2,3	-419	-13,8
Unfallversicherungsträger							
der öffentlichen Hand.....	33.505	36.923	41.402	-3.418	-9,3	-4.479	-10,8
Meldepflichtige Arbeits- und Wegeunfälle gesamt.....	1.217.350	1.279.548	1.345.520	-62.198	-4,9	-65.972	-4,9
davon:							
Gewerbliche							
Berufsgenossenschaften.....	953.475	992.777	1.029.446	-39.302	-4,0	-36.669	-3,6
Landwirtschaftliche							
Berufsgenossenschaften.....	100.272	105.885	112.820	-5.613	-5,3	-6.935	-6,1
Unfallversicherungsträger							
der öffentlichen Hand.....	163.603	180.886	203.254	-17.283	-9,6	-22.368	-11,0



Tabelle TB 2

**Neue Unfallrenten (Arbeitsunfälle und Wegeunfälle)
in den Jahren 2003 bis 2005**

Rentenart	2005	2004	2003	Veränderung			
				von 2005 zu 2004		von 2004 zu 2003	
				absolut	%	absolut	%
1	2	3	4	5	6	7	8
Neue Arbeitsunfallrenten.....	23.886	24.954	26.817	-1.068	-4,3	-1.863	-6,9
davon:							
Gewerbliche							
Berufsgenossenschaften.....	17.414	18.138	19.646	-724	-4,0	-1.508	-7,7
Landwirtschaftliche							
Berufsgenossenschaften.....	4.649	4.819	5.083	-170	-3,5	-264	-5,2
Unfallversicherungsträger							
der öffentlichen Hand.....	1.823	1.997	2.088	-174	-8,7	-91	-4,4
Neue Wegeunfallrenten.....	7.124	7.414	7.888	-290	-3,9	-474	-6,0
davon:							
Gewerbliche							
Berufsgenossenschaften.....	6.099	6.272	6.608	-173	-2,8	-336	-5,1
Landwirtschaftliche							
Berufsgenossenschaften.....	123	122	170	+1	+0,8	-48	-28,2
Unfallversicherungsträger							
der öffentlichen Hand.....	902	1.020	1.110	-118	-11,6	-90	-8,1
Neue Arbeits- und Wegeunfallrenten gesamt.....	31.010	32.368	34.705	-1.358	-4,2	-2.337	-6,7
davon:							
Gewerbliche							
Berufsgenossenschaften.....	23.513	24.410	26.254	-897	-3,7	-1.844	-7,0
Landwirtschaftliche							
Berufsgenossenschaften.....	4.772	4.941	5.253	-169	-3,4	-312	-5,9
Unfallversicherungsträger							
der öffentlichen Hand.....	2.725	3.017	3.198	-292	-9,7	-181	-5,7



**Tödliche Unfälle (Arbeitsunfälle und Wegeunfälle)
in den Jahren 2003 bis 2005**

Unfallart	2005	2004	2003	Veränderung			
				von 2005 zu 2004		von 2004 zu 2003	
				absolut	%	absolut	%
1	2	3	4	5	6	7	8
Tödliche Arbeitsunfälle ¹⁾							
gesamt.....	863	949	1.029	-86	-9,1	-80	-7,8
davon im Betrieb am Arbeitsplatz²⁾							
gesamt.....	640	653	734	-13	-2,0	-81	-11,0
davon:							
Gewerbliche Berufsgenossenschaften.....	398	398	484	0	0,0	-86	-17,8
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....	188	216	188	-28	-13,0	+28	+14,9
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....	54	39	62	+15	+38,5	-23	-37,1
davon im Straßenverkehr bei der Arbeit							
gesamt.....	223	296	295	-73	-24,7	+1	+0,3
davon:							
Gewerbliche Berufsgenossenschaften.....	191	247	251	-56	-22,7	-4	-1,6
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....	19	19	20	0	0,0	-1	-5,0
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....	13	30	24	-17	-56,7	+6	+25,0
Tödliche Wegeunfälle							
gesamt.....	572	575	695	-3	-0,5	-120	-17,3
davon:							
Gewerbliche Berufsgenossenschaften.....	495	497	604	-2	-0,4	-107	-17,7
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....	20	15	15	+5	+33,3	0	0,0
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....	57	63	76	-6	-9,5	-13	-17,1
Tödliche Unfälle							
gesamt.....	1.435	1.524	1.724	-89	-5,8	-200	-11,6
davon:							
Gewerbliche Berufsgenossenschaften.....	1.084	1.142	1.339	-58	-5,1	-197	-14,7
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....	227	250	223	-23	-9,2	+27	+12,1
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....	124	132	162	-8	-6,1	-30	-18,5

1) Tödliche Arbeitsunfälle im Betrieb und im Straßenverkehr

2) inkl. Dienstwegeunfälle, die nicht im Straßenverkehr geschahen



Tabelle TB 4

**Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter
in den Jahren 2003 bis 2005**

Nr. der BG	Berufsgenossenschaft	2005	2004	2003
1	2	3	4	5
1	Bergbau-BG.....	23,6	26,4	26,4
2	Steinbruchs-BG.....	46,6	49,8	50,1
3	BG der keramischen u. Glasindustrie.....	38,6	40,7	43,0
4	BG d. Gas-, Fernwärme- u. Wasserwirtschaft.....	24,4	24,8	25,0
5	Hütten- u. Walzwerks-BG.....	26,6	28,9	27,0
6	Maschinenbau- u. Metall-BG.....	46,0	47,4	48,8
7	Norddeutsche Metall-BG.....	40,7	44,7	44,7
8	BG Metall-Süd.....	40,0	43,9	42,2
10	BG der Feinmechanik u. Elektrotechnik.....	16,1	17,2	17,7
11	BG der chemischen Industrie.....	14,9	15,7	16,7
12	Holz-BG.....	62,0	65,5	68,1
14	Papiermacher-BG.....	31,1	32,0	33,7
15	BG Druck u. Papierverarbeitung.....	24,8	25,0	24,7
16	Lederindustrie-BG.....	29,7	30,1	33,1
17	Textil- u. Bekleidungs-BG.....	20,3	21,2	21,7
18	BG Nahrungsmittel u. Gaststätten.....	45,2	46,1	45,7
19	Fleischerei-BG.....	70,9	74,7	79,6
20	Zucker-BG.....	10,6	11,7	11,5
21	BG der Bauwirtschaft.....	67,0	70,3	73,1
29	Großhandels- u. Lagerei-BG.....	24,5	25,2	30,3
30	BG für den Einzelhandel.....	24,5	25,6	24,3
31	Verwaltungs-BG.....	14,9	15,1	15,1
32	BG der Straßen-, U-Bahnen u. Eisenbahnen.....	38,9	39,5	36,9
33	BG für Fahrzeughaltungen.....	42,2	42,3	44,9
34	See-BG.....	12,4	14,0	14,4
36	BG für Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege.....	13,0	11,1	11,9
Gewerbliche Berufsgenossenschaften		27,2	27,9	29,4
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....		52,3	54,1	55,4
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....		26,2	30,1	34,1
Unfallversicherungsträger gesamt.....		28,4	29,5	31,4



**Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1 Mio. Arbeitsstunden
in den Jahren 2003 bis 2005**

Nr. der BG	Berufsgenossenschaft ¹⁾	2005	2004	2003
1	2	3	4	5
1	Bergbau-BG	15,0	16,7	17,2
2	Steinbruchs-BG	29,7	31,5	32,7
3	BG der keramischen u. Glasindustrie	24,6	25,8	28,1
4	BG d. Gas-, Fernwärme- u. Wasserwirtschaft	15,6	15,7	16,3
5	Hütten- u. Walzwerks-BG	16,9	18,3	17,6
6	Maschinenbau- u. Metall-BG	29,3	30,0	31,9
7	Norddeutsche Metall-BG	25,9	28,3	29,2
8	BG Metall-Süd	25,4	27,8	27,6
10	BG der Feinmechanik u. Elektrotechnik	10,2	10,9	11,5
11	BG der chemischen Industrie	9,5	9,9	10,9
12	Holz-BG	39,5	41,4	44,5
14	Papiermacher-BG	19,8	20,3	22,0
15	BG Druck u. Papierverarbeitung	15,8	15,9	16,1
16	Lederindustrie-BG	18,9	19,0	21,6
17	Textil- u. Bekleidungs-BG	12,9	13,4	14,2
18	BG Nahrungsmittel u. Gaststätten	28,8	29,2	29,9
19	Fleischerei-BG	45,2	47,3	52,0
20	Zucker-BG	6,8	7,4	7,5
21	BG der Bauwirtschaft	42,6	44,5	47,8
29	Großhandels- u. Lagerei-BG	15,6	15,9	19,8
30	BG für den Einzelhandel	15,6	16,2	15,9
31	Verwaltungs-BG	9,5	9,5	9,8
32	BG der Straßen-, U-Bahnen u. Eisenbahnen	24,8	25,0	24,2
33	BG für Fahrzeughaltungen	26,9	26,8	29,3
34	See-BG	7,9	8,9	9,4
36	BG für Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege	8,3	7,1	7,8
Gewerbliche Berufsgenossenschaften		17,3	17,6	19,2
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....		16,7	20,2	22,3

1) Ohne Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften



Tabelle TB 6

**Neue Arbeitsunfallrenten je 1.000 Vollarbeiter
in den Jahren 2003 bis 2005**

Nr. der BG	Berufsgenossenschaft	2005	2004	2003
1	2	3	4	5
1	Bergbau-BG.....	2,8	3,0	3,0
2	Steinbruchs-BG.....	1,7	1,9	1,8
3	BG der keramischen u. Glasindustrie.....	1,0	0,9	0,9
4	BG d. Gas-, Fernwärme- u. Wasserwirtschaft.....	0,4	0,4	0,5
5	Hütten- u. Walzwerks-BG.....	1,1	1,1	1,2
6	Maschinenbau- u. Metall-BG.....	0,9	1,0	1,1
7	Norddeutsche Metall-BG.....	0,8	0,8	0,9
8	BG Metall-Süd.....	0,5	0,6	0,6
10	BG der Feinmechanik u. Elektrotechnik.....	0,4	0,4	0,5
11	BG der chemischen Industrie.....	0,5	0,5	0,5
12	Holz-BG.....	1,4	1,3	1,5
14	Papiermacher-BG.....	1,0	1,2	1,2
15	BG Druck u. Papierverarbeitung.....	0,8	0,8	0,8
16	Lederindustrie-BG.....	0,7	0,9	0,9
17	Textil- u. Bekleidungs-BG.....	0,6	0,5	0,6
18	BG Nahrungsmittel u. Gaststätten.....	0,6	0,7	0,7
19	Fleischerei-BG.....	0,7	0,9	0,8
20	Zucker-BG.....	0,8	1,3	1,1
21	BG der Bauwirtschaft.....	1,9	1,9	2,0
29	Großhandels- u. Lagerei-BG.....	0,6	0,7	0,8
30	BG für den Einzelhandel.....	0,5	0,5	0,5
31	Verwaltungs-BG.....	0,2	0,2	0,3
32	BG der Straßen-, U-Bahnen u. Eisenbahnen.....	0,8	0,5	0,7
33	BG für Fahrzeughaltungen.....	1,3	1,5	1,5
34	See-BG.....	0,7	1,0	1,0
36	BG für Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege.....	0,3	0,2	0,3
Gewerbliche Berufsgenossenschaften		0,6	0,6	0,7
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....		2,5	2,5	2,6
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....		0,4	0,4	0,4
Unfallversicherungsträger gesamt.....		0,7	0,7	0,7



**Neue Arbeitsunfallrenten je 1 Mio. Arbeitsstunden
in den Jahren 2003 bis 2005**

Nr. der BG	Berufsgenossenschaft ¹⁾	2005	2004	2003
1	2	3	4	5
1	Bergbau-BG.....	1,8	1,9	1,9
2	Steinbruchs-BG.....	1,1	1,2	1,2
3	BG der keramischen u. Glasindustrie.....	0,7	0,6	0,6
4	BG d. Gas-, Fernwärme- u. Wasserwirtschaft.....	0,3	0,3	0,3
5	Hütten- u. Walzwerks-BG.....	0,7	0,7	0,8
6	Maschinenbau- u. Metall-BG.....	0,6	0,6	0,7
7	Norddeutsche Metall-BG.....	0,5	0,5	0,6
8	BG Metall-Süd.....	0,3	0,4	0,4
10	BG der Feinmechanik u. Elektrotechnik.....	0,3	0,3	0,3
11	BG der chemischen Industrie.....	0,3	0,3	0,3
12	Holz-BG.....	0,9	0,8	1,0
14	Papiermacher-BG.....	0,7	0,8	0,8
15	BG Druck u. Papierverarbeitung.....	0,5	0,5	0,5
16	Lederindustrie-BG.....	0,4	0,6	0,6
17	Textil- u. Bekleidungs-BG.....	0,4	0,3	0,4
18	BG Nahrungsmittel u. Gaststätten.....	0,4	0,4	0,4
19	Fleischerei-BG.....	0,5	0,6	0,5
20	Zucker-BG.....	0,5	0,8	0,7
21	BG der Bauwirtschaft.....	1,2	1,2	1,3
29	Großhandels- u. Lagerei-BG.....	0,4	0,4	0,5
30	BG für den Einzelhandel.....	0,3	0,3	0,3
31	Verwaltungs-BG.....	0,2	0,2	0,2
32	BG der Straßen-, U-Bahnen u. Eisenbahnen.....	0,5	0,3	0,4
33	BG für Fahrzeughaltungen.....	0,8	0,9	1,0
34	See-BG.....	0,5	0,6	0,6
36	BG für Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege.....	0,2	0,2	0,2
Gewerbliche Berufsgenossenschaften		0,4	0,4	0,4
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....		--	--	--
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....		0,2	0,3	0,3

1) Ohne Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften



Tabelle TB 8

**Meldepflichtige Arbeitsunfälle nach Wirtschaftszweigen
2005**

Nr.	Wirtschaftszweig ¹⁾	Geschlecht			
		Männer	Frauen	Geschlecht unbekannt	Gesamt
1	2	3	4	5	6
00	Unbekannter Wirtschaftszweig.....	25.609	7.119	29	32.757
01	Landwirtschaft, gewerbliche Jagd.....	73.647	21.403	---	95.050
02	Forstwirtschaft.....	6.022	378	---	6.399
05	Fischerei und Fischzucht.....	159	43	---	202
10	Kohlebergbau, Torfgewinnung.....	1.363	112	---	1.475
11	Gewinnung von Erdöl und Erdgas, Erbringung damit verbundener Dienstleistungen.....	131	15	---	145
12	Bergbau auf Uran- und Thoriumerze.....	22	---	---	22
13	Erzbergbau.....	16	---	---	16
14	Gewinnung von Steinen und Erden.....	2.231	37	---	2.268
15	Ernährungsgewerbe.....	28.453	14.066	---	42.519
16	Tabakverarbeitung.....	196	60	---	257
17	Textilgewerbe.....	2.213	786	---	3.000
18	Bekleidungs-gewerbe.....	454	543	---	996
19	Ledergewerbe.....	454	283	---	737
20	Holzgewerbe (ohne Herstellung von Möbeln).....	11.325	723	---	12.047
21	Papiergewerbe.....	4.521	702	---	5.223
22	Verlags-gewerbe, Druckerei, Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern.....	6.771	5.659	---	12.430
23	Kokerei, Mineralölverarbeitung, Herstellung und Verarbeitung von Spalt- und Brutstoffen.....	14	---	---	14
24	Chemische Industrie.....	3.370	1.378	---	4.749
25	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren.....	10.216	1.692	---	11.908
26	Glas-gewerbe, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden.....	10.221	744	---	10.965
27	Metallerzeugung und -bearbeitung.....	24.771	733	14	25.518
28	Herstellung von Metallerzeugnissen.....	36.445	2.830	16	39.291
29	Maschinenbau.....	34.179	1.557	30	35.766
30	Herstellung von Büromaschinen, Datenverarbeitungsgeräten und -einrichtungen.....	712	177	---	889
31	Herstellung von Geräten der Elektrizitätserzeugung, -verteilung u.ä.....	2.114	239	---	2.353
32	Rundfunk-, Fernseh- und Nachrichtentechnik.....	---	---	---	---
33	Medizin-, Mess-, Steuer- und Regeltechnik, Optik.....	7.097	1.962	---	9.059
34	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen.....	11.247	986	---	12.234
35	Sonstiger Fahrzeugbau.....	3.098	95	---	3.193
36	Herstellung von Möbeln, Schmuck, Musikinstrumenten, Sportgeräten, Spielwaren und sonstigen Erzeugnissen.....	11.798	1.051	---	12.849
37	Recycling.....	2.449	90	---	2.539
40	Energieversorgung.....	2.220	185	---	2.405
41	Wasserversorgung.....	2.379	277	---	2.656
45	Baugewerbe.....	136.207	3.536	90	139.833



**Meldepflichtige Arbeitsunfälle nach Wirtschaftszweigen
2005**

Nr.	Wirtschaftszweig ¹⁾	Geschlecht			
		Männer	Frauen	Geschlecht unbekannt	Gesamt
1	2	3	4	5	6
50	Kraftfahrzeughandel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen; Tankstellen.....	22.126	1.210	---	23.337
51	Handelsvermittlung und Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen).....	26.967	4.634	---	31.601
52	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen und ohne Tankstellen).....	17.373	22.436	30	39.839
55	Gastgewerbe.....	23.678	19.203	---	42.881
60	Landverkehr, Transport in Rohrfernleitungen.....	44.092	3.222	---	47.315
61	Schifffahrt.....	791	44	---	835
62	Luftfahrt.....	2.727	486	---	3.212
63	Hilfs- und Nebentätigkeiten für den Verkehr, Verkehrsvermittlung.....	14.161	1.184	---	15.346
64	Nachrichtenübermittlung.....	29	44	---	73
65	Kreditgewerbe.....	1.487	2.383	---	3.870
66	Versicherungsgewerbe.....	17.644	22.181	306	40.131
67	Mit dem Kredit- und Versicherungsgewerbe verbundene Tätigkeiten.....	---	89	---	89
70	Grundstücks- und Wohnungswesen.....	518	334	---	852
71	Vermietung beweglicher Sachen ohne Bedienungspersonal.....	198	---	15	212
72	Datenverarbeitung und Datenbanken.....	810	313	15	1.137
73	Forschung und Entwicklung.....	1.091	429	---	1.520
74	Erbringung von Dienstleistungen überwiegend für Unternehmen..	48.696	12.595	190	61.480
75	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung.....	26.655	14.168	---	40.823
80	Erziehung und Unterricht.....	20.681	15.941	118	36.739
85	Gesundheit, Veterinär- und Sozialwesen.....	22.478	43.109	317	65.904
90	Abwasser- und Abfallbeseitigung und sonstige Entsorgung.....	9.117	280	---	9.396
91	Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport).....	4.704	2.562	87	7.354
92	Kultur, Sport und Unterhaltung.....	10.328	2.863	---	13.191
93	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen.....	5.270	4.036	30	9.336
95	Private Haushalte.....	332	900	---	1.232
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften.....	51	---	---	51
	Gesamt	784.124	244.109	1.286	1.029.520

1) Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 1993 (WZ 93), NACE Rev. 1



Tabelle TB 9

**Tödliche Arbeitsunfälle nach Wirtschaftszweigen
2005**

Nr.	Wirtschaftszweig ¹⁾	Geschlecht		
		Männer	Frauen	Gesamt
1	2	3	4	5
00	Unbekannter Wirtschaftszweig.....	21	6	27
01	Landwirtschaft, gewerbliche Jagd.....	173	14	187
02	Forstwirtschaft.....	21	1	22
05	Fischerei und Fischzucht.....	4	---	4
10	Kohlebergbau, Torfgewinnung.....	1	---	1
11	Gewinnung von Erdöl und Erdgas, Erbringung damit verbundener Dienstleistungen.....	1	---	1
12	Bergbau auf Uran- und Thoriumerze.....	---	---	---
13	Erzbergbau.....	1	---	1
14	Gewinnung von Steinen und Erden.....	3	---	3
15	Ernährungsgewerbe.....	11	1	12
16	Tabakverarbeitung.....	---	---	---
17	Textilgewerbe.....	---	---	---
18	Bekleidungs-gewerbe.....	2	---	2
19	Ledergewerbe.....	1	---	1
20	Holzgewerbe (ohne Herstellung von Möbeln).....	11	---	11
21	Papiergewerbe.....	3	---	3
22	Verlags-gewerbe, Druckerei, Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern.....	4	1	5
23	Kokerei, Mineralölverarbeitung, Herstellung und Verarbeitung von Spalt- und Brutstoffen.....	---	---	---
24	Chemische Industrie.....	12	---	12
25	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren.....	2	---	2
26	Glas-gewerbe, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden.....	10	---	10
27	Metallerzeugung und -bearbeitung.....	19	2	21
28	Herstellung von Metallerzeugnissen.....	12	---	12
29	Maschinenbau.....	24	---	24
30	Herstellung von Büromaschinen, Datenverarbeitungsgeräten und -einrichtungen.....	1	---	1
31	Herstellung von Geräten der Elektrizitätserzeugung, -verteilung u.ä.....	2	---	2
32	Rundfunk-, Fernseh- und Nachrichtentechnik.....	---	---	---
33	Medizin-, Mess-, Steuer- und Regeltechnik, Optik.....	4	---	4
34	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen.....	1	---	1
35	Sonstiger Fahrzeugbau.....	1	---	1
36	Herstellung von Möbeln, Schmuck, Musikinstrumenten, Sportgeräten, Spielwaren und sonstigen Erzeugnissen.....	3	---	3
37	Recycling.....	5	---	5
40	Energieversorgung.....	4	---	4
41	Wasserversorgung.....	1	---	1
45	Baugewerbe.....	137	1	138



**Tödliche Arbeitsunfälle nach Wirtschaftszweigen
2005**

Nr.	Wirtschaftszweig ¹⁾	Geschlecht		
		Männer	Frauen	Gesamt
1	2	3	4	5
50	Kraftfahrzeughandel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen; Tankstellen.....	16	---	16
51	Handelsvermittlung und Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen).....	21	3	24
52	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen und ohne Tankstellen).....	13	8	21
55	Gastgewerbe.....	5	3	8
60	Landverkehr, Transport in Rohrfernleitungen.....	122	4	126
61	Schifffahrt.....	3	---	3
62	Luftfahrt.....	2	---	2
63	Hilfs- und Nebentätigkeiten für den Verkehr, Verkehrsvermittlung.....	12	---	12
64	Nachrichtenübermittlung.....	---	---	---
65	Kreditgewerbe.....	---	1	1
66	Versicherungsgewerbe.....	8	12	20
67	Mit dem Kredit- und Versicherungsgewerbe verbundene Tätigkeiten.....	---	---	---
70	Grundstücks- und Wohnungswesen.....	---	---	---
71	Vermietung beweglicher Sachen ohne Bedienungspersonal.....	---	---	---
72	Datenverarbeitung und Datenbanken.....	---	---	---
73	Forschung und Entwicklung.....	1	---	1
74	Erbringung von Dienstleistungen überwiegend für Unternehmen..	37	5	42
75	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung.....	7	2	9
80	Erziehung und Unterricht.....	3	1	4
85	Gesundheit, Veterinär- und Sozialwesen.....	12	6	18
90	Abwasser- und Abfallbeseitigung und sonstige Entsorgung.....	6	---	6
91	Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport).....	3	2	5
92	Kultur, Sport und Unterhaltung.....	4	---	4
93	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen.....	13	3	16
95	Private Haushalte.....	3	1	4
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften.....	---	---	---
	Gesamt	786	77	863

1) Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 1993 (WZ 93), NACE Rev. 1



Tabelle TB 10

**Meldepflichtige Wegeunfälle und neue Wegeunfallrenten je 1.000 Versicherungsverhältnisse
in den Jahren 2003 bis 2005**

Unfallversicherungsträger	Gewichtete ¹⁾ Versicherungsverhältnisse in 1.000			Meldepflichtige Wegeunfälle je 1.000 Versicherungs- verhältnisse			Neue Wegeunfallrenten je 1.000 Versicherungsverhältnisse		
	2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Unfallversicherungsträger gesamt.....	42.724	42.966	42.947	4,40	4,44	4,72	0,17	0,17	0,18
davon:									
Gewerbliche Berufsgenossenschaften.....	33.746	33.621	33.556	4,49	4,50	4,72	0,18	0,19	0,20
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....	3.682	4.203	4.278	0,73	0,62	0,71	0,03	0,03	0,04
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....	5.295	5.142	5.113	6,33	7,18	8,10	0,17	0,20	0,22

1) siehe Kapitel 2.1

Berufskrankheiten - Gesamtzahlen¹⁾
in den Jahren 2003 bis 2005

1	2005	2004	2003	Veränderung				
				von 2005 zu 2004		von 2004 zu 2003		
				absolut	%	absolut	%	
	5	6	7	8				
Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit.....	62.569	63.812	64.856	-1.243	-1,9	-1.044	-1,6	
davon:								
Gewerbliche Berufsgenossenschaften.....	53.576	55.869	56.900	-2.293	-4,1	-1.031	-1,8	
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....	2.808	2.953	2.846	-145	-4,9	+107	+3,8	
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....	6.185	4.990	5.110	+1.195	+23,9	-120	-2,3	
Anerkannte Berufskrankheiten.....	16.519	17.413	17.425	-894	-5,1	-12	-0,1	
davon:								
Gewerbliche Berufsgenossenschaften.....	14.920	15.832	15.758	-912	-5,8	+74	+0,5	
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....	605	639	650	-34	-5,3	-11	-1,7	
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....	994	942	1.017	+52	+5,5	-75	-7,4	
Neue Berufskrankheitenrenten.....	5.651	5.217	5.307	+434	+8,3	-90	-1,7	
davon:								
Gewerbliche Berufsgenossenschaften.....	5.206	4.748	4.799	+458	+9,6	-51	-1,1	
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....	192	197	224	-5	-2,5	-27	-12,1	
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....	253	272	284	-19	-7,0	-12	-4,2	
Todesfälle Berufserkrankter mit Tod infolge der Berufs-krankheit.....	2.600	2.093	2.080	+507	+24,2	+13	+0,6	
davon:								
Gewerbliche Berufsgenossenschaften.....	2.484	1.975	1.980	+509	+25,8	-5	-0,3	
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....	36	70	51	-34	-48,6	+19	+37,3	
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....	80	48	49	+32	+66,7	-1	-2,0	

1) incl. Berufskrankheiten nach Recht der ehemaligen DDR (siehe Tabelle TC 3)

Tabelle TC 2

**Anzeigen auf Verdacht von Berufskrankheiten, anerkannte Berufskrankheiten
und neue Berufskrankheitenrenten nach Krankheitsarten
in den Jahren 2003 bis 2005**

BK-Nr. ¹⁾	Krankheiten	Angezeigte Verdachtsfälle			Anerkannte Berufskrankheiten			Neue Rentenfälle		
		2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten	2.537	2.565	2.353	388	404	457	213	199	253
11	Metalle und Metalloide									
1101	Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen.....	79	114	109	5	10	7	1	2	3
1102	Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen.....	33	42	26	2	---	2	2	---	1
1103	Erkrankungen durch Chrom oder seine Verbindungen.....	114	104	95	24	11	30	12	9	22
1104	Erkrankungen durch Cadmium oder seine Verbindungen.....	16	15	15	2	2	---	---	---	---
1105	Erkrankungen durch Mangan oder seine Verbindungen.....	5	10	4	---	---	2	---	---	2
1106	Erkrankungen durch Thallium oder seine Verbindungen.....	1	1	2	---	---	---	---	---	---
1107	Erkrankungen durch Vanadium oder seine Verbindungen.....	---	2	2	---	---	3	---	---	1
1108	Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen.....	23	28	29	4	9	14	3	8	6
1109	Erkrankungen durch Phosphor oder seine anorganischen Verbindungen.....	7	13	5	1	7	4	---	---	---
1110	Erkrankungen durch Beryllium oder seine Verbindungen.....	7	7	8	1	---	1	1	---	---
12	Erstickungsgase									
1201	Erkrankungen durch Kohlenmonoxyd.....	150	123	114	102	88	106	---	2	1
1202	Erkrankungen durch Schwefelwasserstoff.....	20	16	16	11	3	7	3	2	1
13	Lösemittel, Schädlingsbekämpfungsmittel (Pestizide) und sonstige chemische Stoffe									
1301	Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine.....	653	554	461	107	102	135	99	87	126
1302	Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe.....	330	351	341	24	51	40	18	25	27
1303	Erkrankungen durch Benzol, seine Homologe oder durch Styrol.....	378	385	307	35	34	23	29	28	20
1304	Erkrankungen durch Nitro- oder Aminverbindungen des Benzols oder seiner Homologe oder ihrer Abkömmlinge.....	25	44	28	2	4	5	---	---	1
1305	Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff.....	7	23	11	3	14	1	---	---	1
1306	Erkrankungen durch Methylalkohol (Methanol).....	11	10	13	---	1	2	---	---	---
1307	Erkrankungen durch organische Phosphorverbindungen.....	24	20	19	2	2	1	---	---	---
1308	Erkrankungen durch Fluor oder seine Verbindungen.....	17	15	23	1	3	6	---	---	2
1309	Erkrankungen durch Salpetersäureester.....	4	2	3	---	---	---	---	---	---
1310	Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylaryloxide.....	37	39	32	7	8	8	6	7	4
1311	Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylarylsulfide.....	2	2	2	---	---	---	---	---	---
1312	Erkrankungen der Zähne durch Säuren.....	133	193	229	2	2	3	---	---	---
1313	Hornhautschädigungen des Auges durch Benzochinon.....	---	1	3	---	1	---	---	---	---
1314	Erkrankungen durch para-tertiär-Buthylphenol.....	3	---	---	---	1	2	---	1	2
1315	Erkrankungen durch Isocyanate, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.....	100	90	116	35	38	41	22	20	21
1316	Erkrankungen der Leber durch Dimethylformamid.....	34	32	24	---	---	---	---	---	---
1317	Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische.....	324	329	316	18	13	14	17	8	12

**Anzeigen auf Verdacht von Berufskrankheiten, anerkannte Berufskrankheiten
und neue Berufskrankheitenrenten nach Krankheitsarten
in den Jahren 2003 bis 2005**

BK-Nr. ¹⁾	Krankheiten	Angezeigte Verdachtsfälle			Anerkannte Berufskrankheiten			Neue Rentenfälle		
		2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2	Durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten	21.298	23.601	25.101	6.980	7.883	8.158	1.063	1.186	1.273
21	Mechanische Einwirkungen									
2101	Erkrankungen der Sehnensehiden oder des Sehnenleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.....	772	846	920	15	15	20	2	3	5
2102	Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten.....	1.659	1.801	1.959	279	301	366	77	132	149
2103	Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen oder gleichartig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen.....	440	475	530	106	122	136	63	76	93
2104	Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen an den Händen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.....	71	84	102	11	18	18	9	21	16
2105	Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch ständigen Druck.....	506	540	551	146	182	191	1	2	7
2106	Druckschädigung der Nerven.....	90	105	117	18	20	15	9	4	4
2107	Abrissbrüche der Wirbelfortsätze.....	4	7	5	2	---	---	---	---	---
2108	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.....	5.847	6.608	7.557	189	212	205	124	138	142
2109	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.....	1.059	1.087	1.143	1	4	2	1	4	2
2110	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjährige vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.....	396	461	521	14	7	12	11	5	8
2111	Erhöhte Zahnabrasionen durch mehrjährige quarzstaubbelastende Tätigkeit.....	19	15	23	7	10	7	---	---	---
22	Druckluft									
2201	Erkrankungen durch Arbeit in Druckluft.....	6	14	24	2	5	11	---	1	---
23	Lärm									
2301	Lärmschwerhörigkeit.....	9.787	10.837	11.093	5.962	6.798	7.003	550	627	701
24	Strahlen									
2401	Grauer Star durch Wärmestrahlung.....	8	13	19	2	2	2	---	2	---
2402	Erkrankungen durch ionisierende Strahlen.....	634	708	537	226	187	170	216	171	146

noch Tabelle TC 2

**Anzeigen auf Verdacht von Berufskrankheiten, anerkannte Berufskrankheiten
und neue Berufskrankheitenrenten nach Krankheitsarten
in den Jahren 2003 bis 2005**

BK-Nr. ¹⁾	Krankheiten	Angezeigte Verdachtsfälle			Anerkannte Berufskrankheiten			Neue Rentenfälle		
		2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
3	Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten sowie Tropenkrankheiten	5.397	4.516	3.197	1.348	1.269	1.050	228	226	228
3101	Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war.....	3.970	3.126	1.967	642	693	418	180	180	183
3102	Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten.....	1.097	1.080	841	440	407	362	43	42	39
3103	Wurmkrankheit der Bergleute, verursacht durch Ankylostoma duodenale oder Strongyloides stercoralis.....	---	2	12	18	---	---	1	---	---
3104	Tropenkrankheiten, Fleckfieber.....	330	308	377	248	169	270	4	4	6
4	Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und des Bauchfells	14.474	14.866	15.413	6.012	6.481	6.340	3.009	3.232	3.155
41	Erkrankungen durch anorganische Stäube									
4101	Quarzstaublungenerkrankung (Silikose).....	1.430	1.472	1.527	1.013	1.183	1.162	271	305	288
4102	Quarzstaublungenerkrankung in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose (Siliko-Tuberkulose).....	47	38	55	20	35	29	19	31	27
4103	Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura.....	3.638	3.655	3.745	2.186	2.124	2.036	429	417	401
4104	Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs - in Verbindung mit Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose), - in Verbindung mit Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura oder - bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren.....	2.969	2.700	2.776	793	849	805	742	800	757
4105	Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells und des Bauchfells oder des Pericards.....	1.177	1.260	1.113	908	930	832	856	867	780
4106	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Aluminium oder seine Verbindungen.....	23	29	19	2	4	1	2	---	---
4107	Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstäube bei der Herstellung oder Verarbeitung von Hartmetallen.....	65	39	51	1	5	4	1	3	2
4108	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Thomasmehl (Thomasphosphat).....	3	3	3	---	---	---	---	---	---
4109	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Nickel oder seine Verbindungen.....	30	20	20	2	1	7	2	1	7
4110	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Kokereirohgase.....	31	34	54	12	24	22	12	23	21
4111	Chronische obstruktive Bronchitis oder Emphysem von Bergleuten unter Tage im Steinkohlebergbau bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von in der Regel 100 Feinstaubjahren.....	799	861	987	336	363	415	275	306	360
4112	Lungenkrebs durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (Silikose oder Siliko-Tuberkulose).....	124	134	129	46	78	60	34	69	45
42	Erkrankungen durch organische Stäube									
4201	Exogen-allergische Alveolitis.....	162	179	181	37	50	58	26	34	44
4202	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Rohbaumwoll-, Rohflachs- oder Rohhanfstaub (Byssinose).....	5	2	7	---	1	---	---	---	---
4203	Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen durch Stäube von Eichen- oder Buchenholz.....	67	60	45	42	42	37	39	36	33

**Anzeigen auf Verdacht von Berufskrankheiten, anerkannte Berufskrankheiten
und neue Berufskrankheitenrenten nach Krankheitsarten
in den Jahren 2003 bis 2005**

BK-Nr. ¹⁾	Krankheiten	Angezeigte Verdachtsfälle			Anerkannte Berufskrankheiten			Neue Rentenfälle		
		2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen									
4301	Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschl. Rhinopathie), die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.....	2.378	2.780	3.064	437	613	716	163	217	267
4302	Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.....	1.526	1.600	1.637	177	179	156	138	123	123
5	Hautkrankheiten	16.896	16.230	16.730	916	1.297	1.328	286	319	332
5101	Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.....	16.833	16.165	16.677	898	1.288	1.320	278	315	326
5102	Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe.....	63	65	53	18	9	8	8	4	6
6	Krankheiten sonstiger Ursache	6	9	5	---	---	---	---	---	---
6101	Augenzittern der Bergleute.....	6	9	5	---	---	---	---	---	---
Gesamt (gemäß Anlage 1 BKV).....		60.608	61.787	62.799	15.644	17.334	17.333	4.799	5.162	5.241
Fälle nach § 9 Abs. 2 SGB VII. ²⁾		---	---	---	818	30	27	807	20	20
Sonstige Anzeigen. ^{3) 4)}		1.961	2.025	2.057	---	---	---	---	---	---
Berufskrankheiten zusammen.....		62.569	63.812	64.856	16.462	17.364	17.360	5.606	5.182	5.261
Berufskrankheiten gemäß DDR-BKVO ⁵⁾.....		---	---	---	57	49	65	45	35	46
Gesamt.....		62.569	63.812	64.856	16.519	17.413	17.425	5.651	5.217	5.307

1) Nr. der Liste der Berufskrankheiten nach Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV)

2) bis 31.12.1996 § 551 Abs. 2 RVO

3) Sonstige Anzeigen:

-Fälle, die bei der Registrierung noch keiner Ziffer der Berufskrankheitenliste zugeordnet werden können.

-Fälle, die nach § 9 Abs. 2 SGB VII bearbeitet werden, bei denen also keine Listen-Berufskrankheit vorliegt, sondern die ggf. „wie“ eine Berufskrankheit anerkannt und entschädigt werden.

-Fälle, bei denen sich nach Überprüfung ergibt, dass die Meldung dem Unfallversicherungsträger irrtümlich zugeleitet wurde (z.B. Antrag auf Leistungen anderer Sozialversicherungsträger)

4) Die Berufskrankheit 4112 wurde mit Wirkung vom 1.10.2002 neu in die BKV aufgenommen, die bisherige Berufskrankheit 2106 wurde auf die Druckschädigung der Nerven erweitert. Eine Anerkennung und Entschädigung war bereits vor dem 1.10.2002 im Rahmen von §9 Abs.2 SGB VII möglich. Bis September 2002 wurden Anzeigen zu diesen Krankheiten unter "Sonstige Anzeigen" erfasst.

5) Berufskrankheiten gemäß DDR-BKVO nach Krankheitsarten sind in der Tabelle TC 3 dargestellt.

Tabelle TC 3

**Anzeigen auf Verdacht von Berufskrankheiten, anerkannte Berufskrankheiten
und neue Berufskrankheitenrenten nach Krankheitsarten (gemäß DDR-BKVO)
in den Jahren 2003 bis 2005**

DDR BK- Nr.1)	Krankheiten ²⁾	Angezeigte Verdachtsfälle			Anerkannte Berufskrankheiten			Neue Rentenfälle		
		2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
I.	Krankheiten durch chemische Einwirkungen									
05	Organische Quecksilberverbindungen.....	---	---	---	1	---	---	---	---	---
17	Schwefelkohlenstoff.....	---	---	---	2	1	---	1	1	---
21	Aliphatische Halogenkohlenwasserstoffe (außer Vinylchlorid).....	---	---	---	1	1	---	1	1	---
22	Vinylchlorid.....	---	---	---	---	1	---	---	---	---
II.	Krankheiten durch Stäube									
40	Quarz.....	---	---	---	5	12	10	5	12	8
41	Asbest.....	---	---	---	5	5	3	2	3	2
III.	Krankheiten durch physikalische Einwirkungen									
50	Lärm, der Schwerhörigkeit mit sozialer Bedeutung verursacht.....	---	---	---	3	8	17	2	6	9
51	Ionisierende Strahlung.....	---	---	---	---	---	2	---	---	1
54	Teilkörpervibration.....	---	---	---	5	4	4	4	3	4
IV.	Krankheiten durch Infektionserreger und Parasiten									
60	Von Mensch zu Mensch übertragbare Infektionserreger und Parasiten.....	---	---	---	1	6	4	1	1	3
61	Vom Tier auf den Menschen übertragbare Infektionserreger und Parasiten.....	---	---	---	---	---	2	---	---	1
62	In den Tropen aufgenommene Infektionserreger und Parasiten.....	---	---	---	---	1	---	---	1	---
V.	Krankheiten durch fortgesetzte mechanische Überbelastung des Bewegungsapparates									
70	Verschleißkrankheiten der Wirbelsäule (Bandscheiben, Wirbelkörperabschlussplatten), Wirbelfortsätze, Bänder, kleine Wirbelgelenke durch langjährige mechanische Überbelastungen.....	---	---	---	3	1	2	2	1	1
71	Verschleißkrankheiten von Gliedmaßengelenken einschließlich der Zwischengelenkscheiben durch langjährige mechanische Überbelastungen.....	---	---	---	4	---	5	3	---	5
72	Erkrankungen der Sehngleitgewebe, der Sehnscheiden, Sehnenfächer, Sehnen- und Muskelsprünge und -ansätze.....	---	---	---	2	---	---	---	---	---
VI.	Krankheiten durch nicht einheitliche Einwirkungen									
80	Hautkrankheiten durch chemische und physikalische Einwirkungen.....	---	---	---	2	1	7	1	---	3
81	Irritative chronische Krankheiten der oberen und tieferen Luftwege und Lungen durch chemische Stoffe.....	---	---	---	1	2	3	1	---	3
82	Allergische Krankheiten der oberen und tieferen Luftwege und Lungen durch pflanzliche oder tierische Allergene oder durch chemische Stoffe....	---	---	---	1	---	1	1	---	1
VII.	Beruflich verursachte bösartige Neubildungen									
92	Bösartige Neubildungen oder ihre Vorstufen durch ionisierende Strahlung.....	---	---	---	21	4	1	21	4	1
93	Bösartige Neubildungen durch Asbest.....	---	---	---	---	2	1	---	2	1
	Sonderentscheide gemäß §2 Abs. 2 BKVO (DDR)	---	---	---	---	---	3	---	---	3
	Gesamt (gemäß DDR-BKVO).....	---	---	---	57	49	65	45	35	46

1) Nr. der Liste der Berufskrankheiten gemäß 1. Durchführungsbestimmung vom 21.04.1981 zur Verordnung über die Verhütung, Meldung und Begutachtung von Berufskrankheiten vom 26.02.1981 (DDR-BKVO-Liste)

2) Inhalt dieser Tabelle sind nur Berufskrankheiten nach DDR-BKVO-Liste. Der Eintritt der Erkrankung muss vor dem 1. Januar 1992 gelegen und die Erkrankung dem zuständigen Unfallversicherungsträger vor dem 1. Januar 1994 bekannt geworden sein. Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit nach DDR-BKVO, die nicht gleichzeitig Berufskrankheiten nach BKV-Liste sind und die o.a. zeitlichen Beschränkungen nicht erfüllen, werden ab 1994 nicht mehr anerkannt.

**Todesfälle Berufserkrankter mit Tod infolge der Berufskrankheit
in den Jahren 2003 bis 2005**

Krankheiten	2005	2004	2003
1	2	3	4
Unfallversicherungsträger gesamt.....	2.600	2.093	2.080
davon:			
Gewerbliche Berufsgenossenschaften insgesamt.....	2.484	1.975	1.980
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....	36	70	51
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....	80	48	49
BK-Nr.			
darunter: Berufskrankheiten nach BKV			
1101 Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen.....	1	1	2
1103 Erkrankungen durch Chrom oder seine Verbindungen.....	13	7	13
1108 Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen.....	3	2	4
1201 Erkrankungen durch Kohlenmonoxyd.....	0	2	0
1202 Erkrankungen durch Schwefelwasserstoff.....	3	2	4
1301 Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine.....	16	25	15
1302 Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe.....	9	6	7
1303 Erkrankungen durch Benzol, seine Homologe oder durch Styrol.....	18	16	16
1304 Erkrankungen durch Nitro- oder Aminverbindungen des Benzols oder seiner Homologe oder ihrer Abkömmlinge.....	0	1	1
1305 Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff.....	1	0	1
1306 Erkrankungen durch Methylalkohol (Methanol).....	1	0	0
1307 Erkrankungen durch organische Phosphorverbindungen.....	0	0	1
1310 Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylaryloxide.....	4	3	4
1311 Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylarylsulfide.....	1	0	0
1315 Erkrankungen durch Isocyanate.....	1	1	0
2102 Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten.....	0	1	0
2103 Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Druckluftwerk- zeugen oder gleichartig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen.....	0	1	0
2108 Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung.....	0	1	0
2301 Lärmschwerhörigkeit.....	1	0	5
2402 Erkrankungen durch ionisierende Strahlen.....	150	133	153
3101 Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war.....	9	11	7
3102 Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten.....	5	7	3
3104 Tropenkrankheiten, Fleckfieber.....	3	0	1



noch Tabelle TC 4

**Todesfälle Berufserkrankter mit Tod infolge der Berufskrankheit
in den Jahren 2003 bis 2005**

Krankheiten	2005	2004	2003
1	2	3	4
BK-Nr.			
noch: Berufskrankheiten nach BKV			
4101 Quarzstaublungenerkrankung (Silikose).....	335	385	423
4102 Quarzstaublungenerkrankung in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose (Siliko-Tuberkulose).....	11	16	15
4103 Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura.....	71	76	55
4104 Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs - in Verbindung mit Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose), - in Verbindung mit Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura oder - bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren.....	702	517	500
4105 Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells und des Bauchfells.....	816	577	553
4107 Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstäube bei der Herstellung oder Verarbeitung von Hartmetallen.....	4	1	1
4109 Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Nickel oder seine Verbindungen.....	2	3	4
4110 Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Kokereirohgas.....	12	22	15
4111 Chronische obstruktive Bronchitis oder Emphysem von Bergleuten unter Tage im Steinkohlebergbau bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von in der Regel 100 Feinstaubjahren.....	60	55	54
4112 Lungenkrebs durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (Silikose oder Siliko-Tuberkulose)...I.).....	32	50	41
4201 Exogen-allergische Alveolitis.....	8	10	6
4202 Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Rohbaumwoll-, Flachs- oder Rohhanfstaub (Byssinose).....	1	0	0
4203 Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen durch Stäube von Eichen- oder Buchenholz.....	14	12	17
4301 Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschl. Rhinopathie), die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.....	22	11	11
4302 Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.....	26	17	10
5102 Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe.....	1	0	1
9991 Fälle nach § 9 Abs.2 SGB VII.....	140	44	50

**Todesfälle Berufserkrankter mit Tod infolge der Berufskrankheit
in den Jahren 2003 bis 2005**

Krankheiten	2005	2004	2003
1	2	3	4
DDR			
BK-Nr.	darunter: Berufskrankheiten nach DDR-BKVO		
8010 Arsen und seine Verbindungen (außer Arsenwasserstoff).....	1	0	0
8017 Schwefelkohlenstoff.....	0	1	1
8021 Aliphatische Halogenkohlenwasserstoffe (außer Vinylchlorid).....	0	1	0
8027 Salpetersäureester.....	1	0	0
8040 Quarz.....	54	53	56
8041 Asbest.....	4	2	3
8042 Aluminium.....	0	1	0
8050 Lärm, der Schwerhörigkeit mit sozialer Bedeutung verursacht.....	4	3	8
8054 Teilkörpervibration.....	1	0	0
8060 Von Mensch zu Mensch übertragbare Infektionserreger und Parasiten.....	4	3	1
8061 Vom Tier auf den Menschen übertragbare Infektionserreger und Parasiten.....	4	0	0
8070 Verschleißkrankheiten der Wirbelsäule (Bandscheiben, Wirbelkörperabschlussplatten), Wirbelfortsätze, Bänder, kleine Wirbelgelenke durch langjährige mechanische Überbelastungen.....	0	1	0
8081 Irritative chronische Krankheiten der oberen und tieferen Luftwege und Lungen durch chemische Stoffe.....	3	1	4
8082 Allergische Krankheiten der oberen und tieferen Luftwege und Lungen durch pflanzliche oder tierische Allergene oder durch chemische Stoffe.....	4	4	2
8092 Bösartige Neubildungen oder ihre Vorstufen durch ionisierende Strahlung.....	11	3	5
8093 Bösartige Neubildungen durch Asbest.....	12	3	3
8099 Sonderentscheide.....	1	1	4

1) Neuaufnahme in die BK-Liste im Jahr 2002

Tabelle TC 5

**Anerkannte Berufskrankheiten und neue Berufskrankheitenrenten nach Wirtschaftszweigen
2005**

Nr.	Wirtschaftszweig ¹⁾	Anerkannte Berufskrankheiten			Neue Berufs- krankheitenrenten		
		Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
1	2	3	4	5	6	7	8
00	Unbekannter Wirtschaftszweig.....	1	---	1	---	---	---
01	Landwirtschaft, gewerbliche Jagd.....	152	30	182	37	11	49
02	Forstwirtschaft.....	56	6	62	8	1	9
05	Fischerei und Fischzucht.....	1	---	1	---	---	---
10	Kohlebergbau, Torfgewinnung.....	2.346	2	2.348	1.452	1	1.453
11	Gewinnung von Erdöl und Erdgas, Erbringung damit verbundener Dienstleistungen.....	8	---	8	2	---	2
12	Bergbau auf Uran- und Thoriumerze.....	298	---	298	233	---	233
13	Erzbergbau.....	35	1	36	24	1	25
14	Gewinnung von Steinen und Erden.....	167	---	167	49	---	49
15	Ernährungsgewerbe.....	272	52	325	75	14	90
16	Tabakverarbeitung.....	2	1	3	---	1	1
17	Textilgewerbe.....	43	7	50	10	3	13
18	Bekleidungs-gewerbe.....	5	6	11	---	---	---
19	Ledergewerbe.....	6	1	7	4	1	5
20	Holzgewerbe (ohne Herstellung von Möbeln).....	184	2	186	53	1	54
21	Papiergewerbe.....	82	1	83	14	1	15
22	Verlags-gewerbe, Druckerei, Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern.....	24	4	28	4	2	6
24	Chemische Industrie.....	412	23	435	252	10	262
25	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren.....	191	16	208	58	5	63
26	Glasgewerbe, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden.....	439	25	464	123	6	129
27	Metallerzeugung und -bearbeitung.....	636	8	645	154	1	155
28	Herstellung von Metallerzeugnissen.....	838	22	859	187	9	196
29	Maschinenbau.....	720	16	736	152	5	157
30	Herstellung von Büromaschinen, Datenverarbeitungsgeräten und -einrichtungen.....	9	2	11	3	2	5
31	Herstellung von Geräten der Elektrizitätserzeugung, -verteilung u.ä.....	58	2	60	26	1	27
33	Medizin-, Mess-, Steuer- und Regeltechnik, Optik.....	100	24	123	28	6	34
34	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen.....	334	3	337	44	---	44
35	Sonstiger Fahrzeugbau.....	103	1	104	22	---	22
36	Herstellung von Möbeln, Schmuck, Musikinstrumenten, Sportgeräten, Spielwaren und sonstigen Erzeugnissen.....	223	7	230	59	---	59
37	Recycling.....	23	1	24	3	---	3
40	Energieversorgung.....	410	1	411	148	---	148
41	Wasserversorgung.....	50	---	50	12	---	12
45	Baugewerbe.....	2.780	10	2.790	724	4	728

**Anerkannte Berufskrankheiten und neue Berufskrankheitenrenten nach Wirtschaftszweigen
2005**

Nr.	Wirtschaftszweig ¹⁾	Anerkannte Berufskrankheiten			Neue Berufskrankheitenrenten		
		Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
1	2	3	4	5	6	7	8
50	Kraftfahrzeughandel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen; Tankstellen.....	188	2	190	36	1	37
51	Handelsvermittlung und Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen).....	133	12	145	46	5	52
52	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen und ohne Tankstellen).....	54	59	113	25	26	51
55	Gastgewerbe.....	28	21	48	11	5	17
60	Landverkehr, Transport in Rohrfernleitungen.....	138	2	140	44	2	46
61	Schifffahrt.....	37	---	37	6	---	6
62	Luftfahrt.....	29	6	35	3	1	4
63	Hilfs- und Nebentätigkeiten für den Verkehr, Verkehrsvermittlung.....	100	---	100	40	---	40
64	Nachrichtenübermittlung.....	1	---	1	1	---	1
65	Kreditgewerbe.....	22	23	44	---	---	---
66	Versicherungsgewerbe.....	1	1	2	1	---	1
70	Grundstücks- und Wohnungswesen.....	8	---	8	3	---	3
71	Vermietung beweglicher Sachen ohne Bedienungspersonal.....	1	---	1	---	---	---
73	Forschung und Entwicklung.....	37	6	43	11	1	12
74	Erbringung von Dienstleistungen überwiegend für Unternehmen.....	571	23	593	198	8	207
75	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung.....	211	60	270	41	8	50
80	Erziehung und Unterricht.....	35	34	69	3	5	8
85	Gesundheit, Veterinär- und Sozialwesen.....	264	845	1.109	83	252	335
90	Abwasser- und Abfallbeseitigung und sonstige Entsorgung.....	40	---	40	10	---	10
91	Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport).....	22	14	36	2	---	2
92	Kultur, Sport und Unterhaltung.....	22	9	31	3	---	3
93	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen.....	44	190	234	13	49	62
95	Private Haushalte.....	19	10	29	---	---	---
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften.....	1.836	80	1.916	631	24	655
	Gesamt	14.846	1.672	16.518	5.175	476	5.651

Quelle: Hochrechnung auf Basis der Berufskrankheiten-Dokumentation des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften, des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und des Bundesverbandes der Unfallkassen

1) Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 1993 (WZ 93), NACE Rev. 1



Tabelle TD 1

**Arbeitsunfähigkeit
- Diagnosen je 100 Versicherte -
2005**

Nr.	Berufsgruppe ¹⁾	Alle Diagnosegruppen								
		Gesamt			< 45 Jahre			≥ 45 Jahre		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
01 - 06	Berufe der Land-, Forstwirtschaft, im Gartenbau.....	129,0	129,2	128,6	124,6	121,9	131,1	138,3	143,2	122,3
07 - 11	Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter, Steinbearbeiter, Baustoffhersteller.....	133,5	134,2	125,4	127,4	127,9	121,5	144,7	145,5	134,8
12, 13	Keramik-, Glasberufe.....	162,2	155,6	184,7	154,7	148,6	177,5	172,6	165,9	193,0
14, 15	Chemie-, Kunststoffberufe.....	173,5	164,3	205,2	163,3	156,3	193,1	190,0	178,9	218,5
16, 17	Berufe in der Papierherstellung und im Druck.....	161,3	156,1	177,2	148,7	145,2	160,1	180,5	173,4	200,3
18	Berufe in der Holzbearbeitung....	161,6	157,4	187,1	155,5	152,8	175,4	170,8	164,8	198,7
19, 20	Berufe in der Metallherzeugung, Gießereiberufe.....	180,3	179,2	204,4	170,6	170,2	180,7	195,8	193,7	233,2
21 - 30	Metall- und Maschinenbau-berufe.....	151,4	150,7	165,3	147,4	146,9	157,0	159,8	158,6	183,8
31	Elektroberufe.....	129,4	126,4	179,0	125,4	122,9	169,4	138,0	133,9	196,1
32	Montierer/Montiererinnen.....	176,2	159,8	210,6	163,6	151,3	195,7	197,0	176,6	227,7
33 - 36	Textil- und Bekleidungsberufe...	162,4	160,3	163,5	158,7	152,0	163,2	166,5	173,5	163,8
37	Berufe in der Lederherstellung, -verarbeitung.....	155,7	150,1	162,3	147,3	143,4	152,8	168,6	162,9	173,6
39 - 43	Ernährungsberufe.....	131,5	111,2	159,7	119,4	105,5	144,9	159,4	130,7	180,9
44, 46, 47	Hoch-, Tiefbauberufe.....	130,2	129,8	157,2	126,2	125,8	164,9	137,6	137,4	146,7
48, 49	Ausbauberufe, Polsterer.....	136,6	134,8	157,5	134,6	133,2	152,6	141,8	139,2	167,0
50	Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung.....	145,5	144,2	181,2	144,7	143,2	186,3	148,4	147,7	166,0
51	Maler, Lackierer.....	149,8	147,0	192,8	151,6	148,6	195,0	145,1	142,8	186,0
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher.....	160,9	148,3	179,6	150,5	142,0	165,6	176,0	159,3	195,5
53	Hilfsarbeiter.....	127,7	123,5	138,8	124,4	120,7	135,5	136,7	132,2	146,3
54, 55	Maschinisten.....	130,6	128,0	169,0	122,7	118,9	165,1	140,7	139,1	179,7
60, 61	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker.....	51,1	46,2	88,4	49,1	43,7	83,9	55,9	51,7	106,5
62 - 65	Techniker.....	96,4	88,4	128,7	95,2	86,3	126,8	98,8	92,2	133,6
66 - 68	Warenkaufleute.....	107,9	90,4	116,3	109,6	90,9	119,2	103,1	88,5	108,8
69, 70	Dienstleistungskaufleute.....	101,0	79,4	118,8	99,5	77,4	116,5	106,4	85,3	128,0
71 - 74	Verkehrsberufe.....	138,2	135,2	153,9	129,6	125,8	149,5	150,8	149,0	160,7
75 - 78	Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe.....	103,0	79,5	114,9	101,4	76,9	114,1	106,6	85,8	116,7
79 - 81	Ordnungs- und Sicherheitsberufe.....	125,2	122,0	138,2	111,4	107,7	124,4	138,9	135,3	155,9
82, 83	Schriftwerkschaffende, künstlerische Berufe.....	90,2	76,3	104,5	83,1	68,7	97,0	111,5	96,5	129,9
84, 85	Gesundheitsdienstberufe.....	121,5	103,5	124,2	116,6	95,8	119,8	137,2	129,6	138,3
86 - 89	Sozial- und Erziehungsberufe....	136,1	91,0	150,6	132,4	85,4	147,4	144,1	102,9	157,4
90 - 93	Sonstige Dienstleistungsberufe...	144,0	125,5	149,9	131,9	115,6	138,5	162,6	150,7	165,1
97 - 99	Sonstige Arbeitskräfte.....	127,4	149,3	98,1	123,8	147,8	96,8	137,7	152,5	103,8
01 - 99	Durchschnitt.....	128,8	125,6	133,4	122,9	119,9	127,4	140,8	137,2	146,1

1) Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992



**Arbeitsunfähigkeit
- Tage je Diagnose -
2005**

Nr.	Berufsgruppe ¹⁾	Alle Diagnosegruppen								
		Gesamt			< 45 Jahre			≥ 45 Jahre		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
01 - 06	Berufe der Land-, Forstwirtschaft, im Gartenbau.....	12,2	12,5	11,2	9,5	9,7	9,0	17,2	17,1	17,5
07 - 11	Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter, Steinbearbeiter, Baustoffhersteller.....	13,9	14,1	12,2	10,6	10,8	8,7	19,3	19,2	20,0
12, 13	Keramik-, Glasberufe.....	13,9	14,1	13,3	10,3	10,5	9,8	18,3	18,8	17,2
14, 15	Chemie-, Kunststoffberufe.....	12,2	12,0	12,7	9,6	9,6	9,8	15,7	15,8	15,6
16, 17	Berufe in der Papierherstellung und im Druck.....	12,6	12,5	12,9	9,5	9,5	9,7	16,5	16,5	16,3
18	Berufe in der Holzbearbeitung....	13,4	13,3	14,0	10,4	10,3	11,1	17,6	17,9	16,5
19, 20	Berufe in der Metallherzeugung, Gießereiberufe.....	14,1	13,9	16,5	11,1	11,0	12,6	18,2	18,1	20,1
21 - 30	Metall- und Maschinenbau-berufe.....	11,5	11,5	11,2	8,7	8,7	8,6	16,8	16,9	16,1
31	Elektroberufe.....	11,1	11,1	11,2	8,5	8,4	9,0	16,2	16,4	14,6
32	Montierer/Montiererinnen.....	12,6	12,2	13,2	10,0	9,8	10,4	16,1	16,2	15,9
33 - 36	Textil- und Bekleidungsberufe...	12,9	13,0	12,9	9,2	9,6	8,9	16,8	17,7	16,5
37	Berufe in der Lederherstellung, -verarbeitung.....	13,1	13,0	13,3	9,2	9,3	9,1	18,4	19,1	17,7
39 - 43	Ernährungsberufe.....	13,0	12,3	13,7	10,1	9,9	10,3	18,1	19,2	17,5
44, 46, 47	Hoch-, Tiefbauberufe.....	14,6	14,7	12,1	11,0	11,0	9,8	20,9	21,0	15,5
48, 49	Ausbauberufe, Polsterer.....	13,2	13,4	11,8	10,2	10,3	8,3	20,9	21,3	18,2
50	Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung.....	10,9	10,9	10,4	8,7	8,7	8,6	17,9	17,9	16,2
51	Maler, Lackierer.....	11,5	11,6	10,3	8,8	8,8	8,4	18,9	19,0	16,7
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher.....	12,6	12,2	13,0	9,8	9,6	10,1	16,1	16,3	15,9
53	Hilfsarbeiter.....	10,7	10,7	10,8	8,8	8,8	8,8	15,6	16,0	14,7
54, 55	Maschinisten.....	14,2	14,5	10,8	10,4	10,5	8,9	18,5	18,6	15,5
60, 61	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker.....	9,6	9,7	9,0	7,8	7,9	7,6	13,1	13,0	13,6
62 - 65	Techniker.....	11,5	12,1	9,9	9,6	10,2	8,3	15,0	15,2	14,0
66 - 68	Warenkaufleute.....	11,1	10,4	11,3	8,9	8,5	9,0	17,7	17,3	17,8
69, 70	Dienstleistungskaufleute.....	9,1	9,8	8,7	7,5	7,8	7,4	14,0	15,1	13,1
71 - 74	Verkehrsberufe.....	14,2	14,5	13,0	11,0	11,1	10,5	18,3	18,6	16,6
75 - 78	Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe.....	9,9	10,3	9,7	7,9	8,0	7,8	14,2	15,2	13,8
79 - 81	Ordnungs- und Sicherheitsberufe.....	14,7	14,9	14,1	11,1	11,2	10,9	17,6	17,7	17,3
82, 83	Schriftwerkschaffende, künstlerische Berufe.....	10,3	11,4	9,4	8,7	9,8	8,0	13,8	14,6	13,0
84, 85	Gesundheitsdienstberufe.....	11,1	12,1	11,0	8,9	10,0	8,7	17,3	17,3	17,3
86 - 89	Sozial- und Erziehungsberufe....	10,7	11,1	10,6	8,6	9,0	8,6	14,6	14,8	14,6
90 - 93	Sonstige Dienstleistungsberufe...	13,1	12,8	13,2	9,7	10,1	9,6	17,3	18,1	17,2
97 - 99	Sonstige Arbeitskräfte.....	13,0	13,5	11,9	10,1	10,5	9,5	20,3	19,8	21,8
01 - 99	Durchschnitt.....	12,0	12,4	11,4	9,3	9,5	8,9	16,9	17,5	16,1

1) Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992



Tabelle TD 3

**Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftszweigen, Geschlecht und Altersgruppen
2005**

Code	Wirtschaftszweige ¹⁾	Alle Diagnosegruppen					
		Gesamt		< 45 Jahre		≥ 45 Jahre	
		Diagnosen je 100 Vers.	Tage je Diagnose	Diagnosen je 100 Vers.	Tage je Diagnose	Diagnosen je 100 Vers.	Tage je Diagnose
1	2	3	4	5	6	7	8
A, B	Land-, Forstwirtschaft, Fischerei.....	100,8	13,1	97,7	10,0	106,9	18,5
	<i>Männer</i>	99,2	13,2	95,7	10,0	106,2	18,8
	<i>Frauen</i>	105,6	12,8	103,9	9,8	108,6	17,8
C, D, E	Produzierendes Gewerbe ohne Baugewerbe.....	140,7	12,0	132,7	9,2	154,8	16,2
	<i>Männer</i>	138,1	12,1	130,9	9,3	150,9	16,3
	<i>Frauen</i>	148,3	11,8	138,0	9,0	166,0	15,8
F	Baugewerbe.....	119,6	13,7	119,7	10,3	119,2	21,6
	<i>Männer</i>	122,5	13,8	121,7	10,4	124,3	21,8
	<i>Frauen</i>	89,1	11,9	96,7	8,8	75,9	18,6
G, H, I	Handel, Gastgewerbe und Verkehr.....	116,6	12,2	112,2	9,5	127,0	17,9
	<i>Männer</i>	115,2	12,7	109,3	9,8	129,1	18,5
	<i>Frauen</i>	118,5	11,6	116,2	9,2	124,1	17,0
J, K	Finanzierung, Vermietung Unternehmensdienstleister.....	110,0	10,7	106,5	8,5	119,3	16,0
	<i>Männer</i>	97,8	10,9	94,6	8,7	106,9	16,5
	<i>Frauen</i>	123,6	10,5	120,3	8,2	131,9	15,6
L-Q	Öffentliche und private Dienstleistungen.....	147,9	11,4	141,6	8,7	159,3	15,8
	<i>Männer</i>	148,9	11,8	144,2	9,0	156,4	16,1
	<i>Frauen</i>	147,4	11,2	140,4	8,6	160,8	15,6
A-Q und Übrige	Durchschnitt.....	128,8	12,0	124,5	9,3	142,8	16,9
	<i>Männer</i>	125,6	12,4	120,6	9,5	139,4	17,5
	<i>Frauen</i>	133,4	11,4	130,1	8,9	147,8	16,1

1) Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 1993 (WZ 93), NACE Rev. 1



**Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen, Geschlecht
- Gesamt -
2005**

ICD 10	Diagnosegruppen	Altersgruppen gesamt			
		Diagnosen	AU-Tage	Diagnosen je 100 Vers.	Tage je Diagnose
		%	%		
1	2	3	4	5	6
V	Psychische und Verhaltensstörungen.....	3,8	8,0	4,9	25,1
	<i>Männer</i>	3,0	6,3	3,8	25,6
	<i>Frauen</i>	4,9	10,5	6,5	24,7
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems.....	4,0	6,5	5,2	19,4
	<i>Männer</i>	4,2	7,5	5,3	21,9
	<i>Frauen</i>	3,7	5,1	4,9	15,6
X	Krankheiten des Atmungssystems...	26,6	14,7	34,2	6,6
	<i>Männer</i>	25,9	14,0	32,6	6,7
	<i>Frauen</i>	27,4	15,6	36,5	6,5
XI	Krankheiten des Verdauungssystems.....	10,8	6,1	13,9	6,8
	<i>Männer</i>	11,0	6,3	13,8	7,2
	<i>Frauen</i>	10,5	5,7	14,0	6,3
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes.....	17,2	24,2	22,2	16,9
	<i>Männer</i>	19,4	25,8	24,4	16,5
	<i>Frauen</i>	14,3	21,9	19,0	17,5
XIX	Verletzungen und Vergiftungen.....	10,2	14,2	13,1	16,7
	<i>Männer</i>	12,9	17,6	16,2	16,9
	<i>Frauen</i>	6,5	9,2	8,7	16,1
alle anderen	Sonstige Krankheiten.....	27,4	26,3	35,3	11,5
	<i>Männer</i>	23,5	22,5	29,5	11,9
	<i>Frauen</i>	32,8	31,9	43,7	11,1
I - XXI	Alle Diagnosegruppen.....	100,0	100,0	128,8	12,0
	<i>Männer</i>	100,0	100,0	125,6	12,4
	<i>Frauen</i>	100,0	100,0	133,4	11,4

Rundungsfehler



Tabelle TD 5

**Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen, Geschlecht
- Altersgruppe jünger als 45 Jahre -
2005**

ICD 10	Diagnosegruppen	jünger als 45 Jahre			
		Diagnosen	AU-Tage	Diagnosen je 100 Vers.	Tage je Diagnose
		%	%		
1	2	3	4	5	6
V	Psychische und Verhaltens- störungen.....	3,5	8,2	4,3	21,8
	<i>Männer</i>	2,8	6,4	3,3	22,0
	<i>Frauen</i>	4,4	10,9	5,7	21,7
IX	Krankheiten des Kreislauf- systems.....	2,4	3,0	2,9	11,7
	<i>Männer</i>	2,3	3,1	2,8	13,0
	<i>Frauen</i>	2,5	2,9	3,2	10,1
X	Krankheiten des Atmungssystems...	29,5	18,4	36,3	5,8
	<i>Männer</i>	29,3	17,8	35,1	5,8
	<i>Frauen</i>	29,8	19,3	38,0	5,7
XI	Krankheiten des Verdauungs- systems.....	11,3	6,9	13,9	5,6
	<i>Männer</i>	11,6	7,0	13,9	5,8
	<i>Frauen</i>	10,9	6,6	13,9	5,4
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes.....	14,3	20,3	17,6	13,1
	<i>Männer</i>	16,8	22,8	20,2	12,9
	<i>Frauen</i>	11,0	16,7	14,0	13,4
XIX	Verletzungen und Vergiftungen.....	11,0	17,4	13,6	14,6
	<i>Männer</i>	14,5	22,8	17,4	15,0
	<i>Frauen</i>	6,4	9,5	8,1	13,2
alle anderen	Sonstige Krankheiten.....	27,9	25,7	34,3	8,5
	<i>Männer</i>	22,7	20,0	27,2	8,4
	<i>Frauen</i>	34,9	34,1	44,4	8,6
I - XXI	Alle Diagnosegruppen.....	100,0	100,0	122,9	9,3
	<i>Männer</i>	100,0	100,0	119,9	9,5
	<i>Frauen</i>	100,0	100,0	127,4	8,9

Rundungsfehler



**Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen, Geschlecht
- Altersgruppe 45 Jahre und älter -
2005**

ICD 10	Diagnosegruppen	45 Jahre und älter			
		Diagnosen	AU-Tage	Diagnosen je 100 Vers.	Tage je Diagnose
		%	%		
1	2	3	4	5	6
V	Psychische und Verhaltensstörungen.....	4,4	7,8	6,2	29,9
	<i>Männer</i>	3,5	6,2	4,8	30,8
	<i>Frauen</i>	5,6	10,1	8,2	29,2
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems.....	6,9	9,9	9,8	24,2
	<i>Männer</i>	7,7	11,7	10,5	26,7
	<i>Frauen</i>	5,9	7,3	8,6	19,9
X	Krankheiten des Atmungssystems...	21,2	10,9	29,8	8,7
	<i>Männer</i>	19,9	10,3	27,3	9,0
	<i>Frauen</i>	22,9	11,9	33,4	8,4
XI	Krankheiten des Verdauungssystems.....	9,8	5,3	13,8	9,2
	<i>Männer</i>	9,9	5,7	13,6	10,0
	<i>Frauen</i>	9,6	4,9	14,0	8,1
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes.....	22,4	28,1	31,6	21,2
	<i>Männer</i>	24,1	28,7	33,0	20,9
	<i>Frauen</i>	20,2	27,2	29,5	21,6
XIX	Verletzungen und Vergiftungen.....	8,7	11,1	12,2	21,6
	<i>Männer</i>	10,0	12,5	13,7	21,8
	<i>Frauen</i>	6,8	8,9	9,9	21,1
alle anderen	Sonstige Krankheiten.....	26,6	26,9	37,5	17,1
	<i>Männer</i>	24,9	25,0	34,2	17,6
	<i>Frauen</i>	29,0	29,7	42,3	16,5
I - XXI	Alle Diagnosegruppen.....	100,0	100,0	140,8	16,9
	<i>Männer</i>	100,0	100,0	137,2	17,5
	<i>Frauen</i>	100,0	100,0	146,1	16,1

Rundungsfehler



Tabelle TD 7

**Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Atmungssystems
- Diagnosen je 100 Versicherte -
2005**

Nr.	Berufsgruppe ¹⁾	Diagnosegruppe								
		Krankheiten des Atmungssystems								
		Gesamt			< 45 Jahre			≥ 45 Jahre		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
01 - 06	Berufe der Land-, Forstwirtschaft, im Gartenbau.....	29,6	29,1	31,0	32,1	31,3	34,1	24,4	24,8	22,9
07 - 11	Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter, Steinbearbeiter, Baustoffhersteller.....	30,6	30,3	33,3	33,0	32,9	34,2	26,2	25,8	31,0
12, 13	Keramik-, Glasberufe.....	37,3	35,4	43,7	40,6	38,9	46,7	32,7	30,3	40,1
14, 15	Chemie-, Kunststoffberufe.....	44,0	42,9	47,9	46,5	45,8	49,3	40,1	37,6	46,4
16, 17	Berufe in der Papierherstellung und im Druck.....	39,4	38,7	41,2	41,6	41,6	41,9	35,9	34,2	40,4
18	Berufe in der Holzbearbeitung....	35,2	34,6	39,0	38,2	37,9	39,7	30,8	29,3	38,2
19, 20	Berufe in der Metallherzeugung, Gießereiberufe.....	43,1	42,9	48,4	45,7	45,6	48,2	39,0	38,4	48,7
21 - 30	Metall- und Maschinenbau-berufe.....	39,6	39,4	43,4	43,4	43,3	45,2	31,7	31,4	39,5
31	Elektroberufe.....	37,3	36,6	48,7	40,6	40,1	50,1	30,2	29,1	46,1
32	Montierer/Montiererinnen.....	43,0	40,5	48,3	44,5	42,8	48,9	40,6	36,0	47,5
33 - 36	Textil- und Bekleidungsberufe...	37,9	38,5	37,5	42,2	42,2	42,3	33,0	32,5	33,2
37	Berufe in der Lederherstellung, -verarbeitung.....	37,1	36,8	37,6	40,3	40,0	40,8	32,3	30,7	33,6
39 - 43	Ernährungsberufe.....	29,7	26,3	34,3	29,6	27,3	33,8	29,9	22,9	35,1
44, 46, 47	Hoch-, Tiefbauberufe.....	26,7	26,5	36,6	29,3	29,2	40,1	21,6	21,5	31,8
48, 49	Ausbauberufe, Polsterer.....	32,1	31,4	40,2	35,0	34,3	43,6	24,4	23,4	33,7
50	Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung.....	37,5	37,2	43,5	40,4	40,2	47,6	27,9	27,7	31,0
51	Maler, Lackierer.....	38,5	37,9	48,5	42,9	42,3	51,4	27,2	26,5	39,4
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher.....	38,5	37,1	40,6	40,1	39,8	40,7	36,1	32,4	40,5
53	Hilfsarbeiter.....	30,5	30,0	32,0	31,7	31,4	32,5	27,3	25,5	31,0
54, 55	Maschinisten.....	29,9	29,0	43,4	33,2	32,1	45,2	25,7	25,2	38,3
60, 61	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker.....	17,6	16,0	29,3	18,9	17,3	29,6	14,4	13,3	27,8
62 - 65	Techniker.....	29,7	26,9	41,1	32,8	29,8	43,4	23,7	21,6	34,8
66 - 68	Warenkaufleute.....	29,6	27,4	30,7	32,1	29,9	33,2	22,7	18,9	24,2
69, 70	Dienstleistungskaufleute.....	35,3	27,7	41,5	37,2	29,8	42,9	28,7	21,6	36,1
71 - 74	Verkehrsberufe.....	31,6	30,4	38,3	33,7	32,5	40,2	28,5	27,3	35,5
75 - 78	Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe.....	32,4	25,8	35,8	34,8	28,2	38,2	27,0	20,1	30,3
79 - 81	Ordnungs- und Sicherheitsberufe.....	28,7	27,6	33,5	30,9	30,1	33,6	26,6	25,2	33,4
82, 83	Schriftwerkschaffende, künstlerische Berufe.....	28,8	24,1	33,7	29,0	24,3	33,5	28,5	23,7	34,4
84, 85	Gesundheitsdienstberufe.....	35,2	32,0	35,7	36,0	32,4	36,5	32,7	30,9	32,9
86 - 89	Sozial- und Erziehungsberufe....	43,8	29,7	48,3	45,6	30,9	50,2	40,0	27,2	44,2
90 - 93	Sonstige Dienstleistungsberufe...	33,3	29,8	34,4	33,9	30,8	35,2	32,3	27,4	33,4
97 - 99	Sonstige Arbeitskräfte.....	39,1	46,8	28,8	40,4	50,1	29,5	35,6	40,0	25,5
01 - 99	Durchschnitt.....	34,2	32,6	36,5	36,3	35,1	38,0	29,8	27,3	33,4

1) Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992



**Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Atmungssystems
- Tage je Diagnose -
2005**

Nr.	Berufsgruppe ¹⁾	Diagnosegruppe								
		Krankheiten des Atmungssystems								
		Gesamt			< 45 Jahre			≥ 45 Jahre		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
01 - 06	Berufe der Land-, Forstwirtschaft, im Gartenbau.....	7,0	7,0	6,8	6,0	5,9	6,1	9,6	9,6	9,7
07 - 11	Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter, Steinbearbeiter, Baustoffhersteller.....	7,1	7,2	6,2	6,0	6,0	5,4	9,8	9,9	8,3
12, 13	Keramik-, Glasberufe.....	7,4	7,3	7,4	6,2	6,1	6,4	9,3	9,6	8,8
14, 15	Chemie-, Kunststoffberufe.....	7,1	7,1	7,2	6,2	6,2	6,3	8,8	9,0	8,3
16, 17	Berufe in der Papierherstellung und im Druck.....	6,9	6,9	7,1	5,9	5,9	6,1	8,7	8,8	8,5
18	Berufe in der Holzbearbeitung.....	7,0	6,8	8,0	6,0	5,8	7,5	8,8	8,9	8,5
19, 20	Berufe in der Metallherzeugung, Gießereiberufe.....	8,1	8,1	8,2	6,8	6,8	6,6	10,5	10,6	10,0
21 - 30	Metall- und Maschinenbau-berufe.....	6,3	6,3	6,5	5,4	5,4	5,6	8,8	8,8	8,7
31	Elektroberufe.....	6,1	6,1	7,0	5,4	5,3	6,0	8,4	8,4	8,8
32	Montierer/Montiererinnen.....	7,2	7,0	7,6	6,3	6,1	6,7	8,8	9,0	8,7
33 - 36	Textil- und Bekleidungsberufe.....	7,1	7,1	7,0	5,9	6,1	5,9	8,6	9,4	8,3
37	Berufe in der Lederherstellung, -verarbeitung.....	6,9	6,8	7,0	5,8	5,7	6,0	9,0	9,6	8,6
39 - 43	Ernährungsberufe.....	7,2	6,8	7,6	6,3	6,1	6,6	9,2	9,6	9,0
44, 46, 47	Hoch-, Tiefbauberufe.....	7,1	7,1	7,5	6,0	6,0	6,5	9,8	9,8	9,2
48, 49	Ausbauberufe, Polsterer.....	6,6	6,7	6,3	5,8	5,8	5,5	9,7	9,9	8,4
50	Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung.....	5,7	5,7	6,0	5,2	5,2	5,5	8,4	8,4	7,9
51	Maler, Lackierer.....	6,3	6,3	6,3	5,6	5,5	5,7	9,5	9,6	9,0
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher.....	7,3	7,1	7,5	6,4	6,2	6,6	8,7	8,9	8,6
53	Hilfsarbeiter.....	6,6	6,6	6,8	5,9	5,9	6,1	8,9	9,1	8,6
54, 55	Maschinisten.....	7,6	7,7	7,3	6,4	6,5	6,4	9,6	9,6	10,1
60, 61	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker.....	5,6	5,6	5,8	5,2	5,1	5,4	7,1	7,0	7,6
62 - 65	Techniker.....	6,4	6,4	6,2	5,8	5,8	5,6	8,0	7,9	8,2
66 - 68	Warenkaufleute.....	6,2	5,8	6,3	5,6	5,3	5,7	8,4	8,2	8,4
69, 70	Dienstleistungskaufleute.....	5,7	5,7	5,7	5,3	5,2	5,3	7,6	7,7	7,6
71 - 74	Verkehrsberufe.....	7,9	7,9	7,8	6,8	6,7	6,9	9,8	9,9	9,4
75 - 78	Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe.....	5,9	5,9	5,9	5,3	5,2	5,3	7,7	8,1	7,6
79 - 81	Ordnungs- und Sicherheitsberufe.....	8,2	8,2	8,2	6,9	6,9	6,9	9,8	9,8	9,9
82, 83	Schriftwerkschaffende, künstlerische Berufe.....	6,1	6,2	6,0	5,5	5,6	5,4	8,0	7,8	8,1
84, 85	Gesundheitsdienstberufe.....	6,2	6,7	6,1	5,6	6,2	5,5	8,2	8,7	8,2
86 - 89	Sozial- und Erziehungsberufe.....	6,2	6,2	6,2	5,6	5,6	5,6	7,5	7,5	7,5
90 - 93	Sonstige Dienstleistungsberufe.....	7,4	7,5	7,4	6,3	6,5	6,2	9,3	10,4	9,1
97 - 99	Sonstige Arbeitskräfte.....	6,1	6,1	6,0	5,5	5,5	5,5	8,1	8,0	8,8
01 - 99	Durchschnitt.....	6,6	6,7	6,5	5,8	5,8	5,7	8,7	9,0	8,4

1) Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992



Tabelle TD 9

**Arbeitsunfähigkeit infolge von Psychischen und Verhaltensstörungen
- Diagnosen je 100 Versicherte -
2005**

Nr.	Berufsgruppe ¹⁾	Diagnosegruppe								
		Psychische und Verhaltensstörungen								
		Gesamt			< 45 Jahre			≥ 45 Jahre		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
01 - 06	Berufe der Land-, Forstwirtschaft, im Gartenbau.....	4,2	3,8	5,1	3,9	3,4	5,1	4,8	4,7	5,0
07 - 11	Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter, Steinbearbeiter, Baustoffhersteller.....	3,5	3,3	5,5	3,1	2,9	4,5	4,2	3,9	7,9
12, 13	Keramik-, Glasberufe.....	5,8	4,7	9,6	5,2	4,2	8,9	6,6	5,4	10,4
14, 15	Chemie-, Kunststoffberufe.....	6,2	5,0	10,2	5,4	4,5	9,0	7,5	5,9	11,5
16, 17	Berufe in der Papierherstellung und im Druck.....	6,5	5,7	8,9	5,3	4,6	7,4	8,2	7,3	10,9
18	Berufe in der Holzbearbeitung....	5,1	4,6	8,2	4,4	4,0	7,5	6,1	5,5	8,9
19, 20	Berufe in der Metallherzeugung, Gießereiberufe.....	5,2	4,9	11,3	4,6	4,4	9,7	6,0	5,6	13,2
21 - 30	Metall- und Maschinenbau-berufe.....	3,7	3,5	7,4	3,2	3,0	6,2	4,8	4,6	10,0
31	Elektroberufe.....	3,2	2,9	8,7	2,7	2,4	7,8	4,4	4,0	10,2
32	Montierer/Montiererinnen.....	7,2	5,1	11,6	6,1	4,6	10,3	9,0	6,3	13,0
33 - 36	Textil- und Bekleidungsberufe...	7,3	5,5	8,2	6,7	5,1	7,7	8,0	6,2	8,7
37	Berufe in der Lederherstellung, -verarbeitung.....	6,9	5,4	8,7	5,9	5,1	7,1	8,4	6,0	10,6
39 - 43	Ernährungsberufe.....	5,4	3,7	7,8	4,5	3,4	6,5	7,5	4,8	9,5
44, 46, 47	Hoch-, Tiefbauberufe.....	3,1	3,0	8,3	2,8	2,8	9,0	3,6	3,6	7,3
48, 49	Ausbauberufe, Polsterer.....	3,4	3,2	6,3	3,2	3,0	5,4	4,2	3,8	7,9
50	Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung.....	3,4	3,2	7,9	3,1	2,9	8,3	4,3	4,2	6,9
51	Maler, Lackierer.....	4,1	3,9	8,0	4,0	3,8	7,1	4,5	4,1	10,8
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher.....	6,4	4,9	8,7	5,5	4,4	7,6	7,7	5,7	10,0
53	Hilfsarbeiter.....	4,8	4,1	6,7	4,4	3,8	6,3	5,7	4,9	7,5
54, 55	Maschinisten.....	5,1	4,5	13,3	5,0	4,3	13,2	5,1	4,8	13,8
60, 61	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker.....	1,6	1,3	3,7	1,3	1,1	3,2	2,1	1,8	5,6
62 - 65	Techniker.....	3,3	2,7	5,6	3,0	2,4	4,9	4,0	3,3	7,6
66 - 68	Warenkaufleute.....	4,7	3,1	5,4	4,4	2,9	5,2	5,4	3,7	6,0
69, 70	Dienstleistungskaufleute.....	3,9	2,7	4,9	3,4	2,2	4,3	5,7	4,2	7,2
71 - 74	Verkehrsberufe.....	5,2	4,7	7,9	4,7	4,2	7,5	5,9	5,4	8,4
75 - 78	Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe.....	4,5	2,8	5,3	4,0	2,4	4,8	5,7	3,9	6,5
79 - 81	Ordnungs- und Sicherheitsberufe.....	6,0	5,2	9,2	5,3	4,5	8,3	6,7	5,9	10,5
82, 83	Schriftwerkschaffende, künstlerische Berufe.....	4,1	2,9	5,3	3,3	2,2	4,4	6,4	4,9	8,3
84, 85	Gesundheitsdienstberufe.....	5,9	5,0	6,1	5,1	4,3	5,2	8,5	7,4	8,7
86 - 89	Sozial- und Erziehungsberufe....	7,2	4,8	8,0	6,3	4,1	7,0	9,2	6,3	10,1
90 - 93	Sonstige Dienstleistungsberufe...	6,9	4,9	7,5	5,9	4,3	6,6	8,4	6,3	8,8
97 - 99	Sonstige Arbeitskräfte.....	4,6	4,6	4,5	4,1	4,1	4,0	5,9	5,5	6,8
01 - 99	Durchschnitt.....	4,9	3,8	6,5	4,3	3,3	5,7	6,2	4,8	8,2

1) Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992



**Arbeitsunfähigkeit infolge von Psychischen und Verhaltensstörungen
- Tage je Diagnose -
2005**

Nr.	Berufsgruppe ¹⁾	Diagnosegruppe								
		Psychische und Verhaltensstörungen								
		Gesamt			< 45 Jahre			≥ 45 Jahre		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
01 - 06	Berufe der Land-, Forstwirtschaft, im Gartenbau.....	22,6	23,0	21,7	20,3	20,9	19,3	26,4	25,8	28,0
07 - 11	Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter, Steinbearbeiter, Baustoffhersteller.....	27,4	27,8	24,8	19,1	19,8	14,6	38,5	38,4	39,1
12, 13	Keramik-, Glasberufe.....	25,6	27,7	22,1	20,0	21,4	17,5	31,7	34,8	26,8
14, 15	Chemie-, Kunststoffberufe.....	23,7	23,7	23,8	21,0	21,1	20,7	26,9	27,3	26,5
16, 17	Berufe in der Papierherstellung und im Druck.....	24,7	25,2	23,8	21,1	21,0	21,2	28,3	29,4	26,2
18	Berufe in der Holzbearbeitung....	24,3	24,5	23,9	20,8	21,2	19,0	28,2	28,2	28,0
19, 20	Berufe in der Metallherzeugung, Gießereiberufe.....	29,9	28,7	41,0	27,1	25,6	43,1	33,4	32,7	39,2
21 - 30	Metall- und Maschinenbau-berufe.....	24,0	24,1	22,9	19,9	19,9	19,8	29,6	29,8	27,2
31	Elektroberufe.....	25,1	25,7	21,8	20,2	20,3	19,7	31,5	32,8	24,6
32	Montierer/Montiererinnen.....	24,5	24,7	24,4	21,7	22,1	21,3	27,7	28,4	27,3
33 - 36	Textil- und Bekleidungsberufe...	23,9	24,2	23,7	18,5	19,7	17,9	28,8	30,2	28,4
37	Berufe in der Lederherstellung, -verarbeitung.....	26,0	27,4	25,0	19,0	20,5	17,4	33,6	38,8	31,0
39 - 43	Ernährungsberufe.....	24,5	24,0	24,9	21,1	21,1	21,2	29,3	31,2	28,6
44, 46, 47	Hoch-, Tiefbauberufe.....	25,6	25,8	21,4	21,2	21,2	20,0	32,2	32,4	23,8
48, 49	Ausbauberufe, Polsterer.....	24,0	23,8	25,5	19,7	19,4	21,9	32,6	33,1	30,3
50	Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung.....	23,6	24,0	19,2	19,7	19,9	18,1	32,8	33,4	23,2
51	Maler, Lackierer.....	22,8	22,8	22,1	19,0	19,0	18,8	31,6	32,0	28,9
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher.....	23,7	24,5	23,1	21,1	21,5	20,8	26,4	28,4	25,1
53	Hilfsarbeiter.....	19,8	19,7	20,0	17,5	17,6	17,3	24,7	24,6	24,9
54, 55	Maschinisten.....	22,7	23,7	17,8	19,8	20,6	17,1	26,3	27,1	19,6
60, 61	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker.....	23,5	24,4	20,9	21,9	23,3	18,8	25,9	25,9	25,8
62 - 65	Techniker.....	26,5	27,9	23,6	23,7	25,2	21,1	30,4	31,4	27,9
66 - 68	Warenkaufleute.....	25,1	25,6	25,0	21,9	22,5	21,7	32,7	33,7	32,5
69, 70	Dienstleistungskaufleute.....	24,9	28,0	23,4	22,1	23,6	21,5	30,6	34,9	28,0
71 - 74	Verkehrsberufe.....	25,4	25,9	23,9	22,0	22,3	21,1	29,4	29,9	27,7
75 - 78	Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe.....	24,6	26,8	24,0	21,8	23,1	21,4	29,1	32,4	28,1
79 - 81	Ordnungs- und Sicherheitsberufe.....	26,5	27,1	25,3	23,5	23,7	23,2	28,9	29,5	27,3
82, 83	Schriftwerkschaffende, künstlerische Berufe.....	23,9	26,7	22,4	21,6	23,4	20,7	27,6	30,7	25,4
84, 85	Gesundheitsdienstberufe.....	26,3	28,9	25,9	22,8	24,9	22,5	33,0	36,8	32,5
86 - 89	Sozial- und Erziehungsberufe....	26,1	28,6	25,6	23,2	24,5	23,0	30,3	34,2	29,5
90 - 93	Sonstige Dienstleistungsberufe...	24,1	23,5	24,2	20,1	20,1	20,2	28,4	29,4	28,3
97 - 99	Sonstige Arbeitskräfte.....	36,5	36,0	37,1	32,0	32,7	31,3	45,0	41,3	51,9
01 - 99	Durchschnitt.....	25,1	25,6	24,7	21,8	22,0	21,7	29,9	30,8	29,2

1) Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992



Tabelle TD 11

**Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems
- Diagnosen je 100 Versicherte -
2005**

Nr.	Berufsgruppe ¹⁾	Diagnosegruppe								
		Krankheiten des Kreislaufsystems								
		Gesamt			< 45 Jahre			≥ 45 Jahre		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
01 - 06	Berufe der Land-, Forstwirtschaft, im Gartenbau.....	5,6	5,8	4,9	3,2	3,0	3,6	10,5	11,1	8,3
07 - 11	Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter, Steinbearbeiter, Baustoffhersteller.....	5,5	5,7	3,7	2,9	2,8	2,9	10,4	10,7	5,7
12, 13	Keramik-, Glasberufe.....	7,7	7,6	8,3	4,2	3,9	5,2	12,6	12,9	11,9
14, 15	Chemie-, Kunststoffberufe.....	7,4	6,9	9,2	4,2	3,8	5,9	12,6	12,5	12,8
16, 17	Berufe in der Papierherstellung und im Druck.....	7,3	7,2	7,6	3,8	3,6	4,4	12,7	13,0	11,9
18	Berufe in der Holzbearbeitung....	7,7	7,4	9,4	4,4	4,2	5,8	12,7	12,6	13,1
19, 20	Berufe in der Metallherzeugung, Gießereiberufe.....	7,9	7,9	8,6	4,2	4,2	5,1	13,8	13,9	12,9
21 - 30	Metall- und Maschinenbau-berufe.....	5,7	5,7	6,1	3,0	3,0	4,0	11,2	11,2	10,9
31	Elektroberufe.....	4,6	4,4	6,8	2,5	2,4	4,3	9,0	8,9	11,2
32	Montierer/Montiererinnen.....	7,9	7,0	9,9	4,6	3,8	6,4	13,5	13,2	14,0
33 - 36	Textil- und Bekleidungsberufe...	7,6	7,8	7,5	4,4	4,0	4,8	11,1	14,1	10,0
37	Berufe in der Lederherstellung, -verarbeitung.....	7,7	7,5	7,9	4,1	3,7	4,7	13,1	14,7	11,7
39 - 43	Ernährungsberufe.....	5,8	4,5	7,6	3,2	2,6	4,4	11,6	10,9	12,1
44, 46, 47	Hoch-, Tiefbauberufe.....	5,4	5,3	6,9	2,9	2,9	4,6	10,0	9,9	10,0
48, 49	Ausbauberufe, Polsterer.....	4,5	4,4	6,4	2,8	2,7	4,3	9,1	9,0	10,5
50	Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung.....	4,4	4,3	5,6	2,8	2,7	4,1	9,7	9,7	10,2
51	Maler, Lackierer.....	5,0	4,9	6,3	3,2	3,0	5,0	9,8	9,8	10,5
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher.....	7,3	6,6	8,4	4,1	3,5	5,2	11,9	11,9	12,0
53	Hilfsarbeiter.....	4,8	4,5	5,7	3,1	2,8	4,2	9,5	9,7	9,0
54, 55	Maschinisten.....	6,8	6,8	6,0	3,3	3,2	4,2	11,2	11,2	11,1
60, 61	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker.....	1,9	1,8	2,4	1,0	0,9	1,7	3,9	3,8	5,2
62 - 65	Techniker.....	3,8	3,7	3,8	2,2	2,0	2,8	6,8	6,9	6,7
66 - 68	Warenkaufleute.....	3,8	3,3	4,0	2,7	2,0	3,1	6,8	7,5	6,5
69, 70	Dienstleistungskaufleute.....	2,9	2,7	3,0	2,0	1,6	2,3	6,0	6,2	5,7
71 - 74	Verkehrsberufe.....	7,0	7,2	6,2	3,7	3,5	4,2	12,0	12,5	9,2
75 - 78	Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe.....	3,6	3,4	3,7	2,3	1,8	2,6	6,4	7,2	6,1
79 - 81	Ordnungs- und Sicherheitsberufe.....	8,1	8,4	6,8	3,2	3,1	3,5	13,0	13,4	11,1
82, 83	Schriftwerkschaffende, künstlerische Berufe.....	3,0	3,1	2,8	1,6	1,4	1,8	7,2	7,8	6,5
84, 85	Gesundheitsdienstberufe.....	4,0	4,0	3,9	2,7	2,2	2,7	8,1	10,1	7,8
86 - 89	Sozial- und Erziehungsberufe....	4,4	3,8	4,6	2,8	1,9	3,1	7,9	7,9	7,9
90 - 93	Sonstige Dienstleistungsberufe...	6,7	5,7	7,0	3,7	3,0	4,0	11,3	12,6	11,0
97 - 99	Sonstige Arbeitskräfte.....	4,4	5,5	3,0	2,5	2,9	2,1	9,7	11,0	6,6
01 - 99	Durchschnitt.....	5,2	5,3	4,9	2,9	2,8	3,2	9,8	10,5	8,6

1) Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992



**Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems
- Tage je Diagnose -
2005**

Nr.	Berufsgruppe ¹⁾	Diagnosegruppe								
		Krankheiten des Kreislaufsystems								
		Gesamt			< 45 Jahre			≥ 45 Jahre		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
01 - 06	Berufe der Land-, Forstwirtschaft, im Gartenbau.....	20,4	21,7	16,3	12,3	13,3	10,2	25,6	26,2	23,1
07 - 11	Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter, Steinbearbeiter, Baustoffhersteller.....	24,0	24,3	18,6	16,0	16,2	14,0	28,0	28,1	24,4
12, 13	Keramik-, Glasberufe.....	22,7	24,3	17,5	12,4	12,6	11,7	27,3	29,4	20,4
14, 15	Chemie-, Kunststoffberufe.....	19,5	20,4	17,1	12,3	12,9	10,8	23,4	24,6	20,3
16, 17	Berufe in der Papierherstellung und im Druck.....	20,8	21,7	18,0	12,2	12,7	10,9	24,7	25,7	21,6
18	Berufe in der Holzbearbeitung....	21,6	22,4	18,0	13,2	13,2	13,4	25,9	27,2	20,1
19, 20	Berufe in der Metallherzeugung, Gießereiberufe.....	24,6	24,7	22,8	15,0	15,1	13,8	29,2	29,3	27,2
21 - 30	Metall- und Maschinenbau-berufe.....	21,2	21,5	15,8	11,8	12,0	9,4	26,4	26,6	20,9
31	Elektroberufe.....	20,6	21,1	14,4	12,1	12,2	10,8	25,6	26,4	16,8
32	Montierer/Montiererinnen.....	19,1	20,7	16,6	12,5	13,1	11,4	22,7	25,1	19,4
33 - 36	Textil- und Bekleidungsberufe...	19,2	23,0	17,2	10,2	12,0	9,2	23,2	28,0	20,6
37	Berufe in der Lederherstellung, -verarbeitung.....	21,9	25,3	18,2	12,9	14,8	10,8	26,3	30,3	21,7
39 - 43	Ernährungsberufe.....	19,9	21,8	18,3	12,4	13,2	11,4	24,7	28,8	21,9
44, 46, 47	Hoch-, Tiefbauberufe.....	25,6	25,7	16,6	14,2	14,3	9,8	31,8	32,0	20,9
48, 49	Ausbauberufe, Polsterer.....	23,3	24,2	15,5	12,8	13,3	9,2	31,7	33,1	20,5
50	Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung.....	19,4	19,4	18,8	11,1	11,0	12,7	27,1	27,1	26,1
51	Maler, Lackierer.....	20,8	21,4	14,0	10,7	11,0	8,8	29,4	29,8	21,8
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher.....	19,2	21,5	16,5	12,1	12,9	11,1	22,8	25,9	19,2
53	Hilfsarbeiter.....	16,1	17,5	13,0	10,0	10,7	8,6	21,6	23,4	17,4
54, 55	Maschinisten.....	23,5	24,1	13,5	13,8	14,2	10,3	27,0	27,4	16,9
60, 61	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker.....	16,8	17,3	13,6	10,6	10,3	11,9	20,6	21,2	15,8
62 - 65	Techniker.....	18,7	20,2	12,6	12,3	13,8	8,2	22,6	23,5	17,5
66 - 68	Warenkaufleute.....	16,8	19,9	15,5	10,8	12,4	10,3	23,5	26,8	22,0
69, 70	Dienstleistungskaufleute.....	14,1	18,0	11,3	9,6	11,3	8,6	19,5	23,0	15,6
71 - 74	Verkehrsberufe.....	23,2	24,4	16,2	14,2	14,9	11,3	27,3	28,3	19,6
75 - 78	Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe.....	14,8	18,2	13,2	9,5	11,2	9,0	19,1	22,3	17,3
79 - 81	Ordnungs- und Sicherheitsberufe.....	21,2	21,9	17,9	14,5	14,9	13,3	22,9	23,4	19,7
82, 83	Schriftwerkschaffende, künstlerische Berufe.....	14,5	17,6	11,1	9,2	10,7	8,1	17,9	20,8	13,8
84, 85	Gesundheitsdienstberufe.....	16,1	20,0	15,4	10,6	14,2	10,2	21,8	24,5	21,3
86 - 89	Sozial- und Erziehungsberufe....	15,3	18,1	14,6	10,5	12,4	10,2	18,9	21,1	18,2
90 - 93	Sonstige Dienstleistungsberufe...	18,3	21,1	17,6	11,6	12,9	11,2	21,7	26,0	20,7
97 - 99	Sonstige Arbeitskräfte.....	21,9	24,4	15,8	12,6	14,7	9,5	28,7	29,8	24,6
01 - 99	Durchschnitt.....	19,4	21,9	15,6	11,7	13,0	10,1	24,2	26,7	19,9

1) Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992



Tabelle TD 13

**Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Verdauungssystems
- Diagnosen je 100 Versicherte -
2005**

Nr.	Berufsgruppe ¹⁾	Diagnosegruppe								
		Krankheiten des Verdauungssystems								
		Gesamt			< 45 Jahre			≥ 45 Jahre		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
01 - 06	Berufe der Land-, Forstwirtschaft, im Gartenbau.....	13,4	13,4	13,4	13,8	13,5	14,4	12,7	13,2	10,9
07 - 11	Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter, Steinbearbeiter, Baustoffhersteller.....	13,4	13,4	13,2	13,1	13,1	13,0	13,8	13,8	13,5
12, 13	Keramik-, Glasberufe.....	16,4	15,8	18,5	16,7	16,2	18,6	16,0	15,3	18,2
14, 15	Chemie-, Kunststoffberufe.....	18,1	17,5	20,3	18,1	17,6	20,1	18,2	17,4	20,4
16, 17	Berufe in der Papierherstellung und im Druck.....	16,8	16,5	17,4	16,3	16,4	16,2	17,4	16,8	19,1
18	Berufe in der Holzbearbeitung....	15,7	15,2	18,3	16,0	15,7	18,6	15,2	14,6	18,0
19, 20	Berufe in der Metallherzeugung, Gießereiberufe.....	17,5	17,4	21,0	17,1	17,0	18,9	18,3	18,0	23,6
21 - 30	Metall- und Maschinenbau-berufe.....	16,4	16,3	17,5	16,6	16,6	17,3	15,8	15,7	17,9
31	Elektroberufe.....	14,8	14,5	19,6	14,9	14,7	18,6	14,6	14,1	21,5
32	Montierer/Montiererinnen.....	17,8	16,6	20,4	17,3	16,5	19,5	18,6	16,8	21,4
33 - 36	Textil- und Bekleidungsberufe...	16,8	16,7	16,9	17,3	16,8	17,7	16,2	16,5	16,1
37	Berufe in der Lederherstellung, -verarbeitung.....	16,0	16,3	15,7	16,0	16,5	15,4	16,0	15,9	16,0
39 - 43	Ernährungsberufe.....	13,6	12,6	15,1	13,5	12,7	14,9	13,9	11,9	15,5
44, 46, 47	Hoch-, Tiefbauberufe.....	13,1	13,1	15,5	13,5	13,5	17,8	12,4	12,4	12,4
48, 49	Ausbauberufe, Polsterer.....	14,1	13,9	16,4	14,7	14,5	16,3	12,7	12,3	16,6
50	Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung.....	16,2	16,1	19,2	16,9	16,8	20,0	14,2	14,1	16,8
51	Maler, Lackierer.....	18,0	17,8	21,7	19,3	19,0	23,2	14,7	14,6	17,0
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher.....	16,6	16,0	17,4	16,2	15,9	16,6	17,2	16,2	18,3
53	Hilfsarbeiter.....	14,1	14,0	14,6	14,5	14,3	15,0	13,2	12,9	13,7
54, 55	Maschinisten.....	14,1	13,8	18,9	14,1	13,6	19,2	14,1	13,9	18,3
60, 61	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker.....	6,1	5,7	9,5	5,7	5,2	8,5	7,1	6,6	13,2
62 - 65	Techniker.....	11,3	10,4	14,7	11,3	10,4	14,4	11,3	10,5	15,6
66 - 68	Warenkaufleute.....	12,2	11,3	12,7	12,9	11,7	13,5	10,3	9,9	10,5
69, 70	Dienstleistungskaufleute.....	11,9	9,7	13,6	11,7	9,7	13,3	12,3	9,7	14,9
71 - 74	Verkehrsberufe.....	14,3	14,1	15,5	14,3	14,0	15,8	14,3	14,2	15,0
75 - 78	Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe.....	12,2	9,8	13,4	12,2	9,8	13,4	12,2	9,7	13,3
79 - 81	Ordnungs- und Sicherheitsberufe.....	12,8	12,7	13,3	12,4	12,3	12,8	13,2	13,1	13,8
82, 83	Schriftwerkschaffende, künstlerische Berufe.....	9,4	8,2	10,7	8,7	7,5	9,9	11,4	9,9	13,3
84, 85	Gesundheitsdienstberufe.....	12,5	11,2	12,7	12,7	10,9	13,0	11,8	12,1	11,7
86 - 89	Sozial- und Erziehungsberufe....	13,3	9,8	14,4	13,4	9,7	14,6	13,1	10,2	14,1
90 - 93	Sonstige Dienstleistungsberufe...	14,3	13,4	14,6	14,3	13,2	14,8	14,4	14,0	14,4
97 - 99	Sonstige Arbeitskräfte.....	14,8	17,8	10,7	14,7	18,3	10,7	15,0	16,8	10,8
01 - 99	Durchschnitt.....	13,9	13,8	14,0	13,9	13,9	13,9	13,8	13,6	14,0

1) Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992



**Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Verdauungssystems
- Tage je Diagnose -
2005**

Nr.	Berufsgruppe ¹⁾	Diagnosegruppe								
		Krankheiten des Verdauungssystems								
		Gesamt			< 45 Jahre			≥ 45 Jahre		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
01 - 06	Berufe der Land-, Forstwirtschaft, im Gartenbau.....	7,0	7,4	6,0	5,8	5,9	5,5	9,9	10,3	7,9
07 - 11	Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter, Steinbearbeiter, Baustoffhersteller.....	8,3	8,6	5,0	6,5	6,7	4,6	11,4	11,8	5,9
12, 13	Keramik-, Glasberufe.....	7,8	8,2	6,9	6,3	6,5	5,6	10,1	10,7	8,4
14, 15	Chemie-, Kunststoffberufe.....	7,3	7,4	6,8	6,1	6,1	5,8	9,2	9,7	8,0
16, 17	Berufe in der Papierherstellung und im Druck.....	7,2	7,5	6,5	5,8	5,9	5,5	9,3	10,0	7,8
18	Berufe in der Holzbearbeitung....	8,1	8,3	6,7	6,3	6,4	6,0	10,8	11,7	7,4
19, 20	Berufe in der Metallherzeugung, Gießereiberufe.....	8,5	8,5	8,3	6,9	6,9	6,4	10,8	10,9	10,0
21 - 30	Metall- und Maschinenbau-berufe.....	6,5	6,6	6,0	5,2	5,2	5,2	9,4	9,5	7,8
31	Elektroberufe.....	6,2	6,2	6,1	5,0	5,0	5,6	8,8	9,1	6,8
32	Montierer/Montiererinnen.....	7,3	7,4	7,0	6,1	6,2	6,1	9,1	10,0	8,0
33 - 36	Textil- und Bekleidungsberufe...	7,0	7,8	6,6	5,6	5,8	5,4	8,8	11,1	7,9
37	Berufe in der Lederherstellung, -verarbeitung.....	7,2	7,5	6,9	5,5	5,7	5,3	9,8	11,1	8,7
39 - 43	Ernährungsberufe.....	7,7	7,7	7,7	6,4	6,4	6,4	10,6	12,4	9,5
44, 46, 47	Hoch-, Tiefbauberufe.....	7,9	8,0	5,9	6,3	6,3	5,2	11,4	11,5	7,1
48, 49	Ausbauberufe, Polsterer.....	7,3	7,3	6,3	5,9	6,0	4,6	11,4	11,6	9,7
50	Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung.....	6,1	6,1	6,1	5,2	5,2	5,1	9,7	9,7	9,5
51	Maler, Lackierer.....	6,3	6,3	6,0	5,1	5,1	5,4	10,3	10,5	8,5
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher.....	7,2	7,4	7,0	5,9	6,0	5,7	9,1	9,8	8,3
53	Hilfsarbeiter.....	6,5	6,6	6,1	5,6	5,6	5,4	9,3	10,1	7,7
54, 55	Maschinisten.....	7,9	8,1	5,7	6,0	6,1	5,2	10,3	10,5	6,9
60, 61	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker.....	5,7	5,8	5,0	5,1	5,2	4,8	6,7	6,9	5,7
62 - 65	Techniker.....	6,1	6,4	5,3	5,2	5,4	4,9	7,8	8,3	6,3
66 - 68	Warenkaufleute.....	6,3	6,1	6,3	5,4	5,3	5,5	9,1	9,5	8,9
69, 70	Dienstleistungskaufleute.....	5,4	5,9	5,1	4,9	5,2	4,7	7,2	8,3	6,5
71 - 74	Verkehrsberufe.....	8,2	8,4	7,0	6,7	6,8	6,1	10,4	10,7	8,5
75 - 78	Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe.....	5,6	6,2	5,4	4,9	5,1	4,8	7,3	8,8	6,7
79 - 81	Ordnungs- und Sicherheitsberufe.....	8,9	9,1	7,9	7,0	7,1	6,6	10,7	10,9	9,6
82, 83	Schriftwerkschaffende, künstlerische Berufe.....	6,0	6,5	5,5	5,2	5,6	5,0	7,6	8,3	7,0
84, 85	Gesundheitsdienstberufe.....	6,3	7,4	6,1	5,4	6,5	5,3	9,3	10,1	9,2
86 - 89	Sozial- und Erziehungsberufe....	6,1	6,9	6,0	5,4	5,9	5,3	7,8	8,8	7,6
90 - 93	Sonstige Dienstleistungsberufe...	7,5	8,1	7,3	6,1	6,7	5,9	9,5	11,4	9,1
97 - 99	Sonstige Arbeitskräfte.....	6,8	7,0	6,2	5,6	5,6	5,4	10,0	10,2	9,4
01 - 99	Durchschnitt.....	6,8	7,2	6,3	5,6	5,8	5,4	9,2	10,0	8,1

1) Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992



Tabelle TD 15

**Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- Diagnosen je 100 Versicherte -
2005**

Nr.	Berufsgruppe ¹⁾	Diagnosegruppe								
		Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes								
		Gesamt			< 45 Jahre			≥ 45 Jahre		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
01 - 06	Berufe der Land-, Forstwirtschaft, im Gartenbau.....	25,4	27,4	20,2	21,0	22,6	16,9	34,7	36,6	28,5
07 - 11	Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter, Steinbearbeiter, Baustoffhersteller.....	29,9	30,8	20,7	25,6	26,4	17,1	37,9	38,5	29,7
12, 13	Keramik-, Glasberufe.....	36,0	35,7	36,8	29,9	30,1	29,2	44,4	43,9	45,8
14, 15	Chemie-, Kunststoffberufe.....	37,0	36,2	39,8	30,4	30,3	30,4	47,9	47,0	50,2
16, 17	Berufe in der Papierherstellung und im Druck.....	32,8	32,6	33,6	25,6	26,2	23,7	43,8	42,7	47,0
18	Berufe in der Holzbearbeitung....	34,5	34,3	36,1	29,6	29,8	28,3	41,9	41,4	43,8
19, 20	Berufe in der Metallherzeugung, Gießereiberufe.....	40,6	40,7	39,4	34,1	34,4	26,9	50,9	50,7	54,5
21 - 30	Metall- und Maschinenbau-berufe.....	28,9	29,1	26,2	23,4	23,6	19,5	40,3	40,2	40,9
31	Elektroberufe.....	22,9	22,4	29,6	17,9	17,7	22,8	33,5	32,9	41,6
32	Montierer/Montiererinnen.....	36,8	34,4	41,8	29,9	29,1	31,9	48,2	44,9	53,2
33 - 36	Textil- und Bekleidungsberufe...	30,9	34,1	29,3	24,6	28,6	21,9	37,9	43,0	36,0
37	Berufe in der Lederherstellung, -verarbeitung.....	29,3	29,9	28,5	23,6	25,4	21,1	37,9	38,5	37,4
39 - 43	Ernährungsberufe.....	23,8	19,9	29,2	17,9	16,6	20,4	37,3	31,5	41,7
44, 46, 47	Hoch-, Tiefbauberufe.....	30,7	30,7	28,7	26,1	26,2	25,0	39,3	39,4	33,7
48, 49	Ausbauberufe, Polsterer.....	31,5	32,0	25,6	27,3	27,9	19,0	42,7	43,2	38,5
50	Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung.....	27,6	27,6	28,6	23,8	23,8	25,0	39,8	39,8	39,6
51	Maler, Lackierer.....	29,1	29,1	30,4	25,0	25,0	25,8	40,0	39,7	44,9
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher.....	33,8	32,3	36,1	28,0	28,3	27,5	42,4	39,3	45,9
53	Hilfsarbeiter.....	25,9	26,3	24,7	23,1	23,8	20,7	33,8	34,0	33,5
54, 55	Maschinisten.....	27,1	27,3	23,4	21,1	21,3	18,8	34,6	34,6	35,8
60, 61	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker.....	6,2	5,8	8,9	5,0	4,7	7,2	9,1	8,5	15,8
62 - 65	Techniker.....	14,8	14,7	15,2	12,2	12,2	12,3	19,7	19,1	22,9
66 - 68	Warenkaufleute.....	14,2	12,9	14,8	12,1	11,5	12,4	20,1	17,6	21,0
69, 70	Dienstleistungskaufleute.....	10,9	9,9	11,6	8,8	8,1	9,4	17,9	15,4	20,5
71 - 74	Verkehrsberufe.....	29,5	29,9	27,4	25,1	25,7	22,0	35,9	36,0	35,7
75 - 78	Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe.....	12,2	10,6	13,0	9,7	8,6	10,3	17,9	15,4	19,1
79 - 81	Ordnungs- und Sicherheitsberufe.....	23,6	23,9	22,2	18,0	18,7	15,6	29,1	28,8	30,7
82, 83	Schriftwerkschaffende, künstlerische Berufe.....	11,2	10,8	11,5	8,5	8,4	8,7	19,0	17,2	21,2
84, 85	Gesundheitsdienstberufe.....	15,5	16,1	15,4	11,7	13,0	11,5	27,6	26,3	27,8
86 - 89	Sozial- und Erziehungsberufe....	16,8	12,3	18,2	13,3	10,1	14,3	24,2	17,0	26,5
90 - 93	Sonstige Dienstleistungsberufe...	26,6	26,4	26,7	19,5	22,0	18,6	37,5	37,6	37,5
97 - 99	Sonstige Arbeitskräfte.....	16,7	22,3	9,3	13,7	19,2	7,7	25,1	28,9	16,5
01 - 99	Durchschnitt.....	22,2	24,4	19,0	17,6	20,2	14,0	31,6	33,0	29,5

1) Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992



**Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- Tage je Diagnose -
2005**

Nr.	Berufsgruppe ¹⁾	Diagnosegruppe								
		Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes								
		Gesamt			< 45 Jahre			≥ 45 Jahre		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
01 - 06	Berufe der Land-, Forstwirtschaft, im Gartenbau.....	15,5	15,1	16,9	12,2	11,9	13,0	19,6	18,8	22,9
07 - 11	Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter, Steinbearbeiter, Baustoffhersteller.....	17,2	17,1	18,7	13,3	13,4	12,6	21,9	21,6	27,5
12, 13	Keramik-, Glasberufe.....	18,1	17,7	19,4	14,1	14,0	14,7	21,8	21,4	22,9
14, 15	Chemie-, Kunststoffberufe.....	15,8	15,2	17,6	12,9	12,6	14,1	18,7	18,2	20,0
16, 17	Berufe in der Papierherstellung und im Druck.....	16,2	15,5	18,2	12,6	12,2	14,1	19,3	18,7	21,0
18	Berufe in der Holzbearbeitung....	16,2	15,9	18,0	13,0	12,8	14,7	19,6	19,5	20,1
19, 20	Berufe in der Metallherzeugung, Gießereiberufe.....	17,7	17,4	23,7	14,3	14,2	19,0	21,3	21,0	26,5
21 - 30	Metall- und Maschinenbau-berufe.....	15,8	15,8	17,1	12,0	11,9	13,2	20,4	20,4	21,2
31	Elektroberufe.....	15,6	15,5	16,5	11,9	11,8	13,4	19,9	20,0	19,4
32	Montierer/Montiererinnen.....	16,4	15,4	18,3	13,4	12,8	14,7	19,6	18,7	20,7
33 - 36	Textil- und Bekleidungsberufe...	17,9	16,3	18,9	13,0	13,2	12,9	21,4	19,6	22,3
37	Berufe in der Lederherstellung, -verarbeitung.....	17,1	15,9	18,5	12,5	12,5	12,4	21,5	20,2	22,7
39 - 43	Ernährungsberufe.....	17,8	16,1	19,4	13,7	12,8	14,9	22,4	22,1	22,6
44, 46, 47	Hoch-, Tiefbauberufe.....	18,8	18,9	17,4	14,1	14,1	14,4	24,7	24,8	20,4
48, 49	Ausbauberufe, Polsterer.....	18,6	18,6	18,5	14,2	14,2	12,9	26,0	26,2	23,9
50	Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung.....	15,2	15,2	15,4	11,8	11,8	11,7	22,0	21,9	22,5
51	Maler, Lackierer.....	16,5	16,5	15,4	12,6	12,6	12,5	22,8	22,9	20,7
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher.....	16,6	15,3	18,3	13,0	12,5	14,0	20,0	18,8	21,2
53	Hilfsarbeiter.....	13,7	13,2	15,1	11,1	10,9	12,0	18,6	18,2	19,2
54, 55	Maschinisten.....	18,5	18,7	14,9	13,6	13,7	12,3	22,2	22,3	18,6
60, 61	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker.....	13,0	13,1	12,8	11,0	11,1	10,5	15,7	15,5	17,1
62 - 65	Techniker.....	16,5	16,9	15,2	14,6	15,2	12,7	18,8	18,8	18,9
66 - 68	Warenkaufleute.....	17,4	15,0	18,4	13,7	12,3	14,4	23,8	21,1	24,6
69, 70	Dienstleistungskaufleute.....	13,7	14,2	13,3	11,0	11,4	10,8	18,2	18,6	17,9
71 - 74	Verkehrsberufe.....	17,8	17,6	18,7	14,2	14,1	15,3	21,4	21,3	22,0
75 - 78	Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe.....	14,5	14,3	14,6	11,4	11,3	11,5	18,3	18,2	18,3
79 - 81	Ordnungs- und Sicherheitsberufe.....	18,6	18,3	20,0	14,7	14,5	15,7	21,0	20,6	22,7
82, 83	Schriftwerkschaffende, künstlerische Berufe.....	14,5	15,1	13,9	12,7	13,4	12,0	17,0	17,4	16,6
84, 85	Gesundheitsdienstberufe.....	17,9	16,5	18,2	14,0	13,8	14,0	23,4	20,8	23,8
86 - 89	Sozial- und Erziehungsberufe....	16,1	14,8	16,4	12,8	12,3	13,0	20,0	17,9	20,4
90 - 93	Sonstige Dienstleistungsberufe...	18,3	16,0	19,1	13,6	12,9	14,0	22,1	20,5	22,4
97 - 99	Sonstige Arbeitskräfte.....	22,5	22,7	21,8	17,0	17,4	15,7	31,1	30,3	34,1
01 - 99	Durchschnitt.....	16,9	16,5	17,5	13,1	12,9	13,4	21,2	20,9	21,6

1) Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992



Tabelle TD 17

**Arbeitsunfähigkeit infolge von Verletzungen und Vergiftungen
- Diagnosen je 100 Versicherte -
2005**

Nr.	Berufsgruppe ¹⁾	Diagnosegruppe								
		Verletzungen und Vergiftungen								
		Gesamt			< 45 Jahre			≥ 45 Jahre		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
01 - 06	Berufe der Land-, Forstwirtschaft, im Gartenbau.....	17,8	19,7	12,8	18,6	20,8	13,1	16,3	17,5	12,2
07 - 11	Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter, Steinbearbeiter, Baustoffhersteller.....	19,7	20,6	9,4	21,2	22,3	9,7	16,9	17,5	8,7
12, 13	Keramik-, Glasberufe.....	19,2	21,4	12,0	20,8	23,3	11,7	17,0	18,5	12,2
14, 15	Chemie-, Kunststoffberufe.....	16,6	17,7	13,1	17,7	19,0	12,2	14,8	15,1	14,0
16, 17	Berufe in der Papierherstellung und im Druck.....	16,3	17,6	12,2	17,3	19,4	10,7	14,7	14,9	14,2
18	Berufe in der Holzbearbeitung....	23,2	24,4	15,8	25,7	27,0	15,9	19,5	20,3	15,7
19, 20	Berufe in der Metallherzeugung, Gießereiberufe.....	26,0	26,5	14,7	28,8	29,4	13,4	21,5	21,7	16,4
21 - 30	Metall- und Maschinenbau-berufe.....	21,9	22,5	11,8	24,2	24,8	11,7	17,4	17,7	11,9
31	Elektroberufe.....	16,1	16,4	10,9	17,5	17,9	10,6	13,1	13,2	11,4
32	Montierer/Montiererinnen.....	17,0	19,0	12,7	18,2	20,5	12,1	15,0	16,1	13,5
33 - 36	Textil- und Bekleidungsberufe...	12,9	18,1	10,2	13,8	19,9	9,7	11,9	15,1	10,7
37	Berufe in der Lederherstellung, -verarbeitung.....	13,9	16,4	11,0	14,7	17,7	10,5	12,6	13,9	11,5
39 - 43	Ernährungsberufe.....	15,1	16,6	13,1	15,6	17,4	12,4	13,9	13,9	14,0
44, 46, 47	Hoch-, Tiefbauberufe.....	22,8	22,9	13,5	25,0	25,1	15,0	18,7	18,8	11,5
48, 49	Ausbauberufe, Polsterer.....	20,4	21,1	11,0	22,1	23,0	11,1	15,7	16,2	10,8
50	Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung.....	23,5	23,6	20,3	25,2	25,4	21,8	17,9	18,0	15,6
51	Maler, Lackierer.....	19,8	20,0	16,4	21,6	21,9	17,6	14,9	15,0	12,6
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher.....	14,9	16,8	12,1	15,6	18,2	11,1	13,8	14,4	13,2
53	Hilfsarbeiter.....	14,9	16,7	10,2	15,7	17,6	10,2	12,7	13,8	10,4
54, 55	Maschinisten.....	15,5	15,8	11,9	16,3	16,7	12,0	14,5	14,6	11,8
60, 61	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker.....	4,1	3,9	5,1	4,1	4,0	4,5	4,0	3,8	7,5
62 - 65	Techniker.....	8,2	8,3	7,4	8,6	9,0	7,2	7,3	7,2	8,1
66 - 68	Warenkaufleute.....	9,1	9,9	8,7	9,4	10,6	8,7	8,2	7,4	8,5
69, 70	Dienstleistungskaufleute.....	6,5	6,9	6,2	6,4	7,2	5,8	6,6	5,8	7,4
71 - 74	Verkehrsberufe.....	16,1	16,9	12,0	16,8	17,8	11,5	15,1	15,5	12,9
75 - 78	Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe.....	6,3	6,5	6,2	6,2	6,8	5,9	6,6	5,9	6,9
79 - 81	Ordnungs- und Sicherheitsberufe.....	12,2	12,8	9,5	12,6	13,7	8,5	11,8	12,0	10,7
82, 83	Schriftwerkschaffende, künstlerische Berufe.....	8,0	8,9	7,2	8,0	9,4	6,7	8,0	7,4	8,7
84, 85	Gesundheitsdienstberufe.....	8,3	9,8	8,1	7,9	9,8	7,6	9,6	9,7	9,6
86 - 89	Sozial- und Erziehungsberufe....	8,4	7,6	8,7	8,1	7,9	8,2	9,1	6,9	9,8
90 - 93	Sonstige Dienstleistungsberufe...	11,8	15,0	10,7	11,4	15,2	9,9	12,3	14,3	11,8
97 - 99	Sonstige Arbeitskräfte.....	12,4	17,5	5,5	13,0	20,0	5,3	10,6	12,3	6,6
01 - 99	Durchschnitt.....	13,1	16,2	8,7	13,6	17,4	8,1	12,2	13,7	9,9

1) Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992



**Arbeitsunfähigkeit infolge von Verletzungen und Vergiftungen
- Tage je Diagnose -
2005**

Nr.	Berufsgruppe ¹⁾	Diagnosegruppe								
		Verletzungen, Vergiftungen								
		Gesamt			< 45 Jahre			≥ 45 Jahre		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
01 - 06	Berufe der Land-, Forstwirtschaft, im Gartenbau.....	16,3	16,6	15,1	14,4	14,8	13,1	20,7	20,8	20,5
07 - 11	Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter, Steinbearbeiter, Baustoffhersteller.....	18,3	18,3	17,6	16,3	16,3	16,3	23,1	23,2	21,4
12, 13	Keramik-, Glasberufe.....	17,9	17,9	18,2	15,5	15,6	14,7	22,2	22,1	22,2
14, 15	Chemie-, Kunststoffberufe.....	16,2	16,1	16,9	14,4	14,5	14,0	19,7	19,7	19,8
16, 17	Berufe in der Papierherstellung und im Druck.....	16,7	16,5	17,7	14,7	14,9	13,6	20,2	19,6	21,8
18	Berufe in der Holzbearbeitung....	17,7	17,6	19,5	15,8	15,7	16,9	21,6	21,5	22,2
19, 20	Berufe in der Metallherzeugung, Gießereiberufe.....	16,6	16,5	18,5	14,8	14,8	14,0	20,3	20,2	22,9
21 - 30	Metall- und Maschinenbau-berufe.....	15,2	15,2	15,3	13,5	13,5	12,6	20,1	20,1	21,1
31	Elektroberufe.....	16,5	16,5	15,9	14,7	14,8	12,9	21,8	21,9	20,8
32	Montierer/Montiererinnen.....	16,2	15,9	17,2	14,4	14,4	14,3	19,9	19,7	20,2
33 - 36	Textil- und Bekleidungsberufe...	16,9	16,6	17,2	14,6	15,1	13,9	19,8	19,6	19,9
37	Berufe in der Lederherstellung, -verarbeitung.....	17,0	16,8	17,2	13,9	14,2	13,3	22,4	23,2	21,5
39 - 43	Ernährungsberufe.....	15,8	15,5	16,3	13,9	14,2	13,3	20,5	21,1	20,2
44, 46, 47	Hoch-, Tiefbauberufe.....	18,7	18,8	16,0	16,4	16,4	14,4	24,7	24,8	18,7
48, 49	Ausbauberufe, Polsterer.....	17,6	17,7	15,8	15,7	15,9	12,0	24,6	24,7	23,6
50	Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung.....	15,6	15,6	14,2	14,3	14,3	13,9	21,3	21,5	15,1
51	Maler, Lackierer.....	16,3	16,4	14,5	14,2	14,3	12,4	24,4	24,4	23,5
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher.....	16,4	16,2	16,9	14,3	14,5	13,4	20,0	19,7	20,2
53	Hilfsarbeiter.....	14,4	14,5	14,0	12,9	13,0	12,1	19,8	20,4	18,3
54, 55	Maschinisten.....	19,2	19,5	14,9	16,4	16,7	12,9	23,2	23,3	20,3
60, 61	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker.....	17,0	17,2	15,7	15,3	15,9	11,6	21,1	20,3	25,9
62 - 65	Techniker.....	19,2	19,9	16,3	18,0	18,9	14,0	22,0	22,0	22,0
66 - 68	Warenkaufleute.....	15,3	15,3	15,3	13,3	14,0	12,8	22,0	21,6	22,2
69, 70	Dienstleistungskaufleute.....	14,8	15,3	14,3	13,0	13,8	12,2	20,8	21,1	20,6
71 - 74	Verkehrsberufe.....	18,9	19,0	18,0	16,6	16,7	15,3	22,8	22,9	21,8
75 - 78	Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe.....	15,7	16,1	15,4	13,4	14,4	12,7	20,6	20,8	20,6
79 - 81	Ordnungs- und Sicherheitsberufe.....	19,1	19,1	19,1	16,8	17,0	15,4	21,5	21,3	22,9
82, 83	Schriftwerkschaffende, künstlerische Berufe.....	17,6	19,7	15,0	16,8	19,1	13,6	20,3	21,8	18,6
84, 85	Gesundheitsdienstberufe.....	16,2	18,3	15,9	14,1	16,8	13,5	21,9	23,2	21,7
86 - 89	Sozial- und Erziehungsberufe....	15,8	16,5	15,6	13,7	15,3	13,3	19,8	19,5	19,9
90 - 93	Sonstige Dienstleistungsberufe...	16,7	16,3	17,0	13,7	14,7	13,1	21,2	20,6	21,3
97 - 99	Sonstige Arbeitskräfte.....	20,3	20,9	18,0	17,5	18,3	14,3	30,0	29,8	30,7
01 - 99	Durchschnitt.....	16,7	16,9	16,1	14,6	15,0	13,2	21,6	21,8	21,1

1) Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992



Tabelle TD 19

**Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern und Geschlecht
2005**

Bundesland	Fälle		AU-Tage		Fälle je 100 Vers.	Tage je Fall
	absolut	%	absolut	%		
1	2	3	4	5	6	7
Baden-Württemberg.....	3.007.623	15,8	35.017.985	15,3	104,8	11,6
Männer	1.768.635	15,9	20.983.863	15,3	106,4	11,9
Frauen	1.238.988	15,8	14.034.122	15,4	102,5	11,3
Bayern.....	2.955.420	15,6	35.139.402	15,4	92,9	11,9
Männer	1.713.454	15,4	20.844.524	15,2	93,0	12,2
Frauen	1.241.966	15,8	14.294.878	15,7	92,8	11,5
Berlin.....	500.351	2,6	7.196.309	3,2	105,2	14,4
Männer	252.868	2,3	3.713.173	2,7	95,5	14,7
Frauen	247.483	3,1	3.483.136	3,8	117,4	14,1
Brandenburg.....	433.719	2,3	5.758.412	2,5	99,6	13,3
Männer	236.334	2,1	3.243.607	2,4	92,8	13,7
Frauen	197.385	2,5	2.514.805	2,8	109,2	12,7
Bremen.....	150.297	0,8	1.855.310	0,8	113,7	12,3
Männer	92.360	0,8	1.140.831	0,8	113,3	12,4
Frauen	57.937	0,7	714.479	0,8	114,5	12,3
Hamburg.....	310.902	1,6	4.081.964	1,8	104,4	13,1
Männer	170.067	1,5	2.274.299	1,7	100,6	13,4
Frauen	140.835	1,8	1.807.665	2,0	109,5	12,8
Hessen.....	1.325.720	7,0	15.649.194	6,9	110,2	11,8
Männer	780.676	7,0	9.412.977	6,9	109,0	12,1
Frauen	545.044	6,9	6.236.217	6,8	112,0	11,4
Mecklenburg-Vorpommern	358.493	1,9	4.380.287	1,9	105,4	12,2
Männer	195.246	1,8	2.512.959	1,8	98,7	12,9
Frauen	163.247	2,1	1.867.328	2,0	114,7	11,4
Niedersachsen.....	1.792.802	9,4	19.590.029	8,6	106,8	10,9
Männer	1.072.471	9,6	12.060.326	8,8	105,8	11,2
Frauen	720.331	9,2	7.529.703	8,3	108,4	10,5
Nordrhein-Westfalen.....	3.942.682	20,8	48.164.268	21,1	110,1	12,2
Männer	2.460.539	22,1	30.818.423	22,5	111,0	12,5
Frauen	1.482.143	18,8	17.345.845	19,0	108,7	11,7
Rheinland-Pfalz.....	879.109	4,6	10.098.778	4,4	115,4	11,5
Männer	541.713	4,9	6.366.739	4,6	115,7	11,8
Frauen	337.396	4,3	3.732.039	4,1	115,0	11,1
Saarland.....	199.410	1,1	2.749.885	1,2	91,6	13,8
Männer	123.917	1,1	1.771.086	1,3	91,2	14,3
Frauen	75.493	1,0	978.799	1,1	92,3	13,0
Sachsen.....	1.166.362	6,1	14.037.966	6,2	93,5	12,0
Männer	619.500	5,6	7.826.919	5,7	89,4	12,6
Frauen	546.862	7,0	6.211.047	6,8	98,6	11,4
Sachsen-Anhalt.....	552.583	2,9	7.074.231	3,1	101,6	12,8
Männer	308.069	2,8	4.127.576	3,0	96,8	13,4
Frauen	244.514	3,1	2.946.655	3,2	108,5	12,1
Schleswig-Holstein.....	543.815	2,9	6.629.307	2,9	102,3	12,2
Männer	311.273	2,8	3.852.937	2,8	100,3	12,4
Frauen	232.542	3,0	2.776.370	3,0	105,2	11,9
Thüringen.....	553.687	2,9	6.913.100	3,0	100,9	12,5
Männer	304.649	2,7	3.944.804	2,9	96,1	12,9
Frauen	249.038	3,2	2.968.296	3,3	107,5	11,9
unbekannt oder Ausland.....	313.850	1,7	3.805.599	1,7	87,6	12,1
Männer	170.142	1,5	2.134.949	1,6	84,3	12,5
Frauen	143.708	1,8	1.670.650	1,8	91,8	11,6
Gesamt / Durchschnitt	18.986.825	100,0	228.142.026	100,0	103,2	12,0
Männer	11.121.913	100,0	137.029.992	100,0	102,4	12,3
Frauen	7.864.912	100,0	91.112.034	100,0	104,3	11,6

Rundungsfehler



**Arbeitsbedingungen und Belastungen dadurch nach Geschlecht und Alter
- Erwerbstätige insgesamt -**

Arbeitsbedingungen		Männer	Frauen	jünger als 45 Jahre	45 Jahre und älter	Gesamt
1	2	3	4	5	6	7
Arbeit im Stehen	1)	57,5	55,1	57,9	54,2	56,4
	2)	23,7	28,4	24,3	28,1	25,7
Arbeit im Sitzen	1)	52,2	54,8	52,6	54,5	53,3
	2)	17,7	21,9	19,8	19,3	19,6
Arbeit unter Zwangshaltungen	1)	16,2	11,8	15,4	12,6	14,3
	2)	48,4	55,1	48,4	55,3	50,9
Heben, Tragen schwerer Lasten >10 kg (Frauen), >20 kg (Männer)	1)	25,1	19,8	24,4	20,5	22,8
	2)	45,4	62,7	49,6	56,0	51,9
Starke Erschütterungen, Stöße, Schwingungen	1)	7,4	1,1	4,9	4,3	4,6
	2)	54,0	57,4	50,4	61,3	54,5
Arbeit unter Lärm	1)	30,2	15,9	25,1	22,3	24,0
	2)	49,5	65,0	50,2	60,3	54,0
Grelles Licht, schlechte Beleuchtung	1)	10,3	8,0	9,3	9,4	9,3
	2)	52,9	63,9	51,1	65,6	57,0
Umgang mit gefährlichen Stoffen, Strahlung	1)	8,2	5,0	7,9	5,1	6,8
	2)	34,8	38,9	33,5	42,4	36,2
Umgang mit mikrobio- logischen Stoffen	1)	4,4	11,4	8,1	6,4	7,4
	2)	36,4	35,7	33,3	41,2	36,0
Rauch, Gase, Staub, Dämpfe	1)	17,8	8,8	14,9	12,4	13,9
	2)	58,1	55,4	56,8	58,2	57,3
Kälte, Hitze, Nässe, Feuchtigkeit, Zugluft	1)	27,1	13,5	22,2	19,7	21,2
	2)	51,1	58,1	53,6	52,3	53,1
Öl, Fett, Schmutz, Dreck	1)	23,8	9,7	19,5	14,9	17,6
	2)	33,8	25,3	31,1	33,0	31,8
Tragen von Schutz- kleidung, -ausrüstung	1)	27,4	12,8	23,4	17,5	21,0
	2)	12,2	10,8	10,9	13,7	11,8
Zigarettenrauch	1)	22,4	10,0	19,0	14,1	17,0
	2)	20,2	35,2	24,4	23,3	24,1
Arbeitsdurchführung in allen Einzelheiten vorgeschrieben	1)	22,6	23,3	24,4	20,7	22,9
	2)	32,1	26,7	27,1	34,2	29,7
Ständig wiederkehrende Arbeitsvorgänge	1)	45,1	59,4	50,7	52,4	51,4
	2)	15,6	13,3	15,7	12,7	14,4
Stückzahl, Leistung oder Zeit vorgegeben	1)	33,5	28,0	33,3	27,8	31,1
	2)	43,0	48,1	43,7	47,5	45,1
Starker Termin- und Leistungsdruck	1)	57,9	47,9	54,4	52,2	53,5
	2)	56,7	63,6	57,8	62,1	59,5
Verschiedenartige Arbei- ten gleichzeitig betreuen	1)	58,0	59,5	58,8	58,3	58,6
	2)	26,3	26,7	25,5	27,8	26,5
Bei der Arbeit gestört, unterbrochen	1)	45,4	46,9	47,4	44,0	46,0
	2)	60,3	59,1	59,6	59,9	59,8
Nicht Erlerntes/ Beherrschtes wird verlangt	1)	9,3	8,2	9,7	7,6	8,8
	2)	36,7	43,6	38,4	41,6	39,5
Konfrontation mit neuen Aufgaben	1)	43,5	33,4	39,8	38,1	39,1
	2)	14,7	17,5	13,4	19,4	15,8
Verfahren verbessern/ Neues ausprobieren	1)	29,4	25,7	28,4	27,0	27,8
	2)	-	-	-	-	-
Arbeiten an der Grenze der Leistungsfähigkeit	1)	17,7	16,1	16,6	17,6	17,0
	2)	65,8	74,1	66,8	72,5	69,2
Kleine Fehler - große finanzielle Verluste	1)	20,0	9,4	18,3	11,0	15,4
	2)	42,3	51,0	43,4	47,5	44,6
Stichprobengröße		11.255	8.745	11.889	8.071	20.000

1) von der Arbeitsbedingung sind ... % oft oder immer betroffen

2) davon fühlen sich ... % belastet

*) Häufigkeit zu klein



Tabelle TE 2

**Arbeitsbedingungen und Belastungen dadurch nach Wirtschaftszweigen
- Erwerbstätige insgesamt -**

Arbeitsbedingungen		Wirtschaftszweige ¹⁾						
		A, B	C, D, E	F	G, H, I	J, K	L - Q	A - Q
		Land-, Forst- wirtschaft, Fischerei	Produzie- rendes Gewerbe ohne Bau- gewerbe	Bau- gewerbe	Handel und Gast- gewerbe und Verkehr	Finanzie- rung, Ver- mietung und Unter- nehmens- dienstleister	Öffentli- che und private Dienst- leistungen	Durch- schnitt / Gesamt
1	2	3	4	5	6	7	8	8
Arbeit im Stehen	2)	77,7	58,7	74,9	63,4	21,7	58,8	56,5
	3)	26,4	29,6	17,4	28,2	23,1	23,0	25,7
Arbeit im Sitzen	2)	34,0	47,3	30,6	46,1	82,9	57,5	53,3
	3)	*	19,4	18,1	18,1	21,6	19,6	19,6
Arbeit unter Zwangshaltungen	2)	28,1	13,5	41,5	12,1	5,7	13,6	14,3
	3)	50,9	49,0	53,4	51,6	51,8	50,6	50,9
Heben, Tragen schwerer Lasten >10 kg (Frauen), >20 kg (Männer)	2)	48,0	21,9	54,0	26,9	5,5	20,2	22,8
	3)	42,5	50,1	42,8	49,7	50,4	62,3	52,0
Starke Erschütterungen, Stöße, Schwingungen	2)	17,8	4,6	15,2	5,7	*	2,4	4,6
	3)	*	57,7	46,8	58,4	*	54,1	54,5
Arbeit unter Lärm	2)	30,0	35,9	48,1	15,9	5,9	19,8	24,0
	3)	*	51,0	43,4	52,5	56,6	66,5	54,3
Grelles Licht, schlechte Beleuchtung	2)	*	9,9	13,2	11,4	4,9	8,5	9,3
	3)	*	56,3	59,8	54,4	73,1	56,7	57,2
Umgang mit gefährlichen Stoffen, Strahlung	2)	*	9,7	6,5	4,7	3,4	6,6	6,8
	3)	*	37,3	*	35,9	*	29,4	35,9
Umgang mit mikrobio- logischen Stoffen	2)	*	2,0	*	3,2	*	18,5	7,5
	3)	*	*	*	47,9	*	35,6	36,1
Rauch, Gase, Staub, Dämpfe	2)	19,1	21,7	31,3	12,9	4,3	7,1	13,9
	3)	*	61,1	57,7	51,5	58,1	50,7	57,2
Kälte, Hitze, Nässe, Feuchtigkeit, Zugluft	2)	57,0	20,7	54,0	28,1	7,7	13,6	21,1
	3)	46,0	58,7	52,9	52,3	51,6	48,7	53,1
Öl, Fett, Schmutz, Dreck	2)	38,2	26,5	34,6	15,5	6,4	10,3	17,6
	3)	*	36,3	36,7	26,8	*	24,7	31,8
Tragen von Schutz- kleidung, -ausrüstung	2)	24,4	32,9	34,0	13,4	5,3	18,2	21,1
	3)	*	12,4	*	*	*	12,8	11,9
Zigarettenrauch	2)	*	19,4	38,3	20,1	12,7	10,5	17,0
	3)	*	21,3	18,9	23,2	29,9	33,0	24,3
Arbeitsdurchführung in allen Einzelheiten vorgeschrieben	2)	20,2	26,0	28,3	25,0	19,9	18,9	22,9
	3)	*	27,2	30,0	29,2	28,4	32,7	29,7
Ständig wiederkehrende Arbeitsvorgänge	2)	62,8	51,2	46,9	63,1	44,7	47,0	51,3
	3)	*	16,9	10,6	13,1	14,6	13,5	14,4
Stückzahl, Leistung oder Zeit vorgegeben	2)	18,3	36,4	33,1	28,7	31,6	27,8	31,1
	3)	*	41,4	52,4	39,7	45,0	51,2	45,1
Starker Termin- und Leistungsdruck	2)	40,1	56,3	61,6	50,1	58,3	50,6	53,6
	3)	58,3	57,0	57,2	54,1	56,5	67,8	59,6
Verschiedenartige Arbei- ten gleichzeitig betreuen	2)	51,6	56,8	48,1	54,9	61,4	64,6	58,8
	3)	*	26,2	22,0	22,9	22,3	31,3	26,6
Bei der Arbeit gestört, unterbrochen	2)	35,1	46,8	39,8	42,7	49,2	48,5	46,2
	3)	60,6	59,8	62,5	53,3	57,9	63,5	59,8
Nicht Erlerntes/ Beherrschtes wird verlangt	2)	*	9,3	9,1	8,3	9,1	8,8	8,8
	3)	*	33,7	*	39,2	37,3	47,5	39,6
Konfrontation mit neuen Aufgaben	2)	26,1	40,3	40,0	27,7	48,3	42,4	39,2
	3)	*	14,4	11,4	13,3	13,1	19,8	15,8
Verfahren verbessern/ Neues ausprobieren	2)	20,4	28,1	21,7	19,6	29,8	33,5	27,8
	3)	-	-	-	-	-	-	-
Arbeiten an der Grenze der Leistungsfähigkeit	2)	19,9	16,2	22,5	17,5	14,8	17,0	17,0
	3)	72,0	68,5	64,3	65,2	69,0	73,7	69,3
Kleine Fehler - große finanzielle Verluste	2)	18,0	20,2	16,1	17,6	18,1	8,3	15,4
	3)	*	43,0	43,2	42,1	48,4	47,0	44,8
Stichprobengröße		377	5.732	1.246	3.812	2.421	6.213	20.000

1) Klassifizierung der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2003 (WZ 03)
 2) von der Arbeitsbedingung sind ... % oft oder immer betroffen
 3) davon fühlen sich ... % belastet
 *) Häufigkeit zu klein



**Arbeitsbedingungen und Belastungen dadurch nach Berufsgruppen
- Erwerbstätige insgesamt -**

Arbeitsbedingungen		Berufsbereiche ¹⁾									
		(1-6)	(7-43), (52-55)	(44-51)	(60-65)	(66-70)	(71-74)	(75-78)	(79-81) (84-93)	(82-83) (97-99)	(1-99)
		Berufe in der Land-, Tier-, Forstwirtschaft u.i. Gartenbau	Fertigungsberufe, Bergleute Mineralgewinner	Bauberufe	Techn. Berufe	Kaufleute	Verkehrsberufe	Verwaltungs-, Büroberufe	Dienstl.berufe	sonstige Arbeitskräfte	Durchschnitt/ Gesamt
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Arbeit im Stehen	2)	84,0	84,7	92,9	32,3	49,6	50,3	11,9	74,8	40,1	56,4
	3)	23,4	31,3	20,4	15,4	28,6	21,1	20,1	24,2	*	25,7
Arbeit im Sitzen	2)	26,3	22,4	10,4	75,2	59,0	65,8	91,9	42,1	72,8	53,4
	3)	*	14,2	*	20,0	20,8	17,4	22,0	17,2	22,9	19,6
Arbeit unter Zwangshaltungen	2)	28,4	23,5	47,7	7,2	6,8	12,5	1,5	17,2	*	14,3
	3)	51,9	51,9	52,7	*	57,6	37,8	*	50,9	*	50,9
Heben, Tragen schwerer Lasten >10 kg (Frauen), >20 kg (Männer)	2)	48,4	35,2	68,2	5,4	17,0	36,4	3,5	23,4	14,4	22,8
	3)	44,9	50,3	41,6	*	52,5	46,2	53,1	62,1	*	52,0
Starke Erschütterungen, Stöße, Schwingungen	2)	18,6	8,3	14,2	*	*	16,6	*	2,0	*	4,6
	3)	*	57,0	46,3	*	*	56,0	*	53,1	*	54,4
Arbeit unter Lärm	2)	31,1	54,2	56,4	14,0	5,7	28,6	4,5	21,4	11,8	23,9
	3)	41,4	51,8	43,3	43,7	66,9	47,7	60,2	66,4	*	54,0
Grelles Licht, schlechte Beleuchtung	2)	*	15,1	14,6	5,5	7,6	14,0	4,2	8,8	*	9,3
	3)	*	56,5	62,4	*	61,1	51,8	76,2	51,8	*	57,1
Umgang mit gefährlichen Stoffen, Strahlung	2)	*	11,6	7,9	10,7	2,3	7,3	2,5	7,2	*	6,8
	3)	*	43,1	*	31,4	*	*	*	26,6	*	36,1
Umgang mit mikrobio- logischen Stoffen	2)	*	2,9	*	3,6	*	4,1	*	22,7	*	7,5
	3)	*	*	*	*	*	*	*	36,0	*	35,9
Rauch, Gase, Staub, Dämpfe	2)	16,8	34,1	39,1	8,5	4,3	13,0	2,3	10,2	*	13,9
	3)	*	62,6	60,1	48,4	54,8	52,5	*	47,7	*	57,3
Kälte, Hitze, Nässe, Feuchtigkeit, Zugluft	2)	63,5	33,5	54,8	12,1	14,2	49,2	3,9	15,1	*	21,2
	3)	46,3	60,5	55,9	41,6	57,2	43,2	61,5	48,6	*	53,0
Öl, Fett, Schmutz, Dreck	2)	39,7	45,2	37,4	10,1	5,4	16,8	1,4	13,4	*	17,7
	3)	*	35,7	42,5	*	*	22,7	*	24,5	*	31,7
Tragen von Schutz- kleidung, -ausrüstung	2)	25,4	45,8	42,9	20,3	4,7	28,1	2,9	19,8	*	21,1
	3)	*	11,5	*	*	*	*	*	13,4	*	11,8
Zigarettenrauch	2)	10,9	26,3	37,2	11,2	11,3	26,5	11,1	13,8	14,4	17,0
	3)	*	21,7	19,6	*	23,3	14,4	28,0	35,3	*	24,0
Arbeitsdurchführung in allen Einzelheiten vorgeschrieben	2)	17,9	33,5	31,3	14,5	19,6	35,5	18,5	18,6	14,8	22,9
	3)	*	25,9	32,0	29,1	36,7	30,4	24,9	32,7	*	29,7
Ständig wiederkehrende Arbeitsvorgänge	2)	63,9	58,5	52,1	28,7	55,2	69,2	47,0	49,5	33,2	51,4
	3)	18,1	17,0	12,0	13,7	13,6	12,8	13,8	14,0	*	14,5
Stückzahl, Leistung oder Zeit vorgegeben	2)	21,8	45,1	40,0	29,0	24,0	39,7	20,4	29,6	35,1	31,1
	3)	*	40,3	46,6	40,4	47,9	37,5	48,2	52,9	36,9	45,0
Starker Termin- und Leistungsdruck	2)	37,4	54,2	58,6	63,3	50,8	53,4	55,7	49,9	58,6	53,5
	3)	55,7	56,2	60,5	59,0	55,9	56,1	56,3	68,4	54,8	59,5
Verschiedenartige Arbei- ten gleichzeitig betreuen	2)	50,9	48,5	41,0	69,7	60,3	43,4	66,2	64,5	55,5	58,6
	3)	22,7	25,1	20,6	25,4	23,6	23,0	25,5	31,3	24,6	26,5
Bei der Arbeit gestört, unterbrochen	2)	34,1	39,4	34,4	56,0	49,2	29,4	60,5	43,3	39,5	46,1
	3)	61,9	57,7	61,2	62,5	56,7	48,3	57,6	66,1	58,1	59,8
Nicht Erlerntes/ Beherrschtes wird verlangt	2)	*	8,8	8,6	10,5	7,3	5,9	10,5	9,0	*	8,8
	3)	*	35,8	*	*	35,8	*	40,2	48,3	*	39,6
Konfrontation mit neuen Aufgaben	2)	25,7	35,4	37,5	58,6	35,2	20,9	44,0	39,6	51,4	39,1
	3)	*	13,2	16,3	11,8	16,5	18,2	14,5	20,2	*	15,8
Verfahren verbessern/ Neues ausprobieren	2)	20,5	23,7	22,4	39,0	23,5	12,3	28,5	34,8	31,1	27,8
	3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arbeiten an der Grenze der Leistungsfähigkeit	2)	19,4	17,0	25,7	13,1	15,3	22,3	13,6	18,6	15,6	17,0
	3)	71,4	69,5	65,8	64,2	69,6	66,1	65,3	74,4	*	69,2
Kleine Fehler - große finanzielle Verluste	2)	16,4	20,6	13,3	21,2	15,6	24,2	16,1	7,4	*	15,4
	3)	*	41,7	*	42,1	47,0	40,0	46,5	49,5	*	44,7
Stichprobengröße		469	3.910	851	1.470	2.434	1.364	4.043	5.030	425	20.000

1) Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992

2) von der Arbeitsbedingung sind ... % oft oder immer betroffen

3) davon fühlen sich ... % belastet

*) Häufigkeit zu klein



**Gesundheitliche Beschwerden und durchgeführte Behandlungen nach Alter und Geschlecht
- Erwerbstätige insgesamt -**

Gesundheitliche Beschwerden durch Arzt/Therapeut behandelt		Männer	Frauen	jünger als 45 Jahre	45 Jahre und älter	Gesamt
1	2	3	4	5	6	7
Schmerzen im unteren Rücken (Kreuzschmerzen)	1)	40,3	45,4	41,0	44,9	42,6
	2)	69,4	65,1	59,0	78,7	67,4
Schmerzen im Nacken- / Schulterbereich	1)	37,1	57,8	43,7	49,8	46,2
	2)	60,1	63,0	53,2	72,6	61,7
Schmerzen in Armen und Händen	1)	18,7	22,5	18,1	23,7	20,4
	2)	44,1	53,1	37,5	60,8	48,5
Schmerzen in der Hüfte	1)	11,6	10,5	8,2	15,4	11,1
	2)	60,9	60,2	51,4	67,8	60,6
Schmerzen in den Knien	1)	21,0	15,0	16,8	20,6	18,4
	2)	54,0	55,2	47,1	63,2	54,4
Schmerzen in Beinen und Füßen, geschwollene Beine	1)	15,7	26,1	19,6	21,2	20,2
	2)	35,2	35,0	24,0	50,1	35,1
Kopfschmerzen	1)	23,1	36,4	31,7	25,0	29,0
	2)	31,7	40,4	31,6	45,5	36,5
Herzschmerzen, Stiche, Schmerzen Engegefühl in der Brust etc.	1)	5,6	5,0	3,8	7,7	5,4
	2)	62,3	64,4	48,1	74,0	63,1
Atemnot	1)	2,6	2,8	1,6	4,2	2,7
	2)	65,2	70,5	61,3	71,2	67,6
Husten	1)	8,2	6,4	7,0	8,1	7,4
	2)	49,4	59,3	48,4	58,9	53,1
Laufen der Nase / Niesreiz	1)	12,6	11,4	12,9	10,9	12,1
	2)	33,3	36,6	32,4	38,7	34,7
Augen: Brennen, Schmerzen, Rötung, Jucken, Tränen	1)	17,1	21,9	17,6	21,4	19,2
	2)	45,7	49,9	41,1	55,8	47,7
Hautreizungen, Juckreiz	1)	8,3	8,1	8,6	7,7	8,3
	2)	46,5	55,1	47,3	55,1	50,2
Nächtliche Schlafstörungen	1)	18,7	21,1	17,4	23,3	19,8
	2)	18,4	25,6	15,6	28,5	21,7
Allgemeine Müdigkeit, Mattigkeit und Erschöpfung	1)	41,9	43,8	44,5	40,2	42,8
	2)	12,8	17,5	11,9	19,9	14,9
Magen-, Verdauungs- beschwerden	1)	9,8	11,0	10,1	10,6	10,3
	2)	61,1	58,4	54,5	67,3	59,9
Hörverschlechterung, Ohrgeräusche	1)	15,7	8,6	9,4	17,3	12,6
	2)	50,8	51,1	42,8	57,4	50,9
Nervosität oder Reiz- barkeit	1)	26,2	28,8	26,7	28,4	27,3
	2)	11,0	17,1	10,7	18,0	13,8
Niedergeschlagenheit	1)	17,2	19,6	18,3	18,2	18,3
	2)	12,1	20,6	11,6	22,6	16,0
Schwindelgefühle	1)	3,8	6,0	4,3	5,5	4,8
	2)	48,5	54,6	47,7	56,5	51,8
Burnout	1)	6,5	8,0	6,7	7,7	7,1
	2)	22,6	32,7	23,8	32,3	27,5
Depressionen	1)	3,3	5,1	3,5	5,0	4,1
	2)	49,2	58,4	45,5	63,0	54,1
Andere Beschwerden	1)	2,6	3,1	2,6	3,2	2,8
	2)	45,5	38,3	35,3	50,0	41,9
Stichprobengröße		11.255	8.745	11.889	8.071	20.000

1) Gesundheitliche Beschwerden während/unmittelbar nach der Arbeit in %

2) Durch Arzt/Therapeut behandelt in %

*) Häufigkeit zu klein



**Gesundheitliche Beschwerden und durchgeführte Behandlungen nach Wirtschaftszweigen
- Erwerbstätige insgesamt -**

Gesundheitliche Beschwerden durch Arzt/Therapeut behandelt		Wirtschaftszweige ¹⁾						
		A, B	C, D, E	F	G, H, I	J, K	L - Q	A - Q
		Land-, Forstwirtschaft, Fischerei	Produzierendes Gewerbe ohne Baugewerbe	Bau-gewerbe	Handel und Gast-gewerbe und Verkehr	Finanzie-rung, Vermietung und Unter-nehmens-dienstleister	Öffentli-che und private Dienst-leistungen	Durch-schnitt / Gesamt
1	2	3	4	5	6	7	8	8
Schmerzen im unteren Rücken (Kreuzschmerzen)	2)	52,5	41,2	55,5	47,0	33,4	41,4	42,5
	3)	73,7	68,7	68,5	65,1	64,2	68,1	67,4
Schmerzen im Nacken- / Schulterbereich	2)	42,6	41,3	46,2	47,6	45,8	50,3	46,2
	3)	68,8	61,0	59,3	60,0	57,6	64,5	61,6
Schmerzen in Armen und Händen	2)	36,2	21,4	33,0	23,7	14,0	16,4	20,4
	3)	42,6	48,0	39,7	46,3	54,3	52,8	48,4
Schmerzen in der Hüfte	2)	18,8	11,7	15,5	12,8	6,9	10,0	11,2
	3)	*	62,8	51,3	54,7	67,3	63,8	60,5
Schmerzen in den Knien	2)	29,4	19,9	39,5	21,6	8,9	13,9	18,4
	3)	46,8	56,8	49,0	52,6	47,9	59,1	54,5
Schmerzen in Beinen und Füßen, geschwollene Beine	2)	22,8	20,4	19,3	28,3	11,5	18,5	20,2
	3)	*	35,2	31,7	30,7	39,6	38,0	35,0
Kopfschmerzen	2)	17,3	25,3	19,4	29,1	33,0	33,3	29,0
	3)	*	37,6	36,1	35,6	32,0	37,7	36,3
Herzschmerzen, Stiche, Schmerzen Engegefühl in der Brust etc.	2)	*	5,2	4,7	5,8	5,0	5,5	5,4
	3)	*	62,2	*	65,0	60,7	64,0	63,0
Atemnot	2)	*	2,9	*	3,2	*	2,3	2,7
	3)	*	66,9	*	70,5	*	74,5	68,4
Husten	2)	*	8,1	10,3	8,1	4,7	6,5	7,4
	3)	*	50,4	44,5	52,8	56,6	59,2	53,1
Laufen der Nase / Niesreiz	2)	17,3	12,1	16,9	13,5	7,6	11,6	12,1
	3)	*	32,4	32,1	30,8	41,1	38,6	34,5
Augen: Brennen, Schmerzen, Rötung, Jucken, Tränen	2)	*	19,5	14,5	18,2	25,2	18,6	19,2
	3)	*	48,9	45,6	45,3	45,2	50,2	47,9
Hautreizungen, Juckreiz	2)	*	10,0	10,0	7,3	4,5	8,3	8,3
	3)	*	45,3	*	52,0	60,0	55,1	50,2
Nächtliche Schlafstörungen	2)	*	19,4	14,8	19,6	17,3	22,8	19,8
	3)	*	21,8	*	22,4	19,3	23,3	21,8
Allgemeine Müdigkeit, Mattigkeit und Erschöpfung	2)	41,2	41,4	38,8	44,9	39,9	44,7	42,8
	3)	*	14,4	*	14,3	17,0	16,0	14,9
Magen-, Verdauungs- beschwerden	2)	*	10,4	8,0	10,5	9,7	11,0	10,4
	3)	*	62,2	61,6	57,6	56,6	59,9	59,8
Hörverschlechterung, Ohrgeräusche	2)	15,6	17,1	19,0	9,3	8,0	10,9	12,6
	3)	*	47,9	48,5	46,6	60,1	56,4	50,8
Nervosität oder Reiz- barkeit	2)	25,2	26,6	24,0	27,7	26,7	29,0	27,4
	3)	*	14,8	*	13,2	12,5	14,5	13,7
Niedergeschlagenheit	2)	24,1	18,6	17,4	19,2	15,2	18,2	18,2
	3)	*	14,1	*	16,6	15,7	19,7	16,1
Schwindelgefühle	2)	*	4,7	4,3	5,6	4,2	4,7	4,8
	3)	*	47,9	*	51,4	*	56,7	51,4
Burnout	2)	*	5,1	5,1	6,6	7,8	9,7	7,2
	3)	*	25,5	*	22,7	29,8	31,3	27,5
Depressionen	2)	*	3,6	*	4,5	3,6	4,9	4,1
	3)	*	49,5	*	56,1	*	59,7	54,2
Andere Beschwerden	2)	*	2,3	*	3,1	*	3,5	2,8
	3)	*	41,1	*	*	*	45,7	42,5
Stichprobengröße		377	5.732	1.246	3.812	2.421	6.213	20.000

1) Klassifizierung der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2003 (WZ 03)

2) Gesundheitliche Beschwerden während/unmittelbar nach der Arbeit in %

3) Durch Arzt/Therapeut behandelt in %

*) Häufigkeit zu klein



Tabelle TF 3

**Gesundheitliche Beschwerden und durchgeführte Behandlungen nach Berufsgruppen
- Erwerbstätige insgesamt -**

Gesundheitliche Beschwerden durch Arzt/Therapeut behandelt	Berufsbereiche ¹⁾										
	(1-6)	(7-43), (52-55)	(44-51)	(60-65)	(66-70)	(71-74)	(75-78)	(79-81) (84-93)	(82-83) (97-99)	(1-99)	
	Berufe in der Land-, Tier-, Forstwirtschaft u.i. Gartenbau	Fertigungsberufe, Bergleute Mineralgewinner	Bauberufe	Techn. Berufe	Kaufleute	Verkehrsberufe	Verwaltungs-, Büroberufe	Dienstl.berufe	sonstige Arbeitskräfte	Durchschnitt/ Gesamt	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Schmerzen im unteren Rücken (Kreuzschmerzen)	2)	54,7	50,1	59,5	30,4	40,2	49,6	34,3	43,3	27,5	42,5
	3)	70,4	69,2	68,2	72,6	62,5	68,9	67,3	66,4	58,5	67,4
Schmerzen im Nacken- / Schulterbereich	2)	42,6	43,7	48,5	34,5	45,9	47,1	47,8	49,9	46,6	46,2
	3)	70,5	64,7	59,1	61,2	58,1	56,6	62,2	62,8	50,5	61,7
Schmerzen in Armen und Händen	2)	41,4	31,3	38,1	8,9	15,7	24,8	12,7	18,4	12,0	20,4
	3)	45,4	47,7	40,4	43,9	50,0	39,9	59,2	50,3	*	48,4
Schmerzen in der Hüfte	2)	18,3	15,8	17,6	5,6	9,0	14,4	6,0	11,8	*	11,1
	3)	*	58,3	47,3	80,2	60,9	57,4	61,9	63,5	*	60,6
Schmerzen in den Knien	2)	29,9	30,3	44,2	11,7	14,1	24,3	6,8	15,9	13,2	18,4
	3)	45,7	55,0	52,0	52,9	51,5	48,0	60,1	58,5	*	54,4
Schmerzen in Beinen und Füßen, geschwollene Beine	2)	23,5	27,2	23,5	10,9	24,0	22,2	10,4	22,8	13,6	20,2
	3)	*	37,0	28,5	42,2	27,9	35,3	39,1	36,0	*	35,1
Kopfschmerzen	2)	16,0	23,8	19,6	25,5	31,3	26,5	33,3	32,7	28,2	28,9
	3)	*	41,0	39,3	25,0	33,9	38,0	37,5	36,5	*	36,5
Herzschmerzen, Stiche, Schmerzen Engegefühl in der Brust etc.	2)	*	5,7	*	5,5	5,8	6,3	4,7	5,4	*	5,4
	3)	*	60,7	*	*	67,4	69,8	60,9	63,6	*	63,1
Atemnot	2)	*	3,8	*	*	2,3	*	1,3	3,1	*	2,7
	3)	*	67,1	*	*	*	*	*	70,5	*	67,8
Husten	2)	12,6	11,2	12,0	4,6	4,8	9,8	3,5	8,1	*	7,4
	3)	*	51,5	*	*	48,7	51,9	59,6	57,4	*	53,1
Laufen der Nase / Niesreiz	2)	20,0	16,1	18,2	9,0	10,6	15,8	7,0	12,3	*	12,1
	3)	*	30,4	*	*	34,9	33,8	36,1	42,0	*	34,6
Augen: Brennen, Schmerzen, Rötung, Jucken, Tränen	2)	11,5	16,8	11,5	24,1	20,0	16,3	27,3	15,0	24,9	19,2
	3)	*	50,2	*	45,5	45,3	40,8	51,4	46,6	*	47,8
Hautreizungen, Juckreiz	2)	12,2	13,4	12,8	5,2	4,1	7,0	4,4	9,9	*	8,2
	3)	*	48,6	*	*	61,4	*	57,1	52,3	*	50,2
Nächtliche Schlafstörungen	2)	*	21,5	15,0	17,5	17,6	21,7	16,8	23,9	16,5	19,8
	3)	*	21,6	*	*	21,2	20,3	24,4	23,4	*	21,8
Allgemeine Müdigkeit, Mattigkeit und Erschöpfung	2)	40,9	45,7	42,0	36,3	40,3	46,2	37,2	47,6	38,8	42,8
	3)	*	14,9	*	10,5	16,1	12,0	17,5	15,8	*	14,9
Magen-, Verdauungsbeschwerden	2)	*	10,4	6,5	9,4	9,8	13,0	9,8	11,3	*	10,3
	3)	*	65,1	*	65,2	57,1	55,6	56,9	60,6	*	59,9
Hörverschlechterung, Ohrgeräusche	2)	17,7	22,4	22,9	11,4	7,1	13,7	7,2	10,3	*	12,6
	3)	*	47,8	42,3	58,3	50,6	46,8	59,5	54,4	53,3	50,9
Nervosität oder Reizbarkeit	2)	23,5	26,1	24,4	26,4	28,4	25,6	26,0	30,7	23,3	27,3
	3)	*	15,0	*	*	13,5	14,6	14,4	14,4	*	13,8
Niedergeschlagenheit	2)	22,2	20,6	20,1	15,6	17,5	18,8	14,7	20,1	*	18,2
	3)	*	13,2	*	*	17,2	*	20,8	18,5	*	16,1
Schwindelgefühle	2)	*	5,2	5,9	*	4,9	4,9	4,3	5,1	*	4,8
	3)	*	50,7	*	*	48,3	*	56,3	52,1	*	51,8
Burnout	2)	*	4,8	*	6,5	6,7	5,0	7,3	10,2	*	7,1
	3)	*	*	*	*	*	*	29,0	31,1	*	27,5
Depressionen	2)	*	4,6	*	*	3,8	3,9	3,8	4,9	*	4,1
	3)	*	51,4	*	*	*	*	58,9	56,6	*	54,2
Andere Beschwerden	2)	*	2,8	*	*	2,3	*	2,0	3,7	*	2,8
	3)	*	*	*	*	*	*	*	41,9	*	42,0
Stichprobengröße		469	3.910	851	1.470	2.434	1.364	4.043	5.030	425	20.000

1) Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992
 2) Gesundheitliche Beschwerden während/unmittelbar nach der Arbeit in %
 3) Durch Arzt/Therapeut behandelt in %
 *) Häufigkeit zu klein



**Besichtigungstätigkeit der Gewerbeaufsicht
in den Jahren 2003 bis 2005**

	Betriebe mit ... Beschäftigten					
	1 bis 19	20 bis 199	200 bis 999	1.000 und mehr	Sonstige ¹⁾	Gesamt
1	2	3	4	5	6	7
Zahl der besichtigten Betriebe						
2005	118.364	2)	2)	2)	---	162.405
2004	132.558	36.554	6.559	962	---	176.633
2003	143.445	38.921	6.915	1.033	---	190.314
Gesamtzahl der Besichtigungen						
2005	156.659	2)	2)	2)	151.684	391.318
2004	175.193	64.598	16.806	4.562	188.148	449.307
2003	188.208	66.666	18.097	5.253	186.299	464.523

1) Hierbei handelt sich um Besichtigungen von Baustellen, überwachungsbedürftigen Anlagen außerhalb von Betrieben u.ä.

2) Aufgrund der Umstellung der Betriebsgrößenklassen kann 2005 bei Mittel- und Großbetrieben keine einheitliche Zuordnung gemacht werden



Tabelle TG 2

**Personalstand der Gewerbeaufsicht nach Ländern
in den Jahren 2003 bis 2005**

Bundesland	Jahr	Personal gesamt					Ärzte	Gewerbe- aufsichts- personal in der Ausbildung
		Gewerbeaufsichtspersonal				gesamt		
		höherer	gehobener	mittlerer	Dienst			
		Dienst						
1	2	3	4	5	6	7	8	
Personal gesamt.....	2005	920	2.164	786	3.870	121	88	
	2004	970	2.276	857	4.103	133	99	
	2003	983	2.289	844	4.116	147	118	
davon in:								
Baden-Württemberg... ²⁾	2005	237	363	113	713	15	---	
	2004	237	363	113	713	15	---	
	2003	242	369	114	725	15	---	
Bayern.....	2005	74	275	118	467	28	6	
	2004	100	315	160	575	27	6	
	2003	96	287	160	543	27	22	
Berlin.....	2005	20	94	12	126	9	---	
	2004	20	97	14	131	10	---	
	2003	19	98	16	133	12	---	
Brandenburg.....	2005	46	107	7	160	8	6	
	2004	45	113	8	166	8	8	
	2003	43	124	8	175	9	4	
Bremen.....	2005	5	37	---	42	2	1	
	2004	5	34	4	43	2	1	
	2003	5	35	5	45	2	2	
Hamburg.....	2005	17	61	---	78	4	5	
	2004	19	76	1	96	6	6	
	2003	20	74	1	95	6	---	
Hessen.....	2005	50	86	17	153	7	1	
	2004	52	99	18	169	9	---	
	2003	47	92	16	155	11	---	
Mecklenburg-Vorpommern.....	2005	29	96	11	136	5	---	
	2004	35	100	14	149	8	3	
	2003	35	101	15	151	9	8	
Niedersachsen... ³⁾	2005	96	242	87	425	6	5	
	2004	97	268	84	449	8	2	
	2003	101	275	88	464	8	4	
Nordrhein-Westfalen.....	2005	105	336	277	718	11	61	
	2004	104	336	280	720	11	61	
	2003	109	368	265	742	13	58	
Rheinland-Pfalz.....	2005	44	91	53	187	5	1	
	2004	47	90	62	199	5	---	
	2003	44	81	57	182	5	---	
Saarland... ¹⁾	2005	4	12	13	29	4	---	
	2004	4	13	15	32	4	5	
	2003	4	13	15	32	4	5	
Sachsen.....	2005	82	100	26	208	5	---	
	2004	94	94	30	218	5	---	
	2003	101	99	31	231	8	---	
Sachsen-Anhalt.....	2005	74	124	38	236	6	---	
	2004	74	134	36	244	8	1	
	2003	75	134	36	245	8	2	
Schleswig-Holstein.....	2005	6	29	15	50	3	2	
	2004	6	32	17	55	3	1	
	2003	6	29	17	52	3	3	
Thüringen.....	2005	32	111	---	143	3	---	
	2004	31	112	1	144	4	5	
	2003	36	110	---	146	7	10	

1) Behörden nehmen auch Umweltschutz wahr

2) Personal neben Arbeitsschutz auch zuständig für Immissionsschutz, Industrieabwasser und Abfall, aufgrund einer Verwaltungsreform liegen für 2005 keine neuen Zahlen vor

3) Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Mittel- und Ortsinstanzen nehmen auch die Aufgaben in Umweltschutzangelegenheiten wahr. Für die Zentralinstanz werden die ausgebildeten Aufsichtskräfte im MU und MFAS erfasst.



Tabelle TH 1

**Personalstand der Aufsichts- und Beratungsdienste der gesetzlichen Unfallversicherungsträger
in den Jahren 2003 bis 2005**

	Gewerbliche Berufs- genossenschaften			Landwirtschaftl. Berufs- genossenschaften			Unfallversiche- rungsträger der öffentlichen Hand			Gesamt		
	2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Zahl der Beschäftigten der Versicherungsträger in Aufsichts- und Beratungsdiensten (einschließlich Büro- und Schreibpersonal) insgesamt.....	4.297	4.394	4.395	500	504	507	653	646	638	5.450	5.544	5.540
davon: Aufsichtspersonen ¹⁾ mit Besichtigungstätigkeit.....	2.240	2.301	2.319	397	404	400	428	422	413	3.065	3.127	3.132

1) Terminologie SGB VII



**Unternehmen und Vollarbeiter bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften
in den Jahren 2003 bis 2005**

Zahl der Unternehmen und Zahl der Vollarbeiter in Unternehmen	2005	2004	2003
1	2	3	4
Unternehmen gesamt.....	3.167.447	3.118.693	3.039.358
Vollarbeiter¹⁾ gesamt.....	27.690.101	28.292.099	27.799.392
davon mit:			
0 abhängig beschäftigte Vollarbeiter			
Unternehmen.....	999.005	869.531	800.363
Vollarbeiter.....	529.845	459.448	445.500
1 bis 9 abhängig beschäftigte Vollarbeiter			
Unternehmen.....	1.725.136	1.806.767	1.834.583
Vollarbeiter.....	5.219.515	5.286.784	5.242.789
10 bis 49 abhängig beschäftigte Vollarbeiter			
Unternehmen.....	279.945	283.927	281.319
Vollarbeiter.....	5.567.920	5.536.470	5.495.639
50 bis 249 abhängig beschäftigte Vollarbeiter			
Unternehmen.....	56.554	57.989	57.652
Vollarbeiter.....	5.788.960	5.727.587	5.694.737
250 bis 499 abhängig beschäftigte Vollarbeiter			
Unternehmen.....	6.718	7.817	7.774
Vollarbeiter.....	2.303.827	2.628.515	2.609.074
500 und mehr abhängig beschäftigte Vollarbeiter			
Unternehmen.....	5.854	5.565	5.664
Vollarbeiter.....	8.108.400	8.445.461	8.293.857
unbekannte Unternehmensgröße			
Unternehmen.....	94.235	87.097	52.003
Vollarbeiter.....	171.634	207.834	17.796

1) Nur abhängig beschäftigte Versicherte, versicherte Unternehmer und nichtgewerbsmäßig versicherte Bauarbeiter (Eigenleistungen am Bau)



Tabelle TH 3

**Aufsichtstätigkeit der Aufsichts- und Beratungsdienste der gesetzlichen Unfallversicherungsträger
in den Jahren 2003 bis 2005**

Aufsichtstätigkeit	Gewerbliche Berufsgenossenschaften		
	2005	2004	2003
1	2	3	4
Zahl der von Aufsichtspersonen¹⁾ vorgenommenen Besichtigungen gesamt	645.951	660.156	671.055
davon			
in Unternehmen mit:			
0 abhängig beschäftigten Vollarbeitern.....	44.692	44.605	45.080
1-9 abhängig beschäftigten Vollarbeitern	260.045	267.726	262.868
10-49 abhängig beschäftigten Vollarbeitern.....	171.243	179.588	182.788
50-249 abhängig beschäftigten Vollarbeitern.....	92.544	96.048	96.716
250-499 abhängig beschäftigten Vollarbeitern.....	23.929	25.601	22.997
500 und mehr abhängig beschäftigten Vollarbeiter.....	31.065	30.881	29.839
unbekannter Unternehmensgröße.....	22.433	15.707	30.767
Zahl der besichtigten Unternehmen gesamt.....	358.371	366.588	361.842
davon			
in Unternehmen mit:			
0 abhängig beschäftigten Vollarbeitern.....	33.368	31.043	31.384
1-9 abhängig beschäftigten Vollarbeitern	206.651	212.722	208.243
10-49 abhängig beschäftigten Vollarbeitern.....	79.585	84.048	84.121
50-249 abhängig beschäftigten Vollarbeitern.....	28.874	28.449	28.184
250-499 abhängig beschäftigten Vollarbeitern.....	4.917	5.219	4.981
500 und mehr abhängig beschäftigten Vollarbeiter.....	4.303	4.446	4.281
unbekannter Unternehmensgröße.....	673	661	648
Zahl der untersuchten Unfälle einschließlich der Teilnahme an Unfalluntersuchungen nach § 103 Abs. 2 SGB VII²⁾	51.253	54.393	57.262



**Aufsichtstätigkeit der Aufsichts- und Beratungsdienste der gesetzlichen Unfallversicherungsträger
in den Jahren 2003 bis 2005**

Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften ³⁾			Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand			Gesamt		
2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003
5	6	7	8	9	10	11	12	13
169.351	176.013	182.997	14.896	12.478	12.129	830.198	848.647	866.181
			2.122	895	731	46.814	45.500	45.811
			2.101	1.580	1.483	262.146	269.306	264.351
			2.152	1.470	1.687	173.395	181.058	184.475
			1.893	1.727	1.868	94.437	97.775	98.584
			1.455	1.173	1.280	25.384	26.774	24.277
			4.904	4.875	5.080	35.969	35.756	34.919
			269	758		22.702	16.465	30.767
117.109	118.527	117.773	5.843	5.530	5.121	481.323	490.645	484.736
			787	756	458	34.155	31.799	31.842
			1.543	1.321	1.225	208.194	214.043	209.468
			1.176	1.090	1.079	80.761	85.138	85.200
			1.109	1.094	1.106	29.983	29.543	29.290
			591	608	560	5.508	5.827	5.541
			637	661	693	4.940	5.107	4.974
						673	661	648
12.072	12.586	12.010	3.049	3.507	3.051	66.374	70.486	72.323

1) Terminologie SGB VII, bisher „Technische Aufsichtsbeamte“

2) bis 31.12.1996 § 1562 RVO

3) Im Bereich der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften wird eine Aufteilung nach Größe der Unternehmen nicht vorgenommen.

4) Aufgrund geänderter Kategorien in 2002 sind die Vorjahreswerte nicht mehr vergleichbar



Tabelle TH 4

**Beitragszuschläge und Beitragsnachlässe nach § 162 Abs. 1 SGB VII ¹⁾
bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften ²⁾
2005**

Nr. der BG	Berufsgenossenschaft	Beitragszuschläge			Beitragsnachlässe		
		Anzahl der Fälle	Beitrag in EUR	% vom Umlagesoll	Anzahl der Fälle	Beitrag in EUR	% vom Umlagesoll
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Bergbau-BG.....	81	18.055.736	7,73	420	18.055.736	7,73
2	Steinbruchs-BG.....	605	3.175.746	2,51	709	213.082	0,17
3	BG der keramischen u. Glasindustrie.....	423	2.000.285	2,05	3.328	3.522.510	3,60
4	BG der Gas-, Fernwärme- u. Wasserwirtschaft.....	---	---	---	4.461	6.953.225	11,84
5	Hütten- u. Walzwerks-BG.....	51	828.703	1,04	119	1.556.936	1,95
6	Maschinenbau- u. Metall-BG.....	3.902	6.286.116	1,19	31.727	25.747.650	4,88
7	Norddeutsche Metall-BG.....	2.916	3.515.068	0,98	23.377	16.791.613	4,70
8	BG Metall-Süd.....	6.865	8.827.844	1,15	55.458	38.677.689	5,02
10	BG der Feinmechanik u. Elektrotechnik.....	---	---	---	77.869	87.272.209	11,59
11	BG der chemischen Industrie.....	2.025	26.621.008	6,16	9.606	69.402.657	16,06
12	Holz-BG.....	4.907	4.076.854	1,77	41.356	7.216.456	3,14
14	Papiermacher-BG.....	94	1.099.651	2,78	219	1.302.282	3,30
15	BG Druck u. Papierverarbeitung.....	2.808	2.329.953	1,83	37.717	5.344.945	4,19
16	Lederindustrie-BG.....	622	547.789	1,66	---	---	---
17	Textil- u. Bekleidungs-BG.....	6.167	308.350	0,30	---	---	---
18	BG Nahrungsmittel u. Gaststätten.....	---	---	---	249.177	21.219.435	4,26
19	Fleischerei-BG.....	---	---	---	18.846	7.296.787	9,48
20	Zucker-BG.....	17	756.848	10,01	32	1.532.633	20,27
21	BG der Bauwirtschaft.....	18.841	40.606.753	2,89	16.039	3.386.534	0,24
29	Großhandels- u. Lagerei-BG.....	9.228	6.123.597	1,43	---	---	---
30	BG für den Einzelhandel.....	---	---	---	235.552	24.064.250	7,15
31	Verwaltungs-BG.....	948	962.950	0,12	---	---	---
32	BG der Straßen-, U-Bahnen u. Eisenbahnen.....	174	1.075.157	2,33	1.664	4.161.100	9,01
33	BG für Fahrzeughaltungen.....	20.919	5.903.359	1,17	164.224	13.665.261	2,72
34	See-BG.....	395	28.999	0,07	---	---	---
36	BG für Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege.....	15.293	1.261.961	0,24	---	---	---
	Gewerbliche Berufsgenossenschaften.....	97.281	134.392.727	---	971.900	357.382.990	---

1) bis 31.12.1996 § 725 Abs. 2 RVO

2) Die Angaben der einzelnen Berufsgenossenschaften können nicht miteinander verglichen werden.



**Durchsetzungsmaßnahmen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger
in den Jahren 2003 bis 2005**

Maßnahmen	Gewerbliche Berufsgenossenschaften			Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften			Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand		
	2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bußgeldbescheide gegen Mitglieder (Unternehmer) nach § 209 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 3 SGB VII.....	896	1.222	1.248	493	491	562	---	---	---
Bußgeldbescheide gegen Versicherte nach § 209 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 3 SGB VII.....	752	647	594	3	7	8	---	---	2
Anordnungen nach § 17 Abs. 1 SGB VII.....	24.879	28.885	32.111	44.110	48.199	48.574	4.042	2.877	2.561
Anordnungen nach § 19 Abs. 2 SGB VII.....	3.344	4.452	5.514	1.072	1.411	1.501	219	208	223
Beanstandungen.....	766.724	637.355	678.211	386.670	418.404	422.278	43.809	48.768	45.930

**Anzahl der Sicherheitsbeauftragten
in den Jahren 2003 bis 2005**

Unfallversicherungsträger	Sicherheitsbeauftragte		
	2005	2004	2003
1	2	3	4
Unfallversicherungsträger gesamt.....	557.460	560.820	554.060
davon:			
Gewerbliche Berufsgenossenschaften.....	380.212	385.962	375.494
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....	6.459	6.435	7.910
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (ohne Schüler-Unfallversicherung).....	96.510	93.741	90.661
in Kindergärten, Schulen und Hochschulen.....	74.279	74.682	79.995



Tabelle TI 1

**Schulungskurse
2005**

Schulungskurse	Dauer der Schulungskurse			Gesamt
	bis 1 Tag	2 bis 3 Tage	4 und mehr Tage	
1	2	3	4	5
Gewerbliche Berufsgenossenschaften				
Zahl der Kurse zusammen.....	6.242	7.563	4.679	18.484
Teilnehmer zusammen.....	129.359	143.528	66.366	339.253
davon				
Kurse für Unternehmer und Führungskräfte				
Zahl der Kurse.....	2.123	1.354	92	3.569
Teilnehmer.....	38.621	23.578	1.477	63.676
Kurse für Sicherheitsbeauftragte				
Zahl der Kurse.....	523	1.790	552	2.865
Teilnehmer.....	9.509	34.656	12.648	56.813
Kurse für Sicherheitsfachkräfte nach ASiG				
Zahl der Kurse.....	251	492	687	1.430
Teilnehmer.....	6.466	9.870	13.888	30.224
Kurse für sonstige Betriebsangehörige				
Zahl der Kurse.....	3.345	3.927	3.348	10.620
Teilnehmer.....	74.763	75.424	38.353	188.540
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften				
Zahl der Kurse zusammen.....	2.856	1.199	32	4.087
Teilnehmer zusammen.....	67.479	18.877	1.697	88.053
davon				
Kurse für Unternehmer und Führungskräfte				
Zahl der Kurse.....	919	869	1	1.789
Teilnehmer.....	27.988	13.964	1.505	43.457
Kurse für Sicherheitsbeauftragte				
Zahl der Kurse.....	24	31	7	62
Teilnehmer.....	467	649	104	1.220
Kurse für Sicherheitsfachkräfte nach ASiG				
Zahl der Kurse.....	21	14	24	59
Teilnehmer.....	516	281	88	885
Kurse für sonstige Betriebsangehörige				
Zahl der Kurse.....	1.892	285	---	2.177
Teilnehmer.....	38.508	3.983	---	42.491



**Schulungskurse
2005**

Schulungskurse	Dauer der Schulungskurse			Gesamt
	bis 1 Tag	2 bis 3 Tage	4 und mehr Tage	
1	2	3	4	5
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand				
Zahl der Kurse zusammen.....	1.323	976	65	2.364
Teilnehmer zusammen.....	27.345	16.298	639	44.282
davon				
Kurse für Unternehmer und Führungskräfte				
Zahl der Kurse.....	292	233	---	525
Teilnehmer.....	6.025	3.897	---	9.922
Kurse für Sicherheitsbeauftragte				
Zahl der Kurse.....	328	274	---	602
Teilnehmer.....	6.893	4.865	---	11.758
Kurse für Sicherheitsfachkräfte nach ASiG				
Zahl der Kurse.....	52	164	40	256
Teilnehmer.....	812	2.651	363	3.826
Kurse für sonstige Betriebsangehörige				
Zahl der Kurse.....	651	305	25	981
Teilnehmer.....	13.615	4.885	276	18.776



Tabelle TK 1

**Aufwendungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger
in den Jahren 2004 und 2005**

Pos.-Nr. des Konten- rahmens	Aufwendungen (Ausgaben)	EUR		Veränderungen von 2005 zu 2004	
		2005	2004	absolut	%
1	2	3	4	5	6
40	Ambulante Heilbehandlung.....	891.892.493	861.696.707	+ 30.195.786	+ 3,5
45	Zahnersatz.....	12.648.168	13.488.280	- 840.112	- 6,2
46	Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege...	841.172.271	837.979.903	+ 3.192.368	+ 0,4
47	Verletztengeld und besondere Unterstützung.....	512.022.346	533.903.266	- 21.880.921	- 4,1
48	Sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen zur Heilbehandlung.....	568.978.541	575.032.196	- 6.053.655	- 1,1
49	Berufshilfe und ergänzende Leistungen zur Berufshilfe.....	237.816.947	281.048.222	- 43.231.274	- 15,4
50	Renten an Verletzte und Hinterbliebene.....	5.759.474.164	5.804.425.401	- 44.951.238	- 0,8
51	Beihilfen an Hinterbliebene.....	19.943.648	20.215.805	- 272.157	- 1,3
52	Abfindungen an Verletzte und Hinterbliebene.....	106.064.822	124.479.219	- 18.414.397	- 14,8
53	Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen.....	490.993	386.818	+ 104.176	+ 26,9
57	Sterbegeld.....	18.332.885	18.540.369	- 207.484	- 1,1
58	Mehrleistungen und Aufwendungsersatz.....	14.691.724	14.101.708	+ 590.015	+ 4,2
59	Prävention und Erste Hilfe.....	864.280.073	861.751.747	+ 2.528.327	+ 0,3
60 - 62	Aufwendungen für das Vermögen.....	204.551.877	178.482.102	+ 26.069.775	+ 14,6
63	Rechnungsmäßiges Defizit der eigenen Unternehmen.....	3.990.348	3.093.143	+ 897.205	+ 29,0
64	Beitragsausfälle ¹⁾	388.562.799	416.748.167	- 28.185.368	- 6,8
65	Beitragsnachlässe.....	297.137.375	309.006.345	- 11.868.970	- 3,8
67	Zuführungen zu den Betriebsmitteln und der Rücklage.....	331.768.168	284.086.553	+ 47.681.615	+ 16,8
69	Sonstige Aufwendungen ²⁾	1.936.264.496	2.035.384.779	- 99.120.283	- 4,9
70 , 71	Persönlicher Verwaltungsaufwand.....	886.938.497	873.849.363	+ 13.089.134	+ 1,5
72 , 73	Sächlicher Verwaltungsaufwand.....	242.645.841	256.859.209	- 14.213.368	- 5,5
74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung.....	8.302.949	7.917.289	+ 385.660	+ 4,9
75	Vergütungen an andere für Verwaltungs- arbeiten (ohne Prävention).....	154.237.213	151.893.769	+ 2.343.444	+ 1,5
76	Kosten der Rechtsverfolgung.....	11.273.796	11.198.297	+ 75.500	+ 0,7
77	Kosten der Unfalluntersuchungen und der Feststellung der Entschädigungen.....	75.074.548	78.612.153	- 3.537.605	- 4,5
78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten.....	1.773.572	1.731.841	+ 41.731	+ 2,4
79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug.....	93.765	53.917	+ 39.849	+ 73,9
690	abzüglich Lastenausgleich.....	620.255.198	500.835.708	+ 119.419.490	+ 23,8
691	abzüglich Insolvenzgeld.....	1.304.331.514	1.525.994.551	- 221.663.037	- 14,5
Nettoaufwendungen gesamt.....		12.465.837.609	12.529.136.308	- 63.298.699	- 0,5

1) Hierbei handelt es sich um Beträge, die durch die Umlage des Vorjahres nicht aufgebracht wurden und deshalb zur Ermittlung der Umlage des Berichtsjahres als Aufwendungen erneut eingesetzt werden müssen.

2) In dieser Position ist der Betrag aus dem Lastenausgleich der Versicherungsträger untereinander (z.B. gemäß Artikel 3 des Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetzes) enthalten; wegen der den Versicherungsträgern vorgeschriebenen Bruttobuchung ist die Gesamtsumme der Aufwendungen um diesen Betrag überhöht. Um die Nettoaufwendungen zu erhalten, muss die Summe des Finanzausgleichs abgesetzt werden; ferner ist in der Position 69 noch das Konkursausfallgeld enthalten.



**Aufwendungen für Unfallverhütung und Erste Hilfe
2004 und 2005**

in 1.000 EUR (Kontengruppe 59)

	Gewerbliche Berufsgenossenschaften		Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften		Unfallversicherungs-träger der öffentlichen Hand		Unfallversicherungs-träger gesamt	
	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kosten für die Herstellung von Unfallverhütungsvorschriften (§ 15, § 209 SGB VII) ¹⁾ (Kontenart 590).....	2.998	3.714	139	115	777	739	3.915	4.568
Kosten der Überwachung u. Beratung der Unternehmen (§§ 17 bis 20 SGB VII) ²⁾ (Kontenart 591).....	405.974	403.585	43.066	40.858	55.362	54.851	504.402	499.293
Kosten der Ausbildung (Kontenart 592).....	125.050	122.251	1.331	1.322	7.696	7.819	134.078	131.392
Zahlungen an Verbände für Prävention (Kontenart 593).....	62.530	63.747	4.794	3.782	5.233	5.295	72.558	72.824
Kosten der arbeitsmedizinischen Dienste (Kontenart 594).....	50.020	55.140	138	119	573	632	50.731	55.892
Kosten der Sicherheitstechnischen Dienste (Kontenart 596).....	10.414	8.841	796	654	361	296	11.570	9.792
Sonstige Kosten der Prävention (Kontenart 597).....	57.557	59.045	1.168	1.299	4.894	4.787	63.618	65.132
Kosten der Ersten Hilfe (§ 15 SGB VII) ³⁾ (Kontenart 598).....	18.333	17.931	288	294	4.787	4.635	23.408	22.860
Kosten gesamt (Kontengruppe 59)....	732.875	734.254	51.720	48.444	79.684	79.054	864.280	861.752

1) bis 31.12.1996 §§ 708 bis 711 RVO

2) bis 31.12.1996 §§ 712 bis 717 RVO

3) bis 31.12.1996 § 721 RVO



Tabelle TK 3

**Renten
in den Jahren 2003 bis 2005**

1	2005 ¹⁾	2004 ¹⁾	2003 ¹⁾	Veränderung in %	
				von 2005 zu 2004	von 2004 zu 2003
	2	3	4	5	6
Renten an Verletzte und Kranke					
Unfallversicherungsträger.....	930.113	943.596	954.691	- 1,4	- 1,2
davon:					
Gewerbliche					
Berufsgenossenschaften.....	705.617	715.017	722.215	- 1,3	- 1,0
Landwirtschaftliche					
Berufsgenossenschaften.....	139.485	141.909	144.093	- 1,7	- 1,5
Unfallversicherungsträger					
der öffentlichen Hand.....	85.011	86.670	88.383	- 1,9	- 1,9
Renten an Hinterbliebene					
Unfallversicherungsträger.....	147.128	149.526	151.826	- 1,6	- 1,5
davon:					
Gewerbliche					
Berufsgenossenschaften.....	122.228	123.878	125.582	- 1,3	- 1,4
Landwirtschaftliche					
Berufsgenossenschaften.....	12.989	13.268	13.585	- 2,1	- 2,3
Unfallversicherungsträger					
der öffentlichen Hand.....	11.911	12.380	12.659	- 3,8	- 2,2

1) Stand: 31.12. des Jahres


Volkswirtschaftliche Ausfälle im Wirtschaftszweig Land-, Forstwirtschaft und Fischerei nach Diagnosegruppen

2005

ICD 10	Diagnosegruppe	Arbeitsunfähig- keitstage		Produktions- ausfall in Mrd. EUR	Ausfall an Brutto- wertschöpfung in Mrd. EUR
		in Mio.	in %		
1	2	3	4	5	6
V	Psychische und Verhaltens- störungen.....	0,2	5,0	0,01	0,01
IX	Krankheiten des Kreislauf- systems.....	0,4	8,1	0,02	0,02
X	Krankheiten des Atmungssystems.	0,5	11,7	0,03	0,03
XI	Krankheiten des Verdauungs- systems.....	0,3	5,9	0,01	0,02
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes....	1,0	24,0	0,05	0,07
XIX	Verletzungen und Vergiftungen.....	0,9	20,1	0,04	0,06
alle anderen	Sonstige Krankheiten.....	1,1	25,2	0,06	0,07
I - XXI	Alle Diagnosegruppen.....	4,3	100,0	0,22	0,28

Rundungsfehler

Volkswirtschaftliche Ausfälle im Wirtschaftszweig produzierendes Gewerbe (ohne Baugewerbe) nach Diagnosegruppen

2005

ICD 10	Diagnosegruppe	Arbeitsunfähig- keitstage		Produktions- ausfall in Mrd. EUR	Ausfall an Brutto- wertschöpfung in Mrd. EUR
		in Mio.	in %		
1	2	3	4	5	6
V	Psychische und Verhaltens- störungen.....	6,9	6,7	0,83	1,23
IX	Krankheiten des Kreislauf- systems.....	7,2	7,1	0,87	1,29
X	Krankheiten des Atmungssystems.	14,8	14,5	1,79	2,65
XI	Krankheiten des Verdauungs- systems.....	6,2	6,1	0,75	1,12
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes....	26,2	25,7	3,17	4,69
XIX	Verletzungen und Vergiftungen.....	15,2	14,9	1,84	2,72
alle anderen	Sonstige Krankheiten.....	25,5	25,0	3,08	4,56
I - XXI	Alle Diagnosegruppen.....	102,1	100,0	12,33	18,26

Rundungsfehler



Tabelle TK 6

Volkswirtschaftliche Ausfälle im Wirtschaftszweig Baugewerbe nach Diagnosegruppen

2005

ICD 10	Diagnosegruppe	Arbeitsunfähigkeitsstage		Produktionsausfall in Mrd. EUR	Ausfall an Bruttowertschöpfung in Mrd. EUR
		in Mio.	in %		
1	2	3	4	5	6
V	Psychische und Verhaltensstörungen.....	1,0	4,3	0,08	0,18
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems.....	1,5	6,6	0,12	0,27
X	Krankheiten des Atmungssystems.....	2,6	11,0	0,21	0,45
XI	Krankheiten des Verdauungssystems.....	1,3	5,6	0,11	0,23
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes....	6,9	29,2	0,55	1,19
XIX	Verletzungen und Vergiftungen.....	5,3	22,6	0,43	0,92
alle anderen	Sonstige Krankheiten.....	4,9	20,6	0,39	0,84
I - XXI	Alle Diagnosegruppen.....	23,6	100,0	1,88	4,05

Rundungsfehler

Tabelle TK 7

Volkswirtschaftliche Ausfälle im Wirtschaftszweig Handel, Gastgewerbe und Verkehr nach Diagnosegruppen

2005

ICD 10	Diagnosegruppe	Arbeitsunfähigkeitsstage		Produktionsausfall in Mrd. EUR	Ausfall an Bruttowertschöpfung in Mrd. EUR
		in Mio.	in %		
1	2	3	4	5	6
V	Psychische und Verhaltensstörungen.....	7,7	7,9	0,55	0,79
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems.....	6,4	6,6	0,46	0,66
X	Krankheiten des Atmungssystems.....	13,9	14,3	1,00	1,42
XI	Krankheiten des Verdauungssystems.....	6,1	6,3	0,44	0,62
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes....	22,9	23,6	1,65	2,35
XIX	Verletzungen und Vergiftungen.....	14,1	14,5	1,02	1,45
alle anderen	Sonstige Krankheiten.....	26,0	26,8	1,87	2,67
I - XXI	Alle Diagnosegruppen.....	97,1	100,0	7,00	9,95

Rundungsfehler



**Volkswirtschaftliche Ausfälle im Wirtschaftszweig
Finanzierung, Vermietung und Unternehmensdienstleister nach Diagnosegruppen
2005**

ICD 10	Diagnosegruppe	Arbeitsunfähig- keitstage		Produktions- ausfall in Mrd. EUR	Ausfall an Brutto- wertschöpfung in Mrd. EUR
		in Mio.	in %		
1	2	3	4	5	6
V	Psychische und Verhaltens- störungen.....	4,6	8,9	0,43	1,16
IX	Krankheiten des Kreislauf- systems.....	3,0	5,7	0,28	0,75
X	Krankheiten des Atmungssystems.	8,6	16,6	0,80	2,17
XI	Krankheiten des Verdauungs- systems.....	3,4	6,6	0,32	0,86
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes....	11,2	21,8	1,05	2,84
XIX	Verletzungen und Vergiftungen.....	6,5	12,5	0,60	1,64
alle anderen	Sonstige Krankheiten.....	14,4	27,9	1,34	3,64
I - XXI	Alle Diagnosegruppen.....	51,6	100,0	4,82	13,06

Rundungsfehler

**Volkswirtschaftliche Ausfälle im Wirtschaftszweig öffentliche und private Dienstleistungen nach Diagnosegruppen
2005**

ICD 10	Diagnosegruppe	Arbeitsunfähig- keitstage		Produktions- ausfall in Mrd. EUR	Ausfall an Brutto- wertschöpfung in Mrd. EUR
		in Mio.	in %		
1	2	3	4	5	6
V	Psychische und Verhaltens- störungen.....	14,7	10,2	1,23	1,54
IX	Krankheiten des Kreislauf- systems.....	8,4	5,9	0,70	0,89
X	Krankheiten des Atmungssystems.	23,0	16,0	1,92	2,42
XI	Krankheiten des Verdauungs- systems.....	8,6	6,0	0,72	0,90
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes....	32,0	22,3	2,67	3,36
XIX	Verletzungen und Vergiftungen.....	15,4	10,8	1,29	1,62
alle anderen	Sonstige Krankheiten.....	41,3	28,8	3,45	4,34
I - XXI	Alle Diagnosegruppen.....	143,3	100,0	11,98	15,08

Rundungsfehler



Tabelle TL 1

**Statistik der gesetzlichen Unfallversicherung
2005**

Nr. der BG	Berufsgenossenschaft	Meldepflichtige Arbeitsunfälle			Neue Arbeitsunfallrenten			Tödl. Arbeitsunfälle	
		absolut	auf 1 Mio. geleistete Arbeitsstunden	je 1.000 Voll-arbeiter	absolut	auf 1 Mio. geleistete Arbeitsstunden	je 1.000 Voll-arbeiter	absolut	auf 1 Mio. geleistete Arbeitsstunden
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Bergbau-BG.....	1.790	15,01	23,56	211	1,77	2,78	3	0,03
2	Steinbruchs-BG.....	5.988	29,71	46,65	219	1,09	1,71	9	0,04
3	BG der keramischen u. Glasindustrie.....	5.978	24,58	38,59	162	0,67	1,05	2	0,01
4	BG d. Gas-, Fernwärme- u. Wasserwirtschaft.....	3.886	15,56	24,44	68	0,27	0,43	3	0,01
5	Hütten- u. Walzwerks-BG.....	1.889	16,95	26,60	77	0,69	1,08	2	0,02
6	Maschinenbau- u. Metall-BG.....	42.041	29,31	46,02	838	0,58	0,92	20	0,01
7	Norddeutsche Metall-BG.....	26.959	25,89	40,65	507	0,49	0,76	20	0,02
8	BG Metall-Süd.....	75.239	25,45	39,96	971	0,33	0,52	34	0,01
10	BG der Feinmechanik u. Elektrotechnik.....	34.454	10,24	16,07	889	0,26	0,41	39	0,01
11	BG der chemischen Industrie.....	13.160	9,47	14,86	450	0,32	0,51	14	0,01
12	Holz-BG.....	26.534	39,49	62,00	607	0,90	1,42	14	0,02
14	Papiermacher-BG.....	1.784	19,79	31,07	59	0,65	1,03	1	0,01
15	BG Druck u. Papierverarbeitung.....	12.951	15,83	24,85	428	0,52	0,82	6	0,01
16	Lederindustrie-BG.....	2.495	18,92	29,71	58	0,44	0,69	1	0,01
17	Textil- u. Bekleidungs-BG.....	6.442	12,90	20,26	182	0,36	0,57	4	0,01
18	BG Nahrungsmittel u. Gaststätten.....	74.198	28,82	45,24	1.043	0,41	0,64	21	0,01
19	Fleischerei-BG.....	17.882	45,17	70,92	185	0,47	0,73	2	0,01
20	Zucker-BG.....	85	6,78	10,64	6	0,48	0,75	---	---
21	BG der Bauwirtschaft.....	123.647	42,65	66,96	3.419	1,18	1,85	113	0,04
29	Großhandels- u. Lagerei-BG.....	53.177	15,62	24,52	1.324	0,39	0,61	44	0,01
30	BG für den Einzelhandel.....	37.438	15,59	24,47	830	0,35	0,54	20	0,01
31	Verwaltungs-BG.....	128.380	9,51	14,93	2.040	0,15	0,24	64	---
32	BG der Straßen-, U-Bahnen u. Eisenbahnen.....	4.882	24,77	38,89	96	0,49	0,76	4	0,02
33	BG für Fahrzeughaltungen.....	55.130	26,86	42,17	1.719	0,84	1,31	129	0,06
34	See-BG.....	442	7,88	12,37	26	0,46	0,73	4	0,07
36	BG für Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege.....	44.983	8,31	13,04	1.000	0,18	0,29	16	---
	Gewerbliche Berufsgenossenschaften	801.834	17,34	27,23	17.414	0,38	0,59	589	0,01
	Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....	97.588	---	52,27	4.649	---	2,49	207	---
	Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....	130.098	16,67	26,18	1.823	0,23	0,37	67	0,01
	Unfallversicherungsträger gesamt/Durchschnitt.....	1.029.520	---	28,38	23.886	---	0,66	863	---



**Statistik der gesetzlichen Unfallversicherung
2005**

Nr. der BG	Berufsgenossenschaft	Meldepflichtige Wegeunfälle		Neue Wegeunfallrenten		tödliche Wegeunfälle
		absolut	je 1.000 gewichtete 1) Versicherungs- verhältnisse	absolut	je 1.000 gewichtete 1) Versicherungs- verhältnisse	
		9	10	11	12	
1	Bergbau-BG.....	316	3,60	31	0,35	1
2	Steinbruchs-BG.....	513	3,62	39	0,28	5
3	BG der keramischen u. Glasindustrie.....	735	4,22	35	0,20	3
4	BG d. Gas-, Fernwärme- u. Wasserwirtschaft.....	863	4,29	32	0,16	4
5	Hütten- u. Walzwerks-BG.....	306	4,15	14	0,19	---
6	Maschinenbau- u. Metall-BG.....	4.506	4,81	211	0,23	15
7	Norddeutsche Metall-BG.....	3.810	5,69	152	0,23	17
8	BG Metall-Süd.....	10.808	5,54	438	0,22	42
10	BG der Feinmechanik u. Elektrotechnik.....	8.661	4,04	434	0,20	38
11	BG der chemischen Industrie.....	4.375	4,96	210	0,24	13
12	Holz-BG.....	2.150	4,39	118	0,24	17
14	Papiermacher-BG.....	216	3,62	9	0,15	1
15	BG Druck u. Papierverarbeitung.....	2.273	3,04	126	0,17	9
16	Lederindustrie-BG.....	392	3,89	22	0,22	1
17	Textil- u. Bekleidungs-BG.....	1.558	4,90	106	0,33	10
18	BG Nahrungsmittel u. Gaststätten.....	12.021	4,02	438	0,15	44
19	Fleischerei-BG.....	1.851	5,77	50	0,16	8
20	Zucker-BG.....	25	2,67	5	0,53	---
21	BG der Bauwirtschaft.....	10.225	3,84	462	0,17	40
29	Großhandels- u. Lagerei-BG.....	9.464	4,36	424	0,20	39
30	BG für den Einzelhandel.....	11.162	5,55	555	0,28	38
31	Verwaltungs-BG.....	36.408	4,61	1.026	0,13	79
32	BG der Straßen-, U-Bahnen u. Eisenbahnen.....	1.005	7,00	47	0,33	3
33	BG für Fahrzeughaltungen.....	5.177	3,96	212	0,16	24
34	See-BG.....	80	2,30	4	0,12	---
36	BG für Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege.....	22.741	4,36	899	0,17	44
	Gewerbliche Berufsgenossenschaften	151.641	4,49	6.099	0,18	495
	Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....	2.684	0,73	123	0,03	20
	Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....	33.505	6,33	902	0,17	57
	Unfallversicherungsträger gesamt/Durchschnitt.....	187.830	4,40	7.124	0,17	572

1) siehe Kapitel 2.1



noch Tabelle TL 1

**Statistik der gesetzlichen Unfallversicherung
2005**

Nr. der BG	Berufsgenossenschaft	Anzeigen auf Verdacht einer BK	Aner- kannte BK	Neue BK-Renten	Todesfälle Berufser- krankter mit Tod infolge der BK	Vollarbeiter	Versicherte	Unter- nehmen
		14	15	16	17	18	19	20
1	Bergbau-BG.....	3.939	2.667	1.674	675	75.982	87.759	252
2	Steinbruchs-BG.....	483	311	81	24	128.363	148.769	5.390
3	BG der keramischen u. Glasindustrie.....	798	310	96	65	154.927	178.167	9.483
4	BG d. Gas-, Fernwärme- u. Wasserwirtschaft.....	237	107	33	14	159.025	201.520	6.308
5	Hütten- u. Walzwerks-BG.....	521	220	74	71	71.003	99.786	178
6	Maschinenbau- u. Metall-BG.....	3.351	1.306	346	213	913.612	942.899	39.114
7	Norddeutsche Metall-BG.....	2.581	1.214	365	210	663.131	680.629	29.090
8	BG Metall-Süd.....	4.556	1.414	273	144	1.883.067	1.985.220	67.476
10	BG der Feinmechanik u. Elektrotechnik.....	2.613	966	346	243	2.143.330	2.152.209	98.092
11	BG der chemischen Industrie.....	2.607	771	327	205	885.400	918.004	13.330
12	Holz-BG.....	1.392	416	115	41	427.966	489.657	52.852
14	Papiermacher-BG.....	142	74	14	9	57.418	60.366	348
15	BG Druck u. Papierverarbeitung.....	583	51	11	2	521.232	751.655	50.664
16	Lederindustrie-BG.....	202	42	16	10	83.973	100.854	14.738
17	Textil- u. Bekleidungs-BG.....	812	164	54	51	318.038	318.304	75.467
18	BG Nahrungsmittel u. Gaststätten.....	3.766	335	102	23	1.640.090	2.992.373	402.812
19	Fleischerei-BG.....	573	29	3	---	252.160	321.039	19.381
20	Zucker-BG.....	27	19	7	2	7.988	10.700	65
21	BG der Bauwirtschaft.....	8.986	2.520	667	318	1.846.606	2.671.755	477.311
29	Großhandels- u. Lagerei-BG.....	1.523	320	134	77	2.168.416	2.169.079	120.176
30	BG für den Einzelhandel.....	1.363	104	45	10	1.529.750	2.012.813	295.294
31	Verwaltungs-BG.....	2.042	296	54	30	8.596.215	16.556.045	679.443
32	BG der Straßen-, U-Bahnen u. Eisenbahnen.....	149	30	14	7	125.519	144.072	1.875
33	BG für Fahrzeughaltungen.....	1.218	165	47	26	1.307.261	1.307.257	187.932
34	See-BG.....	135	41	14	9	35.746	45.876	3.507
36	BG für Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege.....	8.977	1.028	294	5	3.449.114	5.185.389	516.869
Gewerbliche Berufsgenossenschaften		53.576	14.920	5.206	2.484	29.445.332	42.532.196	3.167.447
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....		2.808	605	192	36	1.867.104	3.682.457	1.670.879
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....		6.185	994	253	80	4.969.855	11.546.184	25.174
Unfallversicherungsträger gesamt.....		62.569	16.519	5.651	2.600	36.282.291	57.760.837	4.863.500



**Statistik der gesetzlichen Unfallversicherung
2005**

Nr. der BG	Berufsgenossenschaft	Geleistete Arbeitsstunden	Gesamtausgaben in EUR ¹⁾	darunter (Spalte 21) Kosten für Erste Hilfe und Unfallverhütung in EUR ²⁾
		21	22	23
1	Bergbau-BG.....	119.291.581	685.719.495	15.816.998
2	Steinbruchs-BG.....	201.529.493	179.345.349	14.887.671
3	BG der keramischen u. Glasindustrie.....	243.234.819	127.566.843	8.125.105
4	BG d. Gas-, Fernwärme- u. Wasserwirtschaft.....	249.668.461	74.929.770	9.824.857
5	Hütten- u. Walzwerks-BG.....	111.475.556	129.403.380	4.631.507
6	Maschinenbau- u. Metall-BG.....	1.434.372.095	757.916.064	41.479.927
7	Norddeutsche Metall-BG.....	1.041.115.224	454.353.987	29.581.320
8	BG Metall-Süd.....	2.956.415.768	960.957.520	54.949.671
10	BG der Feinmechanik u. Elektrotechnik.....	3.365.027.786	953.351.777	45.289.035
11	BG der chemischen Industrie.....	1.390.078.588	531.649.650	38.098.291
12	Holz-BG.....	671.908.198	306.827.970	19.829.616
14	Papiermacher-BG.....	90.145.968	50.677.428	4.590.422
15	BG Druck u. Papierverarbeitung.....	818.334.221	176.453.492	11.743.980
16	Lederindustrie-BG.....	131.837.725	42.708.895	4.430.577
17	Textil- u. Bekleidungs-BG.....	499.320.131	134.025.814	8.049.210
18	BG Nahrungsmittel u. Gaststätten.....	2.574.941.928	658.877.403	49.546.624
19	Fleischerei-BG.....	395.891.043	102.620.533	10.307.610
20	Zucker-BG.....	12.541.699	10.841.347	966.519
21	BG der Bauwirtschaft.....	2.899.171.490	2.017.036.386	160.057.137
29	Großhandels- u. Lagerei-BG.....	3.404.412.335	730.460.684	27.749.166
30	BG für den Einzelhandel.....	2.401.706.872	439.669.801	16.742.511
31	Verwaltungs-BG.....	13.496.058.100	1.197.422.386	67.609.509
32	BG der Straßen-, U-Bahnen u. Eisenbahnen.....	197.064.002	59.596.992	4.689.162
33	BG für Fahrzeughaltungen.....	2.052.399.456	633.788.806	23.563.144
34	See-BG.....	56.120.592	46.448.183	5.579.195
36	BG für Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege.....	5.415.109.382	713.058.636	54.736.692
Gewerbliche Berufsgenossenschaften		46.229.172.513	12.175.708.591	732.875.453
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....		---	1.035.787.733	51.720.281
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....		7.802.672.430	1.178.927.997	79.684.339
Unfallversicherungsträger gesamt.....		---	14.390.424.321	864.280.073

1) Umfasst die Summe der Kontenklassen 4/5 (Leistungen), 6 (Vermögensaufwendungen) und 7 (Verwaltungskosten).

Beim BUK enthält die Summe in den Kostengruppen 59 (Prävention) und 70-75 (Verwaltung) auch Aufwendungen für die Schülerunfallversicherung. Eine getrennte Ausweisung ist für diese Kostengruppen nicht möglich.

2) Umfasst die Kontengruppe 59 (Prävention).

Beim BUK sind die Aufwendungen für die Schülerunfallversicherung enthalten. Eine getrennte Ausweisung ist nicht möglich.



noch Tabelle TL 1

**Statistik der gesetzlichen Unfallversicherung
2005**

Nr. der BG	Berufsgenossenschaft	Aufsichtspersonen 1)	Besichtigte Unternehmen	Besichtigungen in den Unternehmen	Untersuchte Unfälle	Bußgeldbescheide gegen	
						Mitglieder (Unternehmen)	Versicherte
		24	25	26	27	28	29
1	Bergbau-BG.....	34	130	955	361	---	---
2	Steinbruchs-BG.....	42	5.388	10.467	1.543	1	4
3	BG der keramischen u. Glasindustrie.....	27	1.981	2.626	966	---	---
4	BG d. Gas-, Fernwärme- u. Wasserwirtschaft.....	27	767	999	175	---	---
5	Hütten- u. Walzwerks-BG.....	10	137	168	156	---	---
6	Maschinenbau- u. Metall-BG.....	198	19.455	24.898	4.083	---	---
7	Norddeutsche Metall-BG.....	114	13.748	26.510	720	1	---
8	BG Metall-Süd.....	192	18.680	19.655	3.161	1	---
10	BG der Feinmechanik u. Elektrotechnik.....	139	11.013	18.579	2.018	18	2
11	BG der chemischen Industrie.....	96	7.146	8.751	3.163		
12	Holz-BG.....	111	21.136	40.603	1.219	5	1
14	Papiermacher-BG.....	12	252	553	554		
15	BG Druck u. Papierverarbeitung.....	48	5.002	5.799	1.301	13	
16	Lederindustrie-BG.....	19	1.135	1.543	142	---	---
17	Textil- u. Bekleidungs-BG.....	41	15.510	16.378	3.682	---	---
18	BG Nahrungsmittel u. Gaststätten.....	126	30.151	34.244	7.249	25	
19	Fleischerei-BG.....	31	4.444	5.165	515		
20	Zucker-BG.....	3	56	141	28		
21	BG der Bauwirtschaft.....	488	90.618	269.361	5.653	743	386
29	Großhandels- u. Lagerei-BG.....	104	24.022	40.014	5.490	27	17
30	BG für den Einzelhandel.....	61	52.636	53.532	4.074	10	
31	Verwaltungs-BG.....	139	8.967	29.256	2.616		
32	BG der Straßen-, U-Bahnen u. Eisenbahnen.....	18	222	317	814	---	---
33	BG für Fahrzeughaltungen.....	74	18.027	18.695	976	50	336
34	See-BG.....	21	3.507	12.324	45	2	6
36	BG für Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege.....	65	4.241	4.418	549		
Gewerbliche Berufsgenossenschaften		2.240	358.371	645.951	51.253	896	752
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....		397	117.109	169.351	12.072	493	3
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....		428	5.843	14.896	3.049	---	---
Unfallversicherungsträger gesamt.....		3.065	481.323	830.198	66.374	1.389	755

1) Hier ist das Personal aufgeführt, das Betriebsbesichtigungen oder dgl. durchführt



**Statistik der gesetzlichen Unfallversicherung
2005**

Nr. der BG	Berufsgenossenschaft	Sicherheits- beauftragte	Schulungskurse	In Kursen geschulte Personen	In Erster Hilfe unterwiesene Personen
		30	31	32	33
1	Bergbau-BG.....	4.881	723	10.257	8.739
2	Steinbruchs-BG.....	5.266	438	6.577	4.830
3	BG der keramischen u. Glasindustrie.....	4.311	155	3.101	5.830
4	BG d. Gas-, Fernwärme- u. Wasserwirtschaft.....	7.822	139	3.068	19.038
5	Hütten- u. Walzwerks-BG.....	4.160	--- ¹⁾	--- ¹⁾	5.135
6	Maschinenbau- u. Metall-BG.....	21.208	722	15.784	26.483
7	Norddeutsche Metall-BG.....	13.713	582	10.459	20.089
8	BG Metall-Süd.....	26.442	1.474	30.390	45.132
10	BG der Feinmechanik u. Elektrotechnik.....	36.235	2.012	42.389	95.311
11	BG der chemischen Industrie.....	44.329	686	17.775	17.956
12	Holz-BG.....	6.914	2.647	24.129	5.362
14	Papiermacher-BG.....	3.283	93	2.050	3.011
15	BG Druck u. Papierverarbeitung.....	7.196	180	2.815	8.678
16	Lederindustrie-BG.....	1.883	71	1.045	1.612
17	Textil- u. Bekleidungs-BG.....	3.854	194	3.203	5.445
18	BG Nahrungsmittel u. Gaststätten.....	19.034	308	5.061	24.727
19	Fleischerei-BG.....	1.568	511	15.758	2.485
20	Zucker-BG.....	451	11	230	538
21	BG der Bauwirtschaft.....	14.169	4.396	83.716	33.046
29	Großhandels- u. Lagerei-BG.....	25.918	283	6.897	28.871
30	BG für den Einzelhandel.....	9.282	361	6.860	49.925
31	Verwaltungs-BG.....	48.476	1.465	29.340	72.438
32	BG der Straßen-, U-Bahnen u. Eisenbahnen.....	1.041	96	1.799	5.622
33	BG für Fahrzeughaltungen.....	7.690	141	3.037	12.479
34	See-BG.....	3.287	8	137	782
36	BG für Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege.....	57.799	788	13.376	190.306
Gewerbliche Berufsgenossenschaften		380.212	18.484	339.253	693.870
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.....		6.459	4.087	88.053	8.559
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.....		96.510	2.364	44.282	154.337
Unfallversicherungsträger gesamt.....		483.181	24.935	471.588	856.766

1) Gemeinsame Meldung der Hütten- und Walzwerk-BG und der Maschinenbau- und Metall-BG.
Die Werte sind unter Maschinenbau- und Metall-BG ausgewiesen.



Tabelle TL 2

**Länderstatistik
für die Jahre 2003 bis 2005**

Bundesland	Jahr	Arbeitsunfälle ¹⁾		Wegeunfälle ¹⁾		Unfälle ¹⁾		Berufskrankheiten ²⁾				Erwerbs- tätige in 1 000 (Alter 15-65 Jahre) ³⁾
		melde- pflichtige	tödliche	melde- pflichtige	tödliche	meldepfl. zusammen (Sp. 3,5)	tödliche zusammen (Sp. 4,6)	angezeigte Verdachts- fälle	aner- kannte	Neue BK- Renten	Todes- fälle	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Baden-Württemberg.....	2005	117.468	117	20.670	70	138.138	187	7.045	1.533	376	111	5.303
	2004	138.688	129	19.277	64	157.965	193	7.081	1.672	369	101	5.303
	2003	143.303	143	21.087	73	164.390	216	6.755	1.840	426	99	5.292
Bayern.....	2005	191.957	188	33.633	103	225.589	291	7.716	1.794	404	191	6.237
	2004	190.136	207	32.119	103	222.255	310	8.655	2.111	466	135	6.230
	2003	205.254	206	33.347	142	238.601	348	8.602	2.174	516	108	6.209
Berlin.....	2005	30.635	14	9.472	17	40.107	31	2.123	403	153	79	1.526
	2004	33.817	21	10.030	11	43.847	32	2.079	387	175	59	1.524
	2003	32.082	18	10.148	15	42.229	33	2.293	393	128	54	1.514
Brandenburg.....	2005	31.452	41	6.773	27	38.224	68	1.169	265	65	30	1.000
	2004	35.559	27	6.626	18	42.184	45	1.266	272	68	14	1.007
	2003	34.925	29	7.308	26	42.233	55	1.402	308	65	32	1.005
Bremen.....	2005	8.806	7	1.987	3	10.793	10	1.160	470	167	104	375
	2004	9.447	3	2.124	3	11.571	6	1.223	459	181	95	380
	2003	11.858	8	3.176	6	15.034	14	1.189	497	192	85	381
Hamburg.....	2005	20.125	10	5.485	8	25.610	18	1.806	554	239	140	1.031
	2004	21.614	13	5.402	9	27.017	22	1.781	682	229	120	1.031
	2003	22.214	12	5.681	11	27.895	23	1.962	588	233	96	1.026
Hessen.....	2005	66.380	44	11.911	35	78.291	79	4.233	1.059	248	102	2.982
	2004	68.315	54	12.261	40	80.576	94	4.162	992	278	87	2.999
	2003	72.392	71	12.836	42	85.228	113	3.985	992	248	70	2.991
Mecklenburg-Vorpommern	2005	20.742	13	4.523	23	25.265	36	1.088	186	52	19	702
	2004	23.341	20	4.491	15	27.832	35	1.378	363	99	19	705
	2003	26.364	18	5.706	21	32.070	39	1.314	243	75	25	711
Niedersachsen.....	2005	97.315	81	15.629	62	112.944	143	5.878	1.403	375	172	3.485
	2004	103.257	105	17.541	68	120.798	173	5.928	1.568	407	114	3.503
	2003	112.335	103	18.941	76	131.276	179	6.280	1.504	403	112	3.486
Nordrhein-Westfalen.....	2005	215.439	156	36.195	97	251.634	253	16.016	5.608	2.449	954	8.316
	2004	225.973	155	36.790	98	262.762	253	16.249	5.225	1.821	832	8.329
	2003	230.741	165	36.023	106	266.765	271	17.095	5.436	1.919	822	8.286
Rheinland-Pfalz.....	2005	46.801	41	6.926	23	53.727	64	2.880	665	204	85	1.751
	2004	48.887	56	6.542	24	55.430	80	2.987	698	188	52	1.753
	2003	50.332	37	7.549	31	57.881	68	2.742	691	186	61	1.742
Saarland.....	2005	13.499	5	2.075	8	15.573	13	1.368	421	133	70	499
	2004	14.164	10	2.303	7	16.467	17	1.484	375	107	79	501
	2003	14.502	13	2.512	5	17.014	18	1.564	403	122	82	500
Sachsen.....	2005	48.142	30	10.965	26	59.106	56	4.929	883	371	247	1.875
	2004	51.593	34	11.437	35	63.029	69	3.844	934	372	206	1.900
	2003	57.991	53	12.599	38	70.590	91	3.738	953	360	214	1.896
Sachsen-Anhalt.....	2005	29.867	23	6.427	18	36.294	41	1.665	377	107	64	983
	2004	32.796	21	6.226	23	39.023	44	1.817	441	134	44	1.003
	2003	33.093	42	6.699	29	39.792	71	1.961	431	119	43	1.005
Schleswig-Holstein.....	2005	29.297	26	4.595	16	33.892	42	1.798	526	155	73	1.206
	2004	30.681	28	4.578	18	35.259	46	2.190	788	191	52	1.208
	2003	33.185	26	5.456	21	38.641	47	1.989	467	151	38	1.206
Thüringen.....	2005	28.701	32	5.455	25	34.157	57	1.689	364	152	90	995
	2004	31.003	27	6.357	26	37.360	53	1.669	433	128	35	1.008
	2003	34.329	40	6.964	28	41.293	68	1.859	450	149	81	1.004
unbekannt oder Ausland....	2005	32.894	35	5.110	9	38.004	44	4	7	2	69	--
	2004	29.402	39	6.771	13	36.174	52	21	12	4	49	--
	2003	27.874	45	6.713	25	34.587	70	128	55	18	58	--
Gesamt.....	2005	1.029.520	863	187.830	572	1.217.350	1.435	62.569	16.519	5.651	2.600	38.271
	2004	1.088.672	949	190.876	575	1.279.548	1.524	63.812	17.413	5.217	2.093	38.384
	2003	1.142.775	1.029	202.745	695	1.345.520	1.724	64.856	17.425	5.307	2.080	38.254

1) Hochrechnung auf Basis der Unfallanzeigen, tödliche Unfälle werden vollständig erfasst, die anderen aus einer 7%-Stichprobe hochgerechnet

2) Hochrechnung auf Basis der Berufskrankheiten-Dokumentation

3) Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen



**Entwicklung der Basiszahlen
ab 1960**

Jahr	Vollarbeiter in 1.000	Versicherte ¹⁾ in 1.000	Versicherungsverhältnisse in 1.000 ²⁾³⁾	Zahl der Arbeitsstunden in Mio
1	2	3	4	5
1960	24.883	32.864		
1961	24.324	33.371		
1962	24.440	31.384		
1963	24.345	33.304		
1964	24.859	32.568		
1965	24.951	32.606		
1966	25.028	32.493		
1967	24.129	31.763		
1968	24.327	32.128		
1969	25.599	32.194		36.368
1970	25.218	32.550		37.496
1971	24.828	30.764		37.638
1972	24.668	30.588		37.443
1973	24.965	31.989		37.797
1974	24.228	31.290		36.634
1975	23.301	31.690		34.473
1976	24.458	30.945		34.815
1977	24.340	31.034		35.103
1978	24.668	31.363		35.467
1979	25.237	31.964		36.319
1980	25.597	32.854		36.683
1981	25.448	32.759		36.360
1982	24.967	32.921		35.480
1983	24.555	33.174		34.623
1984	25.072	34.380		35.593
1985	25.616	35.079		36.334
1986	28.532	37.734	31.028	37.614
1987	28.654	38.852	31.970	37.766
1988	29.168	39.721	33.212	38.666
1989	29.760	40.302	33.973	39.372
1990	30.717	41.134	34.987	40.639
1991	37.126	50.539	44.609	47.600
1992	37.456	52.514	44.968	48.545
1993	37.122	51.844	44.099	46.611
1994	37.015	49.320	43.792	46.648
1995	37.622	55.055	44.237	47.608
1996	38.442	55.422	44.189	47.541
1997	38.074	56.854	44.457	47.234
1998	37.587	56.341	44.179	47.174
1999	37.759	58.072	44.537	47.762
2000	37.802	57.960	44.668	47.499
2001	37.553	58.105	44.314	47.022
2002	36.738	57.627	43.488	45.907
2003	36.389	57.356	42.947	45.384
2004	36.894	57.803	42.966	47.729
2005	36.282	57.761	42.724	46.229

1) Der Rückgang der Versichertenzahl 1971 gegenüber 1970 ist darauf zurückzuführen, dass die Berufsschüler aufgrund des Gesetzes über Unfallversicherung für Schüler und Studenten sowie Kindern in Kindergärten vom 18. März 1971 bei der Schülerunfallversicherung ausgewiesen werden.

2) gewichtete Versicherungsverhältnisse wie in Kapitel 2.1 beschrieben

3) In den Zahlen der Spalte 4 sind Doppelversicherte mit einem Anteil von ca. 10% enthalten.



Tabelle TM 2

Entwicklung der Arbeitsunfälle absolut und je 1.000 Vollarbeiter ¹⁾
ab 1960

Jahr	meldepflichtige Arbeitsunfälle		Neue Arbeitsunfallrenten		Tödliche Arbeitsunfälle				
	absolut	je 1.000 Vollarbeiter	absolut	je 1.000 Vollarbeiter	gewerbliche Berufsgenossenschaften	landwirtschaftl. Berufsgenossenschaften	Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand	Gesamt	je 1.000 Vollarbeiter
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1960	2.711.078	109,0	94.881	3,81	3.021	1.681	191	4.893	0,197
1961	2.870.765	118,0	95.406	3,92	3.130	1.584	206	4.920	0,202
1962	2.722.415	111,4	99.694	4,08	3.567	1.658	221	5.446	0,223
1963	2.618.544	107,6	92.328	3,79	2.873	1.651	307	4.831	0,198
1964	2.694.962	108,4	87.345	3,51	3.086	1.580	275	4.941	0,199
1965	2.655.363	106,4	88.895	3,56	3.018	1.511	255	4.784	0,192
1966	2.542.299	101,6	86.750	3,47	3.094	1.528	227	4.849	0,194
1967	2.181.464	90,4	81.077	3,36	2.920	1.402	202	4.524	0,187
1968	2.263.841	93,1	75.701	3,11	2.693	1.315	282	4.290	0,176
1969	2.359.956	92,2	76.384	2,98	2.622	1.391	276	4.289	0,168
1970	2.391.757	94,8	77.935	3,09	2.696	1.321	245	4.262	0,169
1971	2.337.926	94,2	76.833	3,09	2.992	1.348	248	4.588	0,185
1972	2.237.366	90,7	72.030	2,92	2.706	1.133	243	4.082	0,165
1973	2.281.268	91,4	68.887	2,76	2.691	1.085	235	4.011	0,161
1974	1.989.315	82,1	67.825	2,80	2.449	967	228	3.644	0,150
1975	1.760.713	75,6	61.590	2,64	2.069	871	197	3.137	0,135
1976	1.828.743	74,8	59.278	2,42	2.049	895	210	3.154	0,129
1977	1.809.810	74,4	58.933	2,42	1.989	802	179	2.970	0,122
1978	1.817.510	73,7	56.408	2,29	1.927	716	182	2.825	0,115
1979	1.901.602	75,3	59.371	2,35	1.996	633	193	2.822	0,112
1980	1.917.211	74,9	57.873	2,26	1.807	612	178	2.597	0,101
1981	1.763.167	69,3	57.501	2,26	1.689	563	198	2.450	0,096
1982	1.593.446	63,8	55.362	2,22	1.492	520	184	2.196	0,088
1983	1.510.924	61,5	51.341	2,09	1.406	498	165	2.069	0,084
1984	1.517.008	60,5	50.284	2,01	1.319	460	139	1.918	0,076
1985	1.536.090	60,0	49.681	1,94	1.204	445	146	1.795	0,070
1986	1.581.423	55,4	48.883	1,71	1.069	349	118	1.536	0,054
1987	1.568.813	54,8	47.337	1,65	1.057	399	111	1.567	0,055
1988	1.578.995	54,1	46.192	1,58	1.130	363	112	1.605	0,055
1989	1.601.847	53,8	43.707	1,47	1.098	330	87	1.515	0,051
1990	1.672.480	54,4	43.027	1,40	1.086	350	122	1.558	0,051
1991	2.016.153	54,3	43.791	1,18	1.062	336	98	1.496	0,040
1992	2.069.422	55,2	45.619	1,22	1.310	309	133	1.752	0,047
1993	1.932.407	52,1	48.424	1,30	1.414	324	129	1.867	0,050
1994	1.903.557	51,4	46.646	1,26	1.250	340	122	1.712	0,046
1995	1.813.982	48,2	46.338	1,23	1.196	270	130	1.596	0,042
1996	1.657.556	43,1	46.341	1,21	1.120	250	153	1.523	0,040
1997	1.598.972	42,0	38.393	1,01	1.004	284	115	1.403	0,037
1998	1.585.364	42,2	34.811	0,93	948	247	92	1.287	0,034
1999	1.560.063	41,3	33.001	0,87	977	223	93	1.293	0,034
2000	1.513.723	40,0	30.834	0,82	825	235	93	1.153	0,031
2001	1.395.592	37,2	29.201	0,78	811	237	59	1.107	0,029
2002	1.306.772	35,6	28.278	0,77	773	214	84	1.071	0,029
2003	1.142.775	31,4	26.817	0,74	735	208	86	1.029	0,028
2004	1.088.672	29,5	24.954	0,68	645	235	69	949	0,026
2005	1.029.520	28,4	23.886	0,66	589	207	67	863	0,024

1) s. TM 1: Vollarbeiter in 1.000



**Entwicklung der Arbeitsunfälle der gewerblichen Berufsgenossenschaften
absolut und je 1 Mio. Arbeitsstunden ¹⁾
ab 1969**

Jahr	Meldepflichtige Arbeitsunfälle		Neue Arbeitsunfallrenten		Tödliche Arbeitsunfälle	
	absolut	je 1 Mio. Arbeitsstunden	absolut	je 1 Mio. Arbeitsstunden	absolut	je 1 Mio. Arbeitsstunden
1	2	3	4	5	6	7
1969	1.969.909	54,2	48.902	1,34	2.622	0,072
1970	2.010.395	53,6	51.496	1,37	2.696	0,072
1971	1.959.759	52,1	51.499	1,37	2.992	0,079
1972	1.868.546	49,9	49.326	1,32	2.706	0,072
1973	1.854.677	49,1	47.267	1,25	2.691	0,071
1974	1.627.880	44,4	46.238	1,26	2.449	0,067
1975	1.406.998	40,8	42.025	1,22	2.069	0,060
1976	1.471.240	42,3	39.459	1,13	2.049	0,059
1977	1.456.301	41,5	40.009	1,14	1.989	0,057
1978	1.454.617	41,0	38.827	1,09	1.927	0,054
1979	1.524.928	42,0	40.796	1,12	1.996	0,055
1980	1.541.214	42,0	40.051	1,09	1.807	0,049
1981	1.397.976	38,4	40.056	1,10	1.689	0,046
1982	1.228.317	34,6	39.478	1,11	1.492	0,042
1983	1.144.814	33,1	35.119	1,01	1.406	0,041
1984	1.153.321	32,4	34.749	0,98	1.319	0,037
1985	1.166.468	32,1	34.431	0,95	1.204	0,033
1986	1.212.064	32,2	33.737	0,90	1.069	0,028
1987	1.211.517	32,1	32.537	0,86	1.057	0,028
1988	1.234.634	31,9	32.256	0,83	1.130	0,029
1989	1.262.374	32,1	30.840	0,78	1.098	0,028
1990	1.331.395	32,8	30.142	0,74	1.086	0,027
1991	1.587.177	33,3	30.612	0,64	1.062	0,022
1992	1.622.732	33,4	32.932	0,68	1.310	0,027
1993	1.510.745	32,4	35.553	0,76	1.414	0,030
1994	1.489.360	31,9	34.659	0,74	1.250	0,027
1995	1.415.381	29,7	34.464	0,72	1.196	0,025
1996	1.266.458	26,6	33.966	0,71	1.120	0,024
1997	1.221.530	25,9	28.135	0,60	1.004	0,021
1998	1.198.608	25,4	25.549	0,54	948	0,020
1999	1.185.382	24,8	24.338	0,51	977	0,020
2000	1.144.262	24,1	22.678	0,48	825	0,017
2001	1.060.625	22,6	21.354	0,45	811	0,017
2002	973.540	21,2	20.603	0,45	773	0,017
2003	871.145	19,2	19.646	0,43	735	0,016
2004	841.447	17,6	18.138	0,38	645	0,014
2005	801.834	17,3	17.414	0,38	589	0,013

1) s. TM 1: Mio. Arbeitsstunden



Tabelle TM 4

**Entwicklung der Arbeitsunfälle nach Unfallversicherungsträgern
je 1.000 Vollarbeiter ¹⁾
ab 1960**

Wirt- schafts- zweige Jahr	Gewerbliche Berufsgenossenschaften								
	Bergbau	Steine und Erden	Gas, Fernwärme und Wasser	Metall	Feinme- chanik u. Elektro- technik	Chemie	Holz	Papier und Druck	Textil und Leder
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1960	256,0	226,4	80,8	212,8	93,8	109,4	175,2	85,5	60,7
1965	250,3	180,6	73,6	177,7	77,3	104,8	175,0	84,9	67,9
1970	230,4	156,3	71,9	163,2	57,7	98,7	153,0	67,8	50,5
1975	158,5	115,6	58,6	114,4	38,4	63,7	126,9	52,9	44,0
1980	139,8	120,2	63,7	115,9	35,0	54,5	150,2	71,3	50,4
1985	111,2	84,0	49,3	86,7	26,1	38,5	133,8	53,5	41,8
1990	77,2	83,7	42,6	77,8	27,0	34,6	107,9	46,7	39,8
1991	73,2	79,1	33,1	76,5	26,0	33,9	111,6	46,6	37,6
1992	76,9	84,6	34,0	80,3	27,0	32,4	121,4	46,9	38,2
1993	67,0	80,3	32,3	70,3	25,4	27,7	112,8	41,3	34,8
1994	64,9	76,7	32,6	69,4	25,0	27,3	100,1	40,2	33,0
1995	61,3	77,2	31,6	67,3	24,9	27,3	87,2	39,7	32,7
1996	45,9	67,8	31,1	58,3	22,7	23,3	79,3	32,6	29,8
1997	43,1	67,4	31,2	57,7	22,3	22,0	82,9	30,6	29,3
1998	39,6	67,0	31,2	57,2	21,9	22,6	84,0	29,3	29,8
1999	36,2	67,7	29,7	58,4	21,1	21,9	83,9	29,3	29,3
2000	32,6	61,5	27,0	54,6	21,4	21,0	82,6	28,1	28,5
2001	30,5	54,8	27,0	52,2	20,5	20,3	80,0	27,7	27,9
2002	29,1	51,8	27,9	49,8	19,8	18,7	76,2	26,4	25,9
2003	26,4	46,2	25,0	44,1	17,7	16,7	68,1	25,6	24,0
2004	26,4	44,8	24,8	44,7	17,2	15,7	65,5	25,7	23,0
2005	23,6	42,2	24,4	41,4	16,1	14,9	62,0	25,5	22,2

1) s. TM 1: Vollarbeiter in 1.000



**Entwicklung der Arbeitsunfälle nach Unfallversicherungsträgern
je 1.000 Vollarbeiter¹⁾
ab 1960**

Gewerbliche Berufsgenossenschaften						Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand	Durchschnitt	Jahr
Nahrungs- und Genuss- mittel	Bau	Handel und Verwal- tung	Verkehr	Gesund- heits- dienst	Gesamt				
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
104,6	224,2	69,3	136,0	25,4	133,0	73,8	53,8	109,0	1960
99,0	214,0	57,5	112,6	24,7	119,0	77,8	61,2	106,0	1965
99,8	170,8	54,1	104,5	18,7	103,0	90,1	49,8	95,0	1970
93,1	119,9	39,3	82,5	18,3	73,0	93,9	52,7	76,0	1975
103,4	155,1	40,8	81,6	22,3	76,0	99,8	51,0	75,0	1980
85,1	128,1	31,8	69,5	20,7	57,0	102,6	51,4	60,0	1985
75,2	119,6	30,0	55,3	27,9	52,1	99,0	48,7	54,4	1990
75,5	113,1	31,2	55,6	28,0	53,0	89,3	46,3	54,3	1991
70,3	124,0	31,0	59,4	27,5	54,2	88,5	47,6	55,2	1992
63,2	120,9	29,7	59,9	24,6	50,9	81,1	46,0	52,1	1993
60,4	119,7	29,7	60,9	23,8	50,1	78,1	47,1	51,4	1994
58,5	109,7	26,5	56,5	22,5	46,7	75,1	46,0	48,2	1995
53,4	99,4	23,2	55,5	17,1	40,5	72,9	47,0	43,1	1996
54,0	101,1	21,4	54,0	17,2	39,6	68,6	45,6	42,0	1997
54,2	96,9	23,0	51,3	16,1	39,4	66,6	48,8	42,2	1998
55,4	97,4	22,2	50,5	16,8	38,7	67,6	46,4	41,3	1999
55,8	90,4	22,3	50,0	15,9	37,1	65,3	48,0	40,0	2000
54,5	82,2	21,0	46,4	15,5	34,5	60,9	44,2	37,2	2001
52,4	78,9	19,8	46,7	14,4	32,4	60,3	45,0	35,6	2002
49,9	73,1	18,7	43,5	11,9	29,4	55,4	34,1	31,4	2003
49,8	70,3	18,2	41,5	11,1	27,9	54,1	30,1	29,5	2004
48,5	67,0	17,8	41,2	13,0	27,2	52,3	26,2	28,4	2005

1) s. TM 1: Vollarbeiter in 1.000



Entwicklung der Wegeunfälle absolut und je 1.000 bzw. je 1 Mio. Versicherungsverhältnisse¹⁾
ab 1960

Jahr	Meldepflichtige Wegeunfälle		Neue Wegeunfallrenten		Tödliche Wegeunfälle	
	absolut	je 1.000 Versicherte / Versicherungsverhältnisse ²⁾	absolut	je 1.000 Versicherte / Versicherungsverhältnisse ²⁾	absolut	je 1 Mio. Versicherte / Versicherungsverhältnisse ²⁾
1	2	3	4	5	6	7
1960	283.605	8,63	18.360	0,56	1.716	52,22
1961	283.665	8,50	19.152	0,57	1.891	56,67
1962	271.208	8,64	19.203	0,61	1.763	56,18
1963	288.164	8,65	19.007	0,57	1.576	47,32
1964	267.971	8,23	17.450	0,54	1.813	55,67
1965	255.297	7,83	17.086	0,52	1.809	55,48
1966	239.942	7,38	17.785	0,55	1.923	59,18
1967	209.512	6,60	15.946	0,50	1.853	58,34
1968	223.799	6,97	15.544	0,48	1.684	52,42
1969	243.916	7,58	15.713	0,49	1.740	54,05
1970	255.480	7,85	17.584	0,54	1.852	56,90
1971	221.592	7,20	16.056	0,52	1.879	61,08
1972	213.468	6,98	14.652	0,48	1.825	59,66
1973	228.542	7,14	13.843	0,43	1.695	52,99
1974	186.827	5,97	12.894	0,41	1.374	43,91
1975	171.520	5,41	11.896	0,38	1.400	44,18
1976	188.179	6,08	11.745	0,38	1.373	44,37
1977	186.432	6,01	12.166	0,39	1.305	42,05
1978	194.291	6,19	12.171	0,39	1.357	43,27
1979	233.674	7,31	14.807	0,46	1.261	39,45
1980	195.595	5,95	12.253	0,37	1.197	36,43
1981	197.613	6,03	12.726	0,39	1.187	36,23
1982	176.316	5,36	13.333	0,40	1.043	31,68
1983	162.794	4,91	11.209	0,34	1.020	30,75
1984	158.151	4,60	11.351	0,33	978	28,45
1985	178.538	5,09	11.168	0,32	831	23,69
1986	169.590	5,47	10.721	0,35	766	24,69
1987	185.538	5,80	10.765	0,34	726	22,71
1988	174.202	5,25	9.724	0,29	755	22,73
1989	173.285	5,10	8.716	0,26	742	21,84
1990	187.835	5,37	8.410	0,24	714	20,41
1991	245.127	5,50	9.077	0,20	730	16,36
1992	262.196	5,83	10.515	0,23	910	20,24
1993	266.949	6,05	11.727	0,27	973	22,06
1994	246.414	5,63	11.333	0,26	956	21,83
1995	268.732	6,07	11.298	0,26	942	21,29
1996	260.192	5,89	12.172	0,28	842	19,05
1997	239.970	5,40	10.148	0,23	885	19,91
1998	249.484	5,65	9.234	0,21	810	18,33
1999	248.324	5,58	8.836	0,20	855	19,20
2000	235.117	5,26	8.254	0,18	820	18,36
2001	234.115	5,28	7.700	0,17	767	17,31
2002	223.304	5,13	7.835	0,18	686	15,77
2003	202.745	4,72	7.888	0,18	695	16,18
2004	190.876	4,44	7.414	0,17	575	13,38
2005	187.830	4,40	7.124	0,17	572	13,39

1) s. TM 1 Versicherte / Versicherungsverhältnisse in 1.000

2) Vor 1986 werden Versicherte berücksichtigt, ab 1986 Versicherungsverhältnisse, die wie in Kapitel 2.1 beschrieben gewichtet werden



Entwicklung der anerkannten Berufskrankheiten nach Unfallversicherungsträgern ab 1978

Jahr	Gewerbliche Berufs- genossenschaften	Landwirtschaftliche Berufs- genossenschaften	Unfallversicherungs- träger der öffentlichen Hand	Gesamt
1	2	3	4	5
1978	13.214	--- 1)	787	14.001 1)
1979	13.486	307	774	14.567
1980	12.046	346	700	13.092
1981	12.187	357	725	13.269
1982	11.522	404	814	12.740
1983	9.934	516	696	11.146
1984	8.195	412	670	9.277
1985	6.869	394	623	7.886
1986	7.317	539	490	8.346
1987	7.275	496	397	8.168
1988	7.367	410	375	8.152
1989	9.051	497	427	9.975
1990	9.363	543	478	10.384
1991	10.479	527	472	11.478
1992	12.227	662	618	13.507
1993	17.293	815	617	18.725
1994	19.419	691	898	21.008
1995	21.886	1.362	1.050	24.298
1996	21.985	1.063	1.226	24.274
1997	21.187	858	1.387	23.432
1998	18.614	760	1.360	20.734
1999	17.046	777	1.579	19.402
2000	16.414	693	1.582	18.689
2001	16.888	658	1.053	18.599
2002	16.669	635	1.048	18.352
2003	15.758	650	1.017	17.425
2004	15.832	639	942	17.413
2005	14.920	605	994	16.519

1) Zahl für Landwirtschaftliche Berufs-genossenschaften nicht bekannt

**Entwicklung ausgewählter Berufskrankheitengruppen
ab 1995**

Jahr	Durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten			Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten sowie Tropenkrankheiten			Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und des Bauchfells			Hautkrankheiten		
	Angezeigte Verdachts- fälle	Anerkannte Berufs- krank- heiten	Neue Renten- fälle	Angezeigte Verdachts- fälle	Anerkannte Berufs- krank- heiten	Neue Renten- fälle	Angezeigte Verdachts- fälle	Anerkannte Berufs- krank- heiten	Neue Renten- fälle	Angezeigte Verdachts- fälle	Anerkannte Berufs- krank- heiten	Neue Renten- fälle
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1995	40.094	10.222	2.484	3.665	1.353	234	18.017	8.039	2.869	21.268	2.376	802
1996	37.231	10.613	2.717	3.330	1.242	198	18.330	7.896	3.055	22.528	2.084	672
1997	35.502	9.802	2.384	3.752	1.240	227	17.737	7.595	2.909	21.966	2.319	713
1998	32.946	9.026	1.958	3.727	1.486	213	20.192	7.420	3.053	23.398	1.877	597
1999	34.241	8.460	1.680	3.527	1.315	208	18.723	7.181	3.121	22.228	1.752	530
2000	34.293	8.264	1.478	3.449	1.265	235	17.832	6.632	3.032	20.984	1.699	491
2001	30.251	8.508	1.430	3.274	1.159	189	16.731	6.868	3.323	21.494	1.533	445
2002	27.523	8.491	1.415	3.064	1.175	210	16.114	6.530	3.275	19.783	1.600	406
2003	25.101	8.158	1.273	3.197	1.050	228	15.413	6.340	3.155	16.730	1.328	332
2004	23.601	7.883	1.186	4.516	1.269	226	14.866	6.481	3.232	16.230	1.297	319
2005	21.298	6.980	1.063	5.397	1.348	228	14.474	6.012	3.009	16.896	916	286

Tabelle TM 8

**Entwicklung der Berufskrankheiten
 ab 1960**

Jahr	Angezeigte Verdachtsfälle		Anerkannte Berufskrankheiten		Zahl der BK-Renten an Versicherte am Ende des Vorjahres		Neue Rentenfälle		Todesfälle Berufserkrankter mit Tod infolge der Berufskrankheit	
	Gesamt	nur gewerbliche Berufsgenossenschaften	Gesamt	nur gewerbliche Berufsgenossenschaften	Gesamt	nur gewerbliche Berufsgenossenschaften	Gesamt	nur gewerbliche Berufsgenossenschaften	Gesamt	nur gewerbliche Berufsgenossenschaften
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1960	33.727	---	---	---	---	---	7.529	---	---	---
1961	33.184	---	---	---	---	---	7.306	---	---	---
1962	29.261	---	---	---	---	---	6.938	---	---	---
1963	27.947	---	---	---	---	---	6.779	---	---	---
1964	28.042	---	---	---	---	---	6.284	---	---	---
1965	27.467	---	---	---	---	---	6.464	---	---	---
1966	26.061	---	---	---	---	---	6.152	---	---	---
1967	26.280	---	---	---	---	---	5.836	---	---	---
1968	25.793	---	---	---	---	---	5.316	---	---	---
1969	27.427	---	---	---	---	---	5.464	---	---	---
1970	25.960	---	---	---	---	---	5.173	---	---	---
1971	27.200	---	---	---	---	---	5.374	---	---	---
1972	30.273	---	---	---	---	---	5.488	---	---	---
1973	32.496	29.465	---	---	78.717	72.961	5.580	---	---	---
1974	35.823	32.462	---	---	77.715	71.803	6.072	---	---	---
1975	38.296	34.980	---	---	77.222	71.235	6.104	---	---	---
1976	40.036	36.552	---	---	76.433	70.470	6.474	---	---	---
1977	48.189	44.477	---	---	76.310	70.331	7.581	---	---	---
1978	45.483	41.470	14.001	13.214	78.388	72.372	7.248	---	---	---
1979	45.469	41.168	14.567	13.486	79.266	73.272	6.446	---	---	---
1980	45.113	40.866	13.092	12.046	80.128	74.130	6.235	---	---	---
1981	42.654	38.303	13.269	12.187	81.001	74.987	6.120	---	---	---
1982	37.361	33.137	12.740	11.522	81.766	75.675	5.652	---	---	---
1983	35.353	30.716	11.146	9.934	82.248	76.026	4.792	---	---	---
1984	35.408	31.235	9.277	8.195	81.893	75.653	4.407	---	---	---
1985	37.455	32.844	7.886	6.869	81.128	74.814	3.971	---	---	---
1986	44.706	39.706	8.346	7.317	80.333	74.094	3.779	3.317	1.596	1.548
1987	47.265	42.625	8.168	7.275	79.395	73.206	3.760	3.321	1.506	1.455
1988	51.747	46.280	8.152	7.367	78.275	71.983	4.048	3.660	1.403	1.363
1989	54.467	48.975	9.975	9.051	78.049	71.736	4.400	3.941	1.324	1.281
1990	57.740	51.105	10.384	9.363	78.044	71.657	4.452	4.008	1.440	1.391
1991	68.858	61.156	11.197	10.479	84.633	71.451	5.049	4.570	1.382	1.317
1992	85.680	73.568	13.507	12.227	152.065	135.878	5.918	5.201	1.702	1.570
1993	108.989	92.058	18.725	17.293	148.328	132.599	6.401	5.668	2.192	2.040
1994	97.923	83.847	21.008	19.419	148.526	132.602	7.237	6.432	2.389	2.255
1995	91.561	78.429	24.298	21.886	142.059	125.242	7.587	6.705	2.489	2.327
1996	93.861	82.349	24.274	21.985	145.481	127.468	8.005	7.076	2.396	2.272
1997	88.797	77.310	23.432	21.187	144.143	126.152	7.867	6.983	2.185	2.071
1998	85.787	74.470	20.734	18.614	143.267	126.139	6.379	5.691	2.040	1.933
1999	83.738	72.722	19.402	17.046	142.092	123.969	5.993	5.309	2.043	1.930
2000	81.542	71.172	18.689	16.414	140.880	122.827	5.570	4.901	1.886	1.785
2001	76.612	66.784	18.599	16.888	138.055	120.401	5.750	5.189	1.904	1.794
2002	71.008	62.472	18.352	16.669	135.434	117.999	5.684	5.138	2.110	2.000
2003	64.856	56.900	17.425	15.758	132.354	115.277	5.307	4.799	2.080	1.980
2004	63.812	55.869	17.413	15.832	129.075	112.401	5.217	4.748	2.093	1.975
2005	62.569	53.576	16.519	14.920	126.260	109.881	5.651	5.206	2.600	2.484

**Entwicklung ausgewählter Berufskrankheiten
ab 1975**

Jahr	2301 Lärmschwerhörigkeit			4101 Silikose			4103 Asbestose		
	Angezeigte Verdachts- fälle	Anerkannte Berufs- krank- heiten	Neue Renten- fälle	Angezeigte Verdachts- fälle	Anerkannte Berufs- krank- heiten	Neue Renten- fälle	Angezeigte Verdachts- fälle	Anerkannte Berufs- krank- heiten	Neue Renten- fälle
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1975	12.418	--	2.028	6.324	--	1.092	216	--	75
1976	13.789	--	2.452	4.901	--	976	206	--	84
1977	20.592	--	3.514	4.418	--	1.054	266	--	62
1978	18.120	--	3.286	4.071	--	1.002	332	--	84
1979	17.663	--	2.635	3.738	--	940	320	--	94
1980	16.256	--	2.639	3.820	--	1.003	387	--	96
1981	14.164	--	2.408	3.491	--	930	488	--	112
1982	10.790	--	2.087	3.233	--	1.009	588	--	105
1983	9.640	--	1.512	3.207	--	842	585	--	131
1984	8.617	--	1.268	3.268	--	782	533	--	144
1985	8.828	--	1.180	3.146	--	631	705	--	154
1986	10.039	--	992	3.119	--	653	917	--	165
1987	10.516	--	1.023	2.888	--	606	1.106	--	175
1988	10.826	--	1.052	2.709	--	599	1.454	--	234
1989	10.147	--	1.185	2.753	--	545	1.800	--	266
1990	10.018	--	1.039	2.499	--	454	2.233	--	312
1991	10.329	--	1.149	2.726	--	454	2.588	--	375
1992	12.243	--	1.232	2.924	--	475	2.954	--	362
1993	13.983	--	1.277	3.320	--	466	3.245	--	376
1994	14.281	--	1.286	3.274	--	552	3.877	--	404
1995	13.941	8.483	1.334	3.388	2.655	558	3.717	2.181	401
1996	13.155	8.532	1.401	3.499	2.640	503	4.017	2.085	465
1997	12.689	7.976	1.215	2.997	2.436	366	4.086	2.139	480
1998	12.400	7.439	1.012	2.813	2.100	391	4.034	2.215	458
1999	12.448	7.039	953	2.382	1.901	381	3.860	2.165	423
2000	12.728	6.872	838	2.050	1.627	370	3.770	1.818	389
2001	12.114	7.294	789	1.748	1.548	397	3.814	1.999	407
2002	11.529	7.271	766	1.758	1.337	366	3.493	1.995	438
2003	11.093	7.003	701	1.527	1.162	288	3.745	2.036	401
2004	10.837	6.798	627	1.472	1.183	305	3.655	2.124	417
2005	9.787	5.962	550	1.430	1.013	271	3.638	2.186	429

noch Tabelle TM 9

**Entwicklung ausgewählter Berufskrankheiten
 ab 1975**

Jahr	4104 Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest			4105 Mesotheliom, Asbest			5101 Hauterkrankungen		
	Angezeigte Verdachts- fälle	Anerkannte Berufs- krank- heiten	Neue Renten- fälle	Angezeigte Verdachts- fälle	Anerkannte Berufs- krank- heiten	Neue Renten- fälle	Angezeigte Verdachts- fälle	Anerkannte Berufs- krank- heiten	Neue Renten- fälle
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1975	22	--	15	--	--	--	7.778	--	390
1976	30	--	23	--	--	--	8.820	--	361
1977	27	--	17	19	--	9	10.001	--	378
1978	21	--	12	29	--	20	10.259	--	399
1979	28	--	21	45	--	34	11.144	--	460
1980	54	--	19	51	--	38	12.028	--	423
1981	59	--	24	83	--	69	12.120	--	506
1982	66	--	28	102	--	57	10.944	--	507
1983	63	--	33	125	--	75	10.170	--	455
1984	105	--	38	162	--	118	10.890	--	441
1985	103	--	45	279	--	126	11.602	--	460
1986	150	--	38	259	--	172	13.737	--	462
1987	232	--	53	326	--	198	15.499	--	408
1988	383	--	100	435	--	228	16.737	--	508
1989	495	--	125	405	--	273	18.333	--	663
1990	626	--	129	467	--	296	20.670	--	753
1991	622	--	171	541	--	315	22.844	--	750
1992	785	--	223	551	--	350	24.056	--	761
1993	1.062	--	388	605	--	416	22.157	--	789
1994	1.395	--	545	702	--	495	21.405	--	839
1995	1.562	650	648	723	504	503	21.224	2.360	793
1996	1.772	730	726	773	529	535	22.486	2.061	657
1997	1.996	686	672	795	567	534	21.922	2.307	701
1998	2.540	747	723	906	602	575	23.349	1.855	582
1999	2.569	806	776	951	639	617	22.164	1.735	521
2000	2.841	740	697	997	701	670	20.931	1.680	476
2001	2.726	796	770	1.064	717	705	21.440	1.515	437
2002	2.742	788	754	1.108	766	722	19.731	1.581	395
2003	2.776	805	757	1.113	832	780	16.677	1.320	326
2004	2.700	849	800	1.260	930	867	16.165	1.288	315
2005	2.969	793	742	1.177	908	856	16.833	898	278



**Entwicklung der Aufwendungen der Unfallversicherungsträger
ab 1960**

Jahr	Aufwendungen der UV-Träger in EUR			
	Gesamt	davon Berufs- krankheiten	davon Renten, Beihilfe, Abfindungen	davon Prävention
1	2	3	4	5
1960	914.577.443			
1961	1.067.835.139			
1962	1.128.188.033			
1963	1.216.468.200			
1964	1.523.172.771			
1965	1.687.496.868			
1966	1.867.436.331			
1967	1.941.736.245			
1968	2.473.886.768			
1969	2.611.426.954			
1970	2.495.545.448			
1971	2.671.378.419			
1972	2.970.442.220	390.820.345	1.656.808.074	74.373.129
1973	3.314.570.600	420.588.340	1.855.954.817	86.013.439
1974	3.726.139.709	458.327.657	2.023.202.389	99.837.921
1975	4.191.073.812	495.389.957	2.278.326.271	115.917.698
1976	4.561.126.491	544.515.843	2.498.256.194	122.610.679
1977	4.708.604.747	579.828.393	2.674.731.933	136.829.085
1978	4.987.795.383	603.852.653	2.840.809.302	147.562.489
1979	5.353.142.192	601.919.466	2.999.640.736	162.858.743
1980	5.690.679.753	644.671.366	3.138.113.247	181.705.329
1981	5.912.357.474	674.354.582	3.291.518.197	200.655.024
1982	6.086.674.657	701.801.918	3.475.209.946	217.071.934
1983	6.078.297.495	700.659.880	3.502.149.546	228.790.298
1984	6.222.873.959	693.023.220	3.565.711.172	239.725.401
1985	6.369.776.568	687.947.156	3.580.949.720	254.320.862
1986	6.558.537.153	681.890.111	3.612.874.627	273.449.588
1987	6.760.481.069	699.603.771	3.665.109.889	292.753.022
1988	6.983.015.003	726.166.782	3.737.088.209	308.015.395
1989	7.277.482.290	752.532.952	3.804.988.009	327.904.559
1990	7.972.360.663	837.383.043	3.895.280.489	360.167.685
1991	9.587.083.949	954.358.485	4.398.582.593	447.697.443
1992	10.507.679.236	1.110.838.962	4.869.075.391	509.400.269
1993	11.262.855.682	1.235.817.637	5.198.916.764	572.315.587
1994	11.691.505.364	1.326.261.316	5.473.516.807	596.517.792
1995	12.138.838.983	1.395.432.485	5.597.183.053	643.323.017
1996	12.132.789.080	1.431.456.606	5.685.310.184	666.357.215
1997	12.050.571.423	1.482.839.740	5.785.437.921	682.943.748
1998	11.981.940.758	1.453.554.254	5.804.980.011	701.235.833
1999	11.945.830.639	1.444.708.773	5.804.701.759	724.192.592
2000	12.100.732.775	1.463.993.714	5.813.979.824	759.974.417
2001	12.428.158.368	1.504.384.383	5.853.047.577	777.726.765
2002	12.792.495.780	1.550.151.795	5.929.922.618	816.415.453
2003	12.785.031.866	1.579.123.029	5.976.727.196	854.025.277
2004	12.529.136.308	1.555.322.749	5.949.120.426	861.751.747
2005	12.465.837.609	1.559.240.406	5.885.482.634	864.280.073



Tabelle TM 11

Abhängig Erwerbstätige (ohne Auszubildende), die ständig bzw. regelmäßig unter besonderen zeitlichen Arbeitsbedingungen arbeiten, in Prozent aller abhängig Erwerbstätigen

Jahr	Besondere Arbeitszeitbedingungen														
	Nachtarbeit ³⁾			Samstagsarbeit			Sonn- und/oder Feiertagsarbeit			Abendarbeit ⁴⁾			Schichtarbeit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1993 ¹⁾	10,6	5,0	8,2	15,3	21,0	17,7	8,5	9,0	8,7	wurde nicht erfaßt			13,7	8,6	11,5
1995	10,8	5,2	8,4	16,1	21,2	18,3	8,8	9,3	9,0	wurde nicht erfaßt			13,1	8,6	11,2
1996 ²⁾	9,1	4,4	7,1	16,7	21,9	19,0	9,4	10,0	9,6	17,3	14,2	15,9	13,2	8,8	11,3
1997	9,2	4,5	7,2	16,7	21,7	19,0	9,4	10,0	9,7	18,0	15,1	16,7	14,2	9,3	12,0
1998	9,6	4,5	7,3	17,2	21,2	18,9	9,6	9,7	9,6	19,0	15,9	17,6	14,0	9,1	11,8
1999	9,8	4,6	7,5	17,3	21,3	19,1	9,7	10,0	9,8	19,4	16,0	17,9	14,2	9,5	12,1
2000	9,9	4,9	7,7	17,6	21,8	19,5	9,7	10,2	9,9	19,6	16,7	18,3	14,3	9,9	12,3
2001	10,4	5,1	8,0	18,0	22,3	19,9	10,1	10,5	10,3	20,4	16,8	18,8	16,0	11,4	13,9
2002	10,7	5,2	8,2	18,1	22,2	20,0	10,6	10,8	10,7	20,9	17,6	19,4	15,5	10,8	13,4
2003	11,1	5,5	8,5	18,6	22,8	20,6	11,0	11,5	11,2	22,0	18,3	20,3	16,1	11,5	14,0
2004	10,8	5,3	8,3	18,5	22,7	20,5	10,1	11,1	10,6	21,7	18,4	20,2	15,6	11,3	13,6
2005	12,2	5,8	9,2	20,8	25,2	22,9	11,8	12,6	12,2	25,7	22,1	24,0	16,8	12,1	14,6

Quelle: Statistisches Bundesamt
1992, 1994 kein Nachweis in der Statistik

1) Mikrozensusgesetz vom 10.06.1985, geän. 17.12.1990 (bis 1995)

2) Mikrozensusgesetz vom 17.01.1996 (bis 2004)

3) Abhängige Erwerbstätige im Alter von 15 - 65 Jahre

Mikrozensus 1992 - 1995: 22.00 - 06.00 Uhr

Mikrozensus ab 1996: 23.00 - 06.00 Uhr

4) zwischen 18.00 Uhr und 23.00 Uhr



Unfälle (Schul- und Schulwegunfälle) der Schüler, Studenten und Kinder in Tageseinrichtungen ¹⁾
- Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand -
in den Jahren 2003 bis 2005

1	2005	2004	2003	Veränderung			
				von 2005 zu 2004		von 2004 zu 2003	
				absolut	%	absolut	%
5	6	7	8				
Meldepflichtige Unfälle.....	1.415.432	1.456.576	1.501.559	-41.144	-2,8	-44.983	-3,0
davon:							
Schulunfälle.....	1.290.782	1.328.808	1.361.305	-38.026	-2,9	-32.497	-2,4
Schulwegunfälle.....	124.650	127.768	140.254	-3.118	-2,4	-12.486	-8,9
Neue Unfallrenten.....	1.678	1.747	1.776	-69	-3,9	-29	-1,6
davon:							
Schulunfälle.....	1.209	1.288	1.276	-79	-6,1	+ 12	+ 0,9
Schulwegunfälle.....	469	459	500	+ 10	+ 2,2	-41	-8,2
Tödliche Unfälle.....	81	85	134	-4	-4,7	-49	-36,6
davon:							
Schulunfälle.....	9	6	13	+ 3	+ 50,0	-7	-53,8
Schulwegunfälle.....	72	79	121	-7	-8,9	-42	-34,7

1) ab 1997 Kindergärten, Krippen und Horte (Erweiterung gemäß § 2 Abs.1 Nr.8a SGB VII), ab 2005 inkl. Kindertagespflege



Tabelle TS 2

**Unfälle aus der Schülerunfallversicherung
2005**

Art der schulischen Veranstaltung	Meldepflichtige Schulunfälle					
	männlich		weiblich		gesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
1	2	3	4	5	6	7
Unterricht (außer Spiel und Sport)	155.931	19,2	97.146	16,1	253.077	17,9
Spiel und Sport	313.046	38,5	261.409	43,4	574.455	40,6
Besondere Veranstaltung	30.606	3,8	26.364	4,4	56.970	4,0
Pause	198.140	24,4	119.296	19,8	317.436	22,4
Verkehr und Aufenthalt innerhalb der Schulanlage	33.725	4,1	26.453	4,4	60.178	4,3
Weg außerhalb der Schulanlage (außer Schulweg)	1.273	0,2	1.121	0,2	2.394	0,2
ohne Angabe der Art der schulischen Veranstaltung	16.060	2,0	10.212	1,7	26.271	1,9
Schulunfälle gesamt	748.781	92,0	542.001	90,1	1.290.782	91,2
Schulwegunfälle gesamt	64.835	8,0	59.815	9,9	124.650	8,8
Unfälle gesamt	813.617	100,0	601.815	100,0	1.415.432	100,0

Rundungsfehler

Tabelle TS 3

**Schulwegunfälle
2005**

Verkehrsmittel	Meldepflichtige Schulwegunfälle					
	männlich		weiblich		gesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
1	2	3	4	5	6	7
Ohne Verkehrsmittel	24.766	38,2	23.482	39,3	48.249	38,7
Fahrrad	19.296	29,8	14.882	24,9	34.178	27,4
Moped/Mofa	1.515	2,3	502	0,8	2.018	1,6
Motorrad/Motorroller	2.292	3,5	1.591	2,7	3.883	3,1
Pkw/Kleinbus	5.519	8,5	8.442	14,1	13.961	11,2
Sonstige private Verkehrsmittel	698	1,1	698	1,2	1.396	1,1
privates Verkehrsmittel ohne nähere Angaben	56	0,1	56	0,1	112	0,1
Schulbus	3.909	6,0	3.964	6,6	7.873	6,3
sonstiger Bus (ohne Schienenbus)	754	1,2	1.312	2,2	2.066	1,7
Schienengebundenes Fahrzeug	782	1,2	530	0,9	1.312	1,1
sonstige öffentliche Verkehrsmittel	112	0,2	84	0,1	195	0,2
Schulweg ohne nähere Angaben	5.137	7,9	4.272	7,1	9.409	7,5
Gesamt	64.835	100,0	59.815	100,0	124.650	100,0

Rundungsfehler



Unfallversicherung für Schüler und Studenten sowie Kinder in Tageseinrichtungen¹⁾

Versicherte, Unfälle, Berufskrankheiten sowie Aufwendungen

ab 1972

Jahr	Versicherte in 1.000	Meldepflichtige Unfälle		Berufskrankheiten		Neue Rentenfälle			Todesfälle ³⁾		Auf- wen- dungen in 1.000 EUR ⁴⁾
		Schul- unfälle	Schulweg- unfälle	An- zeigen auf Verdacht	Aner- kannte 2)	Schul- unfälle	Schulweg- unfälle	Berufs- krank- heiten	Schul- unfälle	Schulweg- unfälle	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1972	12.600	452.662	72.498	14		759	782	2	43	314	37.007
1973	13.170	517.659	79.895	44		1.374	1.248	2	34	291	55.509
1974	14.000	566.920	79.862	9		1.602	1.408	---	40	276	73.639
1975	14.595	599.581	85.219	19		1.706	1.585	4	33	308	90.969
1976	14.487	665.284	89.308	12		1.828	1.632	6	24	295	103.218
1977	14.800	731.174	92.787	22		2.028	1.871	1	38	289	117.846
1978	14.318	750.540	96.795	54		1.987	1.753	4	19	309	128.323
1979	14.400	801.017	107.059	72		2.171	1.859	11	30	207	142.586
1980	14.366	874.023	107.320	66		2.154	1.670	11	25	184	163.348
1981	14.344	878.677	102.362	86		2.250	1.572	12	19	160	178.748
1982	14.068	885.912	102.688	102		2.019	1.512	10	26	170	195.372
1983	13.714	889.077	104.154	73		2.096	1.552	3	20	191	205.461
1984	12.998	908.002	99.772	98		2.129	1.529	9	21	141	214.738
1985	12.747	904.094	101.506	92		2.258	1.523	3	18	164	223.202
1986	12.612	881.969	94.423	85		2.193	1.345	3	5	119	184.904
1987	12.137	897.810	94.137	90		2.267	1.253	3	21	112	187.292
1988	12.104	902.057	92.292	73		2.272	1.189	2	19	106	188.764
1989	11.909	884.182	89.036	96		1.961	1.034	3	19	69	181.921
1990	11.957	879.163	90.298	141		1.710	935	7	6	65	185.785
1991	14.878	977.129	105.920	163		1.762	873	5	14	75	207.328
1992	15.844	1.217.928	118.379	162		1.806	899	5	16	114	253.493
1993	16.153	1.289.485	126.619	169		1.764	893	6	14	91	286.659
1994	16.337	1.343.003	125.425	95		1.944	915	3	13	112	315.113
1995	16.452	1.338.643	135.707	92	2	1.935	810	1	25	107	321.311
1996	16.809	1.369.534	141.575	58	1	1.926	882	3	18	115	327.715
1997	17.540	1.439.713	148.258	90	3	1.784	725	1	20	120	342.708
1998	17.659	1.481.248	151.970	105	2	1.333	644	---	18	119	351.837
1999	17.584	1.512.084	151.280	84	8	1.204	552	2	22	120	357.250
2000	17.363	1.463.423	140.275	85	4	1.107	512	1	19	93	358.957
2001	17.444	1.441.817	141.995	68	9	1.074	498	3	14	106	360.963
2002	17.480	1.425.909	139.653	106	5	1.081	520	---	14	97	369.834
2003	17.444	1.361.305	140.254	120	3	1.276	500	2	13	121	391.482
2004	17.416	1.328.808	127.768	106	10	1.288	459	1	6	79	408.128
2005	17.374	1.290.782	124.650	157	6	1.209	469	---	9	72	412.588

1) ab 1997 Kindergärten, Krippen und Horte (Erweiterung gemäß §2 Abs.1 Nr.8a SGB VII), ab 2005 inkl. Kindertagespflege

2) Erhebung seit 1995

3) Todesfälle infolge von Berufskrankheiten wurden seit dem Beginn der Erfassung (1995) nicht gemeldet

4) Umfasst seit 1986 die Kostenklasse 4/5 (Leistungen - ohne Kostengruppe 59) und die Kostengruppen 76 bis 79. Die Aufwendungen für die Kostengruppen 59 (Prävention) und 70-76 (Verwaltung) können nicht getrennt für die Schülerunfallversicherung ausgewiesen werden. Sie sind in den Gesamtaufwendungen für die Unfallversicherung enthalten.

Verzeichnis der Arbeitsschutzvorschriften des Bundes

(Stand: 15. November 2006)

Inhaltsverzeichnis

A Grundlegende und ermächtigende Gesetze 248
B Verordnungen und Allgemeine Verwaltungsvorschriften 249

1.	Arbeitsstätten	249
2.	Arbeitsunfälle	249
3.	Arbeitszeit	249
4.	Aufsichtsbehörden	249
5.	Baustellen	250
6.	Bergbau	250
7.	Berufskrankheiten	250
8.	Betriebssicherheit	250
9.	Bildschirmarbeit	250
10.	Biologische Arbeitsstoffe	250
11.	Brennbare Flüssigkeiten	250
12.	Druckluft	250
13.	Gas	251
14.	Gefahrstoffe	251
15.	Gentechnik	251
16.	Gerätesicherheit	251
17.	Jugendarbeitsschutz	252
18.	Ladenschluss	252
19.	Lastenhandhabung	252
20.	Mutterschutz	252
21.	Schutzausrüstung	252
22.	Seeschifffahrt und Binnenschifffahrt	252
23.	Sonn- und Feiertagsarbeit	252
24.	Sprengstoff	253

A Grundlegende und ermächtigende Gesetze

1.	Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246), zuletzt geändert durch Artikel 227 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
2.	Siebttes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1254), zuletzt geändert durch Artikel 260 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
3.	Bundesberggesetz (BBergG) vom 13. August 1980 (BGBl. I S. 1310), zuletzt geändert durch Artikel 159 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
4.	Heimarbeitsgesetz vom 14. März 1951 (BGBl. I S. 191), zuletzt geändert durch Artikel 225 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)

5.	Seemannsgesetz (SeemG) vom 26. Juli 1957 (BGBl. II S.713), zuletzt geändert durch Artikel 324 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
6.	Gesetz über technische Arbeitsmittel und Verbraucherprodukte (Geräte- und Produktsicherheitsgesetz – GPSG) vom 6. Januar 2004 (BGBl. I S. 2) zuletzt geändert durch Artikel 3 Absatz 33 des Gesetzes vom 7. Juli 2005 (BGBl. I S. 1970)
7.	Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz - ASiG) vom 12. Dezember 1973 (BGBl. I S. 1885), zuletzt geändert durch Artikel 226 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
8.	Gesetz zum Schutz der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz - MuSchG) i.d.F. der Bekanntmachung vom 20. Juni 2002 (BGBl. I. S. 2318), zuletzt geändert durch Artikel 32 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190)
9.	Gesetz zum Schutze der arbeitenden Jugend (Jugendarbeitsschutzgesetz - JArbSchG) vom 12. April 1976 (BGBl. I S. 965), zuletzt geändert durch Artikel 230 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
10.	Arbeitszeitgesetz (ArbZG) vom 6. Juni 1994 (BGBl. I S. 1170), zuletzt geändert durch Artikel 229 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
11.	Gesetz über den Ladenschluss (LadSchlG) i.d.F. der Bekanntmachung vom 2. Juni 2003 (BGBl. I S. 744) zuletzt geändert durch Artikel 228 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
12.	Gesetz über das Fahrpersonal von Kraftfahrzeugen und Straßenbahnen (Fahrpersonalgesetz - FPersG) i.d.F. der Bekanntmachung vom 19. Februar 1987 (BGBl. I S. 640), zuletzt geändert durch Artikel 290 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
13.	Gesetz zum Schutz vor gefährlichen Stoffen (Chemikaliengesetz - ChemG) 16. September 1980 (BGBl. I S. 1718) i.d.F. der Bekanntmachung vom 20. Juni 2002 (BGBl. I. S. 2090), zuletzt geändert durch Artikel 231 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)

14. Gesetz zur Regelung von Fragen der Gentechnik (Gentechnikgesetz - GenTG) vom 20. Juni 1990 (BGBl. I S. 1080) i.d.F. der Bekanntmachung vom 16. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2066), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. März 2006 (BGBl. I S. 534)
15. Gesetz über die friedliche Verwendung der Kernenergie und den Schutz gegen ihre Gefahren (Atomgesetz - AtG -) i.d.F. der Bekanntmachung vom 15. Juli 1985 (BGBl. I S. 1565), zuletzt geändert durch Artikel 161 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
16. Gesetz über explosionsgefährliche Stoffe (Sprengstoffgesetz - SprengG) vom 13. September 1976 (BGBl. I S. 2737) i.d.F. der Bekanntmachung vom 10. September 2002 (BGBl. I S. 3518), zuletzt geändert durch Artikel 150 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
17. Gesetz über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz - MedProdG) i.d.F. der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146) geändert durch Artikel 145 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
18. Gesetz über die Aufgaben des Bundes auf dem Gebiet der Binnenschifffahrt (Binnenschifffahrtsaufgabengesetz - BinSchAufgG) i.d.F. der Bekanntmachung vom 5. Juli 2001 (BGBl. I S. 2026), zuletzt geändert durch Artikel 313 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
19. Gesetz zum Schutz vor schädlichen Umwelteinwirkungen durch Luftverunreinigungen, Geräusche, Erschütterungen und ähnliche Vorgänge (Bundes-Immissionsschutzgesetz - BImSchG) i.d.F. der Bekanntmachung vom 26. September 2002 (BGBl. I S. 3830) zuletzt geändert durch Artikel 60 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
20. Gesetz über die Aufgaben des Bundes auf dem Gebiet der Seeschifffahrt (Seeaufgabengesetz - SeeAufgG) i.d.F. der Bekanntmachung vom 26. Juli 2002 (BGBl. I S. 2876), zuletzt geändert durch Artikel 319 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
21. Gesetz über die elektromagnetische Verträglichkeit von Geräten (EMVG) vom 18. September 1998 (BGBl. I S. 2882), zuletzt geändert durch Artikel 279 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
- B Verordnungen und Allgemeine Verwaltungsvorschriften**
- 1. Arbeitsstätten**
- Verordnung über Arbeitsstätten (ArbStättV) vom 12. August 2004 (BGBl. I Nr. 44, S. 2179), geändert durch Artikel 388 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
- 2. Arbeitsunfälle**
- Verordnung über die Anzeige von Versicherungsfällen in der gesetzlichen Unfallversicherung (Unfallversicherungs-Anzeigenverordnung - UVAV) vom 23. Januar 2002 (BGBl. I S. 554) geändert durch Artikel 324 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304), zuletzt geändert durch Artikel 459 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
- 3. Arbeitszeit**
- 3.1 Fahrpersonalverordnung (FPersV) vom 22. August 1969 (BGBl. I S. 1307, ber. S. 1791) in der Fassung vom 27. Juni 2005 (BGBl. I S. 1882), geändert durch Artikel 472 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
- 3.2 Verordnung (EWG) Nr. 3820/85 des Rates vom 20. Dezember 1985 über die Harmonisierung bestimmter Sozialvorschriften im Straßenverkehr (ABl. EG Nr. L 370/1; berichtigt ABl. EG 1986 Nr. L 206/36)
- 3.3 Verordnung (EWG) Nr. 3821/85 des Rates vom 20. Dezember 1985 über das Kontrollgerät im Straßenverkehr (ABl. EG Nr. L 370/8), zuletzt geändert durch VO (EG) Nr. 2135/98 vom 24. September 1998 (ABl. EG Nr. L 274/1)
- 4. Aufsichtsbehörden**
- 4.1 Verordnung zur Regelung der Unfallverhütung in Unternehmen und bei Personen, für die die Unfallkasse des Bundes nach § 125 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 und Abs. 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch Unfallversicherungsträger ist (Bundesunternehmen-Unfallverhütungsverordnung – BUV) vom 6. April 2006 (BGBl. I S. 1114)
- 4.2 Erste Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Regelung der Unfallverhütung im Bundesdienst (1. AVU Bund) vom 5. April 2005 (GMBI 2005 S. 780)
- 4.3 Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Zusammenwirken der Träger der Unfallversicherung und der Gewerbeaufsichtsbehörden i.d.F. der Änderungs-Verwaltungsvorschrift vom 28. November 1977 (Bundesanzeiger Nr. 225, S. 1)

- 4.4 Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Zusammenwirken der Technischen Aufsichtsbeamten der Träger der Unfallversicherung mit den Betriebsvertretungen i.d.F. der Änderungsverwaltungsvorschrift vom 28. November 1977 (Bundesanzeiger Nr. 225, S. 1)
- 4.5 Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Zusammenwirken der Berufsgenossenschaften und der für die Bergaufsicht zuständigen Behörden vom 12. Februar 1986 (BAnz. Nr. 32, S. 1803)
- 4.6 Verordnung über die Übertragung von Zuständigkeiten im Bereich des technischen Arbeitsschutzes bei Eisenbahnen des Bundes (Eisenbahn-Arbeitsschutzzuständigkeitsverordnung - EArbSchZV) vom 8. November 1994 (BGBl. I S. 3435)
- 4.7 Vereinbarung über eine Statistik der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung über Arbeits- und Wegeunfälle vom 30. April 2003 (BArbBl. Nr. 7-8/2003 S. 30)

5. Baustellen

Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz auf Baustellen (Baustellenverordnung - BaustellV) vom 10. Juni 1998 (BGBl. I S. 1283), geändert durch Artikel 15 der Verordnung vom 23. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3758)

6. Bergbau

- 6.1 Bergverordnung zum Schutz der Gesundheit gegen Klimaeinwirkungen (Klima-Bergverordnung - KlimaBergV) vom 9. Juni 1983 (BGBl. I S. 685)
- 6.2 Bergverordnung für den Festlandsockel (Festlandsockel-Bergverordnung - FlsBergV) vom 21. März 1989 (BGBl. I S. 554), zuletzt geändert durch Artikel 396 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
- 6.3 Bergverordnung zum gesundheitlichen Schutz der Beschäftigten (Gesundheitsschutz-Bergverordnung - GesBergV) vom 31. Juli 1991 (BGBl. I S. 1751), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10. August 2005 (BGBl. I S. 2452)
- 6.4 Bergverordnung für alle bergbaulichen Bereiche (Allgemeine Bundesbergverordnung - ABBergV) vom 23. Oktober 1995 (BGBl. I S. 1466), geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 10. August 2005 (BGBl. I S. 2452)

7. Berufskrankheiten

Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vom 31. Oktober 1997 (BGBl. I S. 2623), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. September

2002 (BGBl. I S. 3541)

8. Betriebssicherheit

Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Bereitstellung von Arbeitsmitteln und deren Benutzung bei der Arbeit, über Sicherheit beim Betrieb überwachungsbedürftiger Anlagen und über die Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes (Betriebssicherheitsverordnung - BetrSichV) vom 27. September 2002 (BGBl. I S. 3777), zuletzt geändert durch Artikel 439 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)

9. Bildschirmarbeit

Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit an Bildschirmgeräten (Bildschirmarbeitsverordnung - BildscharbV-) vom 4. Dezember 1996 (BGBl. I S. 1843), geändert durch Artikel 437 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)

10. Biologische Arbeitsstoffe

Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (Biostoffverordnung - BioStoffV) vom 27. Januar 1999 (BGBl. I S. 50), zuletzt geändert durch Artikel 438 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)

11. Brennbare Flüssigkeiten

Verordnung für Anlagen zur Lagerung, Abfüllung und Beförderung brennbarer Flüssigkeiten zu Lande (Verordnung über brennbare Flüssigkeiten - VbF) i.d.F. der Bekanntmachung vom 13. Dezember 1996 (BGBl. I S. 1937), geändert durch Artikel 334 der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785), ist entsprechend Artikel 8 der Verordnung vom 27. September 2002 (BGBl. I S. 3777, 3815) zum 1. Januar 2003 außer Kraft getreten, mit Ausnahme des § 7 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit den §§ 5 und 6, des § 9 Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 in Verbindung mit Abs. 3 sowie des § 24 Satz 1, die für Rohrfernleitungsanlagen im Sinne des Artikels 4 § 2 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2, welche der Verteidigung oder der Erfüllung zwischenstaatlicher Verpflichtungen dienen, bis zum Inkrafttreten einer ablösenden gesetzlichen Regelung zur Zulassung dieser Anlagen und zur Aufsicht über diese Anlagen entsprechend fortgelten. Zuletzt geändert durch Artikel 82 des Gesetzes vom 21. Juni 2005 (BGBl. I S. 1818)

12. Druckluft

- 12.1 Verordnung über Arbeiten in Druckluft (Druckluftverordnung - DruckLV-) vom 4. Oktober 1972 (BGBl. I S. 1909), zuletzt geändert durch Artikel 10a des Gesetzes vom 21. Juni 2005 (BGBl. I S. 1666)

- 12.2 Richtlinie für die ärztliche Untersuchung von Arbeitnehmern, die mit Arbeiten in Druckluft beschäftigt werden, Bekanntmachung des BMA vom 19. März 1973 (ArbSch. S. 194)
- 12.3 Richtlinie für das Ausschleusen mit Sauerstoff nach Arbeiten in Druckluft, Bekanntmachung des BMA vom 28. August 1974 (ArbSch. S. 295)
- 12.4 Richtlinie über die Voraussetzungen für die Ausstellung eines Befähigungsscheines nach § 18 Abs. 2 der Druckluftverordnung, Bekanntmachung des BMA vom 27. Februar 1975 (ArbSch. S. 274)

13. Gas

Verordnung über Gashochdruckleitungen vom 17. Dezember 1974 (BGBl. I S. 3591), zuletzt geändert durch Artikel 3 Absatz 45 des Gesetzes vom 07. Juli 2005 (BGBl. I S. 1970), ist gemäß Artikel 8 der Verordnung vom 27. September 2002 (BGBl. I S. 3777, 3815) zum 3. Oktober 2002 außer Kraft getreten, außer für Gashochdruckleitungen, die

- a) der Versorgung mit Gas im Sinne des Energiewirtschaftsgesetzes dienen oder
- b) von der Verordnung über Rohrfernleitungsanlagen nicht erfasst sind

14. Gefahrstoffe

- 14.1 Zwölfte Verordnung zur Durchführung des Bundes-Immissionsschutzgesetzes (Störfall-Verordnung - 12. BImSchV) vom 26. April 2000 (BGBl. I S. 603) i.d.F. der Bekanntmachung vom 8. Juni 2005 (BGBl. I S. 1598)
- 14.2 Verordnung zum Schutz vor gefährlichen Stoffen (Gefahrstoffverordnung - GefStoffV) vom 26. Oktober 1993 (BGBl. I S. 1783) i.d.F. der Bekanntmachung vom 15. November 1999 (BGBl. I S. 2233, 2000 I S. 739), zuletzt geändert durch Artikel 442 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)

15. Gentechnik

Verordnung über die Sicherheitsstufen und Sicherheitsmaßnahmen bei gentechnischen Arbeiten in gentechnischen Anlagen (Gentechnik-Sicherheitsverordnung - GenTSV) vom 24. Oktober 1990 (BGBl. I S. 2340) i.d.F. der Bekanntmachung vom 14. März 1995 (BGBl. I S. 297) zuletzt geändert durch Artikel 355 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)

16. Gerätesicherheit

- 16.1 Verordnung über das Inverkehrbringen elektrischer Betriebsmittel zur Verwendung innerhalb bestimmter Spannungsgrenzen (Erste Verordnung zum Gesetz über technische Arbeitsmittel - 1. GPSGV) vom 11. Juni 1979 (BGBl. I S. 629), zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 6. Januar 2004 (BGBl. I S. 2, 16)
- 16.2 Zweite Verordnung zum Gerätesicherheitsgesetz (Verordnung über die Sicherheit von Spielzeug - 2. GPSGV) vom 21. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2541), zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 6. Januar 2004 (BGBl. I S. 2, 16)
- 16.3 Dritte Verordnung zum Gerätesicherheitsgesetz (Maschinenlärminformations-Verordnung - 3. GPSGV) vom 18. Januar 1991 (BGBl. I S. 146), zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 6. Januar 2004 (BGBl. I S. 2, 16)
- 16.4 Sechste Verordnung zum Geräte- und Produktsicherheitsgesetz (Verordnung über das Inverkehrbringen von einfachen Druckbehältern - 6. GPSGV) vom 25. Juni 1992 (BGBl. I S. 1171), zuletzt geändert durch Artikel 441 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
- 16.5 Siebte Verordnung zum Gerätesicherheitsgesetz (Verordnung über das Inverkehrbringen von Gasverbrauchseinrichtungen - 7. GPSGV) vom 26. Januar 1993 (BGBl. I S. 131), zuletzt geändert durch Artikel 14 des Gesetzes vom 6. Januar 2004 (BGBl. I S. 2, 17)
- 16.6 Achte Verordnung zum Gerätesicherheitsgesetz (Verordnung über das Inverkehrbringen von persönlichen Schutzausrüstungen - 8. GPSGV) i. d. F. der Bekanntmachung vom 20. Februar 1997 (BGBl. I S. 316), zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 6. Januar 2004 (BGBl. I S. 2, 17)
- 16.7 Neunte Verordnung zum Gerätesicherheitsgesetz (Verordnung für das Inverkehrbringen von Maschinen - 9. GPSGV) vom 12. Mai 1993 (BGBl. I S. 704), zuletzt geändert durch Artikel 14 der Verordnung vom 23. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3758)
- 16.8 Zehnte Verordnung zum Gerätesicherheitsgesetz (Verordnung über das Inverkehrbringen von Sportbooten - 10. GPSGV) vom 9. Juli 2004 (BGBl. I S. 1605)
- 16.9 Elfte Verordnung zum Geräte- und Produktsicherheitsgesetz (Verordnung über das Inverkehrbringen von Geräten und Schutzsystemen für explosionsgefährdete Bereiche) (Explo-

sionsschutzverordnung – 11. GPSGV), zuletzt geändert durch Artikel 18 des Gesetzes vom 6. Januar 2004 (BGBl. I S. 2, 17)

- 16.10 Zwölfte Verordnung zum Geräte- und Produktsicherheitsgesetz (Aufzugsverordnung - 12. GPSGV) vom 17. Juni 1998 (BGBl. I S. 1393), zuletzt geändert durch Artikel 19 des Gesetzes vom 6. Januar 2004 BGBl. I S. 2, 18)
- 16.11 Dreizehnte Verordnung zum Geräte- und Produktsicherheitsgesetz (Aerosolpackungsverordnung - 13. GPSGV) vom 27. September 2002 (BGBl. I S. 3777, 3805), geändert durch Artikel 20 des Gesetzes vom 6. Januar 2004 (BGBl. I S. 2, 18)
- 16.12 Vierzehnte Verordnung zum Geräte- und Produktsicherheitsgesetz (Druckgeräteverordnung - 14. GPSGV) vom 27. September 2002 (BGBl. I S. 3777, 3806), geändert durch Artikel 21 des Gesetzes vom 6. Januar 2004 (BGBl. I S. 2, 18)

17. Jugendarbeitsschutz

- 17.1 Verordnung über den Kinderarbeitsschutz (Kinderarbeitsschutzverordnung - KindArbSchV) vom 23. Juni 1998 (BGBl. I S. 1508)
- 17.2 Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung – JArbSchUV) vom 16. Oktober 1990 (BGBl. I S. 2221)
- 17.3 Verordnung über das Verbot der Beschäftigung von Personen unter 18 Jahren mit sittlich gefährdenden Tätigkeiten (JArbSchSittV) vom 3. April 1964 (BGBl. I S. 262), zuletzt geändert durch Artikel 3 der Verordnung vom 8. Oktober 1986 (BGBl. I S. 1634)

18. Ladenschluss

Verordnung über den Verkauf bestimmter Waren an Sonn- und Feiertagen (SonntVerkV) vom 21. Dezember 1957 (BGBl. I S. 1881), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Juli 1996 (BGBl. I S. 1186)

19. Lastenhandhabung

Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der manuellen Handhabung von Lasten bei der Arbeit (Lastenhandhabungsverordnung - LasthandhabV) vom 4. Dezember 1996 (BGBl. I S. 1842), zuletzt geändert durch Artikel 436 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)

20. Mutterschutz

Verordnung über den Mutterschutz für Beamtinnen (MuSchBV) i.d.F. der Bekanntmachung vom 11. November 2004 (BGBl. I S. 2828), geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 23. Februar 2006 (BGBl. I S. 427, 430)

21. Schutzausrüstung

Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Benutzung persönlicher Schutzausrüstungen bei der Arbeit (PSA-Benutzungsverordnung - PSA-BV) vom 4. Dezember 1996 (BGBl. I S. 1841)

22. Seeschifffahrt und Binnenschifffahrt

- 22.1 Verordnung betreffend die Übersicht über die Arbeitsorganisation und die Arbeitszeitanzeige in der Seeschifffahrt (See-Arbeitszeitanzeigeverordnung - See-ArbZNV) vom 5. Juli 2002 (BGBl. I S. 2571)
- 22.2 Schiffssicherheitsverordnung (SchSV) vom 18. September 1998 (BGBl. I S. 3023), zuletzt geändert durch Artikel 7 der Verordnung vom 28. Juni 2006 (BGBl. I S. 1417, 1418)
- 22.3 Verordnung über die Seediensttauglichkeit (SeeDTaugIV) vom 19. August 1970 (BGBl. I S. 1241), zuletzt geändert durch Artikel 4 Abs. 76 des Gesetzes zur Modernisierung des Kostenrechts vom 5. Mai 2004 (BGBl. I S. 718)
- 22.4 Verordnung über die Unterbringung der Besatzungsmitglieder an Bord von Kauffahrtsschiffen (LogisV) vom 8. Februar 1973 (BGBl. I S. 66), zuletzt geändert durch Artikel 519 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
- 22.5 Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Aufsicht über die Durchführung der Arbeitsschutzvorschriften des Seemannsgesetzes vom 28. Dezember 1962 (BAnz. 1963 Nr. 4)
- 22.6 Binnenschiffs-Untersuchungsordnung (BinnSchUO) vom 17. März 1988 (BGBl. I S. 238), zuletzt geändert durch Artikel 508 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
- 22.7 Verordnung zur Einführung der Rheinschiffs-Untersuchungsordnung (RheinSchUEV) vom 19. Dezember 1994 (BGBl. II S. 3822), zuletzt geändert durch Artikel 507 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)

23. Sonn- und Feiertagsarbeit

- 23.1 Verordnung über Ausnahmen vom Verbot der Beschäftigung von Arbeitnehmern an Sonn- und Feiertagen in der Eisen- und Stahl-

- dustrie i.d.F. der Bekanntmachung vom 31. Juli 1968 (BGBl. I S. 885), zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 6. Juni 1994 (BGBl. I S. 1170)
- 23.2 Verordnung über Ausnahmen vom Verbot der Beschäftigung von Arbeitnehmern an Sonn- und Feiertagen in der Papierindustrie vom 20. Juli 1963 (BGBl. I S. 491) zuletzt geändert durch Artikel 14 des Gesetzes vom 6. Juni 1994 (BGBl. I S. 1170)
- 24. Sprengstoff**
- 24.1 Erste Verordnung zum Sprengstoffgesetz (1. SprengV) vom 23. November 1977 i.d.F. der Bekanntmachung vom 31. Januar 1991 (BGBl. I S. 169), zuletzt geändert durch Artikel 390 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
- 24.2 Zweite Verordnung zum Sprengstoffgesetz (2. SprengV) vom 23. November 1977 i.d.F. der Bekanntmachung vom 10. September 2002 (BGBl. I S. 3543), zuletzt geändert durch Artikel 391 der Verordnung vom 30. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)
- 24.3 Dritte Verordnung zum Sprengstoffgesetz (3. SprengV) vom 23. Juni 1978 (BGBl. I S. 783)
- 24.4 Kostenverordnung zum Sprengstoffgesetz (SprengKostV) vom 14. April 1978 (BGBl. I S. 503 i.d.F. der Bekanntmachung vom 31. Januar 1991 (BGBl. I S. 216), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. Juni 2005 (BGBl. I S. 1626)
- 24.5 Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Sprengstoffgesetz i.d.F. vom 10. März 1987 (BAnz. Nr. 60a)

Auf der Homepage des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (www.bmas.bund.de) finden Sie eine Auswahl der hier aufgeführten Gesetze und Verordnungen im vollen Wortlaut zur Ansicht oder zum Download.

Auch auf der deutschen Homepage des Informationsnetzwerkes Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (www.osha.de) finden Sie in der Rubrik „Recht“ eine Auswahl der hier aufgeführten Gesetze, Verordnungen und technischen Regeln im vollen Wortlaut zur Ansicht und zum Download. Darüber können Sie sich über ausgewählte Bereiche des geltenden Rechts und der vorbereitenden gemeinschaftlichen Rechtsakte der Europäischen Union zum Thema Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit sowie über das autonome Recht der Unfallversicherungsträger informieren.

Mustervorschriften der Unfallversicherungsträger

(Stand 15. November 2006)

Gewerbliche Berufsgenossenschaften			
Titel	Fassung	neue BGV-Nr.	bisherige VBG-Nr.
Arbeiten an Masten, Freileitungen und Oberleitungsanlagen	01.01.1997	D 32	89
Arbeiten im Bereich von Gleisen	01.01.1997	D 33	38a
Arbeiten mit Schussapparaten	01.01.1997	D 9	45
Arbeitsmedizinische Vorsorge	01.01.1997	A 4	100
Bauarbeiten	01.01.1997	C 22	37
Bauwirtschaft (Überleitungsvorschrift)	01.06.2005	A 10	
Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit	01.01.2005	A 2	
Druckluftbehälter auf Wasserfahrzeugen	01.01.1997	D 22	18
Elektrische Anlagen und Betriebsmittel	01.01.1997	A 3	4
Elektromagnetische Felder	01.06.2001	B 11	-
Explosivstoffe - Allgemeine Vorschriften	01.04.2001	B 5	55a
Fahrzeuge	01.01.1997	D 29	12
Feste einheitliche Sprengstoffe	01.01.1997	D 39	55e
Flurförderzeuge	01.01.1997	D 27	36
Grundsätze der Prävention	01.01.2004	A 1	1
Hafenarbeit	01.04.2001	C 21	75
Herstellen und Bearbeiten von Aluminiumpulver	01.01.1997	D 13	56
Hochöfen und Direktreduktionsschachtöfen	01.01.1997	C 20	28
Kassen	01.01.1997	C 9	120
Kernkraftwerke	01.01.1997	C 16	30

Gewerbliche Berufsgenossenschaften			
Titel	Fassung	neue BGV-Nr.	bisherige VBG-Nr.
Krane	01.10.2000	D 6	9
Lärm	01.01.1997	B 3	121
Laserstrahlung	01.01.1997	B 2	93
Leitern und Tritte	01.01.1997	D 36	74
Luftfahrt	01.01.1997	C 10	78
Maschinenanlagen auf Wasserfahrzeugen und schwimmenden Geräten	01.01.1997	D 20	107b
Metallhütten	01.01.1997	C 19	33
Munition	01.01.1997	D 44	55m
Organische Peroxide	01.01.1997	B 4	58
Pulverzündschnüre und Sprengschnüre	01.01.1997	D 42	55j
Schausteller- und Zirkusunternehmen	01.01.1997	C 2	72
Schienenbahnen	01.10.1997	D 30	11
Schiffbau	01.04.1998	C 28	34
Schwarzpulver	01.01.1997	D 37	55b
Schwimmende Geräte	01.01.1997	D 21	40a
Seilschwebebahnen und Schleplifte	01.01.1997	D 31	11c
Sicherheits- und Gesundheitsschutzkennzeichnung am Arbeitsplatz	01.01.2002	A 8	125
Spielhallen, Spielcasinos und Automatenäule von Spielbanken	01.04.1997	C 3	105
Sprengarbeiten	01.01.1997	C 24	46
Sprengkörper und Hohlkörper im Schrott	01.04.1982	D 23	111
Sprengöle und Nitratsprengstoffe	01.01.1997	D 40	55f
Stahlwerke	01.01.1997	C 17	29

Gewerbliche Berufsgenossenschaften

Titel	Fassung	neue BGV-Nr.	bisherige VBG-Nr.
Steinbrüche, Gräbereien und Halden	01.04.1998	C 11	42
Taucherarbeiten	01.04.2001	C 23	39
Treibladungspulver	01.01.1997	D 38	55c
Unfallverhütungsvorschriften für Unternehmen der Seefahrt (UVV See)	01.05.1999	-	108
Veranstaltungs- und Produktionsstätten für szenische Darstellung	01.04.1998	C 1	70
Verwendung von Flüssiggas	01.01.1997	D 34	21
Wach- und Sicherungsdienste	01.01.1997	C 7	68
Wärmebehandlung von Aluminium oder Aluminiumknetlegierungen in Salpeterbädern	01.01.1997	D 14	57a
Wärmeleistungswerke und Heizwerke	01.01.1997	C 14	2
Wasserfahrzeuge mit Betriebserlaubnis auf Binnengewässern	01.11.1999	D 19	107
Winden, Hub- und Zuggeräte	01.01.1997	D 8	8
Zelte und Tragluftbauten	01.01.1997	C 25	73
Zubereitungen aus Salpetersäureestern für Arzneimittel	01.10.1998	D 35	59
Zündstoffe	01.01.1997	D 41	55h

Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand

Titel	Fassung	GUV-V Nr.
Abwassertechnische Anlagen	01.01.1997	C 5
Arbeitsmedizinische Vorsorge	01.01.1997	A 4
Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit	01.06.2003	A 6/7
Chlorung von Wasser	01.01.1997	D 5
Feuerwehren	01.01.1997	C 53
Forsten	01.01.1997	C 51
Grundsätze der Prävention	01.07.2006	A 1
Müllbeseitigung	01.01.1997	C 27
Schulen	01.10.2002	S 1
Straßenreinigung	01.01.1997	7.9



Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften		
Titel	Fassung	VSG-Nr.
Allgemeine Vorschriften für Sicherheit und Gesundheitsschutz	01.01.2000	1.1
Arbeitsstätten, bauliche Anlagen und Einrichtungen	01.01.2000	2.1
Elektrische Anlagen und Betriebsmittel	01.01.2000	1.4
Erste Hilfe	01.01.2000	1.3
Friedhöfe und Krematorien	01.01.2000	4.7
Garräume	01.01.2000	2.4
Gartenbau, Obstbau und Parkanlagen	01.01.2000	4.2
Gefahrstoffe	01.01.2000	4.5
Gewächshäuser	01.01.2000	2.6
Güllelagerung, Gruben, Kanäle	01.01.2000	2.8
Jagd	01.01.2000	4.4
Lagerstätten	01.01.2000	2.2
Leitern und Tritte	01.01.2000	2.3
Technische Arbeitsmittel	01.01.2000	3.1
Tierhaltung	01.01.2000	4.1
Weinberganlagen	01.01.2000	2.5
Werkstätten und Reparaturarbeiten	01.01.2000	4.6

Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften		
Titel	Fassung	UVV-Nr.
Eigenbauarbeiten	01.01.1997	2.7
Forsten	01.01.1997	4.3
Gräbereien und Steinbrüche	01.01.1997	4.6
Sicherheits- und Gesundheitsschutzkennzeichnung	01.04.1997	1.5
Sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuung und spezielle arbeitsmedizinische Vorsorge bei besonderer Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz	01.04.2005	1.2



Luxemburger Deklaration

zur betrieblichen
Gesundheitsförderung in
der Europäischen Union



ENWHP



Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.

Einleitung

Grundlage für die aktuellen Aktivitäten zur BGF bilden zwei Faktoren. Zum einen hat die EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz (Richtlinie des Rates 89/391/EWG) eine Neuorientierung des traditionellen Arbeitsschutzes in Gesetzgebung und Praxis eingeleitet.

Zum anderen wächst die Bedeutung des Arbeitsplatzes als Handlungsfeld der öffentlichen Gesundheit (Public Health).

Gesunde, motivierte und gut ausgebildete Mitarbeiter sind sowohl in sozialer wie ökonomischer Hinsicht Voraussetzung für den zukünftigen Erfolg der Europäischen Union. Der zuständige Dienst der Europäischen Kommission hat daher eine Initiative zum Aufbau eines Europäischen Netzwerkes für

BGF unterstützt. Diese Initiative befindet sich im Einklang mit Artikel 129 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und dem Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008).

Mitglieder des Europäischen Netzwerkes sind Organisationen aus allen 27 Mitgliedsstaaten, Ländern des Europäischen Wirtschaftsraumes sowie der Schweiz. Sie sind gleichzeitig nationale Kontaktstellen.

Ziel des Netzwerkes ist es, auf der Basis eines kontinuierlichen Erfahrungsaustausches, nachahmenswerte Praxisbeispiele zur BGF zu identifizieren und zu verbreiten.

* In der Fassung von Januar 2007

Herausforderungen für die Arbeitswelt im 21. Jahrhundert

Die Arbeitswelt befindet sich in einer Phase tiefgreifenden Wandels. Wichtige Rahmenbedingungen sind u.a.:

- Globalisierung
- Arbeitslosigkeit
- wachsende Verbreitung neuer Informationstechnologien
- Veränderungen der Beschäftigungsverhältnisse (z.B. befristete und Teilzeitarbeit, Telearbeit)
- älter werdende Belegschaften
- wachsende Bedeutung des Dienstleistungssektors

- Personalabbau (Downsizing)
- wachsender Anteil von Arbeitnehmern in Klein- und Mittelunternehmen (KMU)
- Kundenorientierung und Qualitätsmanagement.

Zukünftiger Unternehmenserfolg hängt von gut qualifizierten, motivierten und gesunden Mitarbeitern ab. BGF spielt eine entscheidende Rolle dabei, Mitarbeiter und Unternehmen auf diese Herausforderungen vorzubereiten.

Betriebliche Gesundheitsförderung: eine Investition in die Zukunft

Der traditionelle Arbeitsschutz hat durch die Verringerung von Arbeitsunfällen und die Prävention von Berufskrankheiten entscheidend zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz beigetragen. Dennoch reichen seine Mittel offensichtlich nicht, um dem weiten Spektrum der o. g. Probleme zu begegnen.

Unternehmen, die Gesundheit an ihren Arbeitsplätzen fördern, senken damit krankheitsbedingte Kosten und steigern ihre Produktivität. Dies ist das Ergebnis

einer gesünderen Belegschaft mit höherer Motivation, besserer Arbeitsmoral und besserem Arbeitsklima.

BGF ist eine moderne Unternehmensstrategie und zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle,

Berufskrankheiten und Stress), Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.

Betriebliche Gesundheitsförderung: Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen

Der Arbeitsplatz beeinflusst Gesundheit und Krankheit auf verschiedene Art und Weise.

Wenn Beschäftigte unter gesundheitsgefährdenden Bedingungen arbeiten müssen, nicht angemessen qualifiziert sind oder nicht ausreichend von Kollegen unterstützt werden, kann Arbeit krank machen. Arbeit kann aber auch die berufliche und persönliche Entwicklung fördern.

BGF will diejenigen Faktoren beeinflussen, die die Gesundheit der Beschäftigten verbessern. Dazu gehören:

- Unternehmensgrundsätze und -leitlinien, die in den Beschäftigten einen wichtigen Erfolgsfaktor sehen und nicht nur einen Kostenfaktor
- eine Unternehmenskultur und entsprechende Führungsgrundsätze, in denen Mitarbeiterbeteiligung
- verankert ist, um so die Beschäftigten zur Übernahme von Verantwortung zu ermutigen
- eine Arbeitsorganisation, die den Beschäftigten ein ausgewogenes Verhältnis bietet zwischen Arbeitsanforderungen einerseits und andererseits eigenen Fähigkeiten, Einflussmöglichkeiten auf die eigene Arbeit und sozialer Unterstützung
- eine Personalpolitik, die aktiv Gesundheitsförderungsziele verfolgt
- ein integrierter Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Betriebliche Gesundheitsförderung: nachweislich erfolgreich

BGF beruht auf einer fach- und berufsübergreifenden Zusammenarbeit und kann nur dann erfolgreich sein, wenn alle Schlüsselpersonen dazu beitragen. BGF kann ihr Ziel "gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen" erreichen, wenn sie sich an den folgenden Leitlinien orientiert:

1. Die gesamte Belegschaft muß einbezogen werden (Partizipation).
2. BGF muss bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden (Integration).

3. Alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse (Projektmanagement).

4. BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen (Ganzheitlichkeit).

Prioritäten des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung

Das Europäische Netzwerk für BGF koordiniert den Informationsaustausch und die Verbreitung vorbildlicher Praxisbeispiele in Europa. Seine Mitgliedsorganisationen setzen sich für den Aufbau von Netzwerken auf nationaler Ebene ein. Alle Aktivitäten und Prioritäten basieren auf dem Subsidiaritätsprinzip und unterstützen die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten.

Im Hinblick auf die Herausforderungen der Zukunft und das Ziel, BGF in der Arbeitswelt zu verbreiten, betrachtet das Europäische Netzwerk die folgenden Aufgaben als vordringlich und als Grundlage für zukünftige Aktivitäten:

1. BGF bekannter machen und alle Schlüsselpersonen zur Übernahme von mehr Verantwortung für Gesundheit bewegen
2. Ermitteln und Verbreiten von vorbildlichen Praxisbeispielen
3. Leitlinien für effektive BGF entwickeln
4. das Engagement der Mitgliedsstaaten für die Einleitung entsprechender politischer Schritte sicherstellen
5. die besonderen Anforderungen in der Zusammenarbeit mit KMU berücksichtigen.
6. Nationale Foren und Netzwerke unter Einbeziehung aller relevanten Interessengruppen aufzubauen, um unterstützende BGF-Infrastrukturen für den Informationsaustausch und konzertierte Aktionen zu schaffen.

Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung wurde bisher von folgenden Unternehmen unterzeichnet:

Airbus Deutschland GmbH
AWO Wohn- und Pflegeheim Wengen

BASF AG
Beiersdorf AG
Bertelsmann AG
Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin
BMW Group
Braun GmbH
Bremer Straßenbahn AG
Bundesamt für Zivildienst

Carl Zeiss AG
Cognis Deutschland GmbH & Co. KG
ConSol Software GmbH
Cultus gGmbH der Landeshauptstadt Dresden

Daimler AG
DATEV e.G.
Deka Bank
Deutsche Bahn AG
Deutsche Bank AG
Deutsche Post AG
Deutsche Rentenversicherung Bund, Abt. Rehabilitation
Deutsche Telekom AG
Dr. August Oetker Nahrungsmittel KG

E.ON Energie AG
E.ON Ruhrgas AG
Evangelisches Krankenhaus Köln, Weyertal, gGmbH

Flender AG
Flughafen München GmbH
Freie Universität Berlin

Georgsmarienhütte GmbH
Gothaer Finanzholding AG

Hamburger Stadtentwässerung

Henkel KGaA
Honsel GmbH & Co. KG
Hubert Burda Media Holding GmbH & Co. KG

IBM Deutschland GmbH
Infraserv GmbH & Co. Höchst KG
Institut für innovative Diagnostik
Karl Mayer Textilmaschinenfabrik GmbH
Kaufhof Warenhaus AG
KSB AG

Laufer Mühle
Landeshauptstadt Stuttgart

Metro Group
moll Funktionsmöbel

Otto GmbH & Co.

Pelikan PBS Produktionsgesellschaft mbH & Co. KG
Polizeipräsident in Berlin
Procter & Gamble GmbH
PSC team GmbH

Ravensburger AG
REWE Group
RheinEnergie AG
Robert Bosch GmbH

SAP AG
Salzgitter AG
SICK AG
Siemens AG
SKW Trostberg AG
Stadt Dortmund
Stadt Halle (Saale)
Stadt Mainz
Stadt Wolfsburg
Stadtverwaltung Aachen
Stadtverwaltung Essen

Start Zeitarbeit NRW GmbH
Stiftungsklinikum Mittelrhein gGmbH
Stora Paperboard GmbH
St. Josefshaus
Betriebs - gGmbH

Taunussparkasse
Thurn-Produkte
TUI AG

Unilever Deutschland GmbH

Verlagsgruppe Milchstrasse
GmbH
VHH PVG Unternehmensgruppe
Volkswagen AG

Wacker Chemie AG

Erklärung

Die unterzeichnende Organisation (Unternehmen/Betrieb/Behörde/Institution) bringt hiermit zum Ausdruck, daß sie die in der "Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union" beschriebenen Grundsätze teilt und ihren Arbeits- und Gesundheitsschutz im Geiste der Deklaration fortführt.

Zu diesen Grundsätzen zählen:

- Unternehmensgrundsätze und -leitlinien, die in den Beschäftigten einen wichtigen Erfolgsfaktor sehen und nicht nur einen Kostenfaktor,
- eine Unternehmenskultur und entsprechende Führungsgrundsätze, in denen Mitarbeiterbeteiligung verankert ist, um so die Beschäftigten zur Übernahme von Verantwortung zu ermutigen,
- eine Arbeitsorganisation, die den Beschäftigten ein ausgewogenes Verhältnis bietet zwischen Arbeitsanforderungen einerseits und eigenen Fähigkeiten andererseits sowie Einflußmöglichkeiten auf die eigene Arbeit und soziale Unterstützung,
- die Verankerung von Gesundheitszielen insbesondere in der Personalpolitik, aber auch in allen anderen Unternehmensbereichen (Integration),
- ein integrierter Arbeits- und Gesundheitsschutz,
- ein hoher Grad an Einbeziehung der Beschäftigten in Fragen der Gesundheit (Partizipation),
- die systematische Durchführung aller Maßnahmen und Programme (Projektmanagement),
- die Verbindung von Risikoreduktion mit dem Ausbau von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen (Ganzheitlichkeit).

Die Organisation erklärt sich damit einverstanden, daß der BKK Bundesverband/Europäisches Informationszentrum als Nationale Kontaktstelle im Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung die Unterzeichner in angemessener Weise öffentlich bekanntmacht mit dem Ziel, weitere Unternehmen dafür zu gewinnen, im Sinne der Luxemburger Deklaration zu handeln.

Name der Organisation

Name, Funktion des Vertreters

Ort, Datum, Unterschrift/Stempel

Ansprechpartner/in Öffentlichkeitsarbeit, Name/Telefon

E-Mail-Adresse

Dienstvereinbarung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement

Zwischen dem Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Familie (MASGF)
und
dem Personalrat des MASGF
und
der Schwerbehindertenvertretung des MASGF

wird auf Grundlage des § 84 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) IX folgende Dienstvereinbarung geschlossen:

Präambel

Es ist das gemeinsame Ziel des Arbeitgebers, des Personalrates und der Schwerbehindertenvertretung die Gesundheit der Beschäftigten des MASGF zu erhalten und zu fördern.

Auf dieser Basis haben die Vertreter/innen des Arbeitgebers und der Interessenvertretungen im gemeinsamen Dialog Maßnahmen zur Sicherung der weiteren Teilhabe am Arbeitsleben zum Wohle der Beschäftigten erarbeitet. Die Beschäftigten des MASGF sind gehalten, sich aktiv an gesundheitsfördernden und gesundheitserhaltenden Maßnahmen zu beteiligen.

Gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX wird ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) eingeführt, um

- die Arbeits-/Dienstfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen,
- die Arbeitszufriedenheit und -motivation zu steigern sowie
- die dienstlich beeinflussbaren Fehlzeiten und Krankheitskosten zu reduzieren.

Damit soll eine möglichst dauerhafte Teilhabe aller Beschäftigten am Arbeitsleben gewährleistet werden.

1. Ziele des Betrieblichen Eingliederungsmanagements

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement beinhaltet folgende Ziele:

- Überwindung von Arbeits-/Dienstunfähigkeitszeiten,
- Vorbeugung erneuter Arbeits-/Dienstunfähigkeitszeiten,
- Erhaltung und Förderung der Gesundheit,
- Vermeidung von chronischen Erkrankungen bis hin zu Behinderungen und
- Maßnahmen zur Vermeidung des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Arbeitsleben

Um diese Ziele zum Wohle der Beschäftigten des MASGF zu erreichen, arbeitet der unter Punkt 4. genannte Personenkreis vertrauensvoll zusammen.

Das MASGF, der Personalrat des MASGF und die Schwerbehindertenvertretung des MASGF bekräftigen, dass erkrankte Beschäftigte des MASGF nicht wegen ihrer Krankheit – schwerbehinderte und behinderte Beschäftigte nicht wegen ihrer Behinderung – benachteiligt werden dürfen.

2. Geltungsbereich

Die Dienstvereinbarung findet auf alle Beschäftigten Anwendung, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeits-/dienstunfähig sind und sich in einem Ausbildungs-, Arbeits- oder Dienstverhältnis zum Land Brandenburg befinden.

Beschäftigte können auch von sich aus ein Betriebliches Eingliederungsmanagement bei der Leitung des Integrationsteams formlos beantragen.

3. Einbindung der Referats- und Abteilungsleitungen

Im Rahmen der Prävention werden die Dienstvorgesetzten mit eingebunden. Im Vordergrund steht die Fürsorge für die Beschäftigten. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen hebt die Motivation der Beschäftigten und unterstützt ihre Gesundheit.

Vorgesetzte haben eine besondere Verantwortung für die Gesunderhaltung und das Wohlbefinden der Beschäftigten am Arbeitsplatz. Sie haben mit dafür Sorge zu tragen, dass den Beschäftigten möglichst frühzeitig präventive Maßnahmen zu Teil werden.

Um Vorgesetzte für diese Aufgabenstellungen zu sensibilisieren, haben sich diese über das Gesundheits- und Eingliederungsmanagement zu informieren und fortzubilden. Zu diesem Zweck werden vom MASGF entsprechende Fortbildungsmaßnahmen angeboten.

4. Integrationsteam

Zur Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements wurde im MASGF ein Integrationsteam gebildet. Das Integrationsteam ist das Steuerungsgremium für das BEM. Es ist verantwortlich für die Auswertung der Arbeitsplatzanalysen sowie für Arbeitsplatzbegehungen und die darauf aufbauende Maßnahmenentwicklung- und umsetzung.

Die Aufgaben der Ansprechperson aus dem Integrationsteam sind im Wesentlichen:

- Verwaltungsinterne Maßnahmen prüfen
- Sonstige Maßnahmen zur Sicherung der Teilhabe (Reha-Maßnahmen) prüfen
- Maßnahmenkatalog erstellen
- Auswertung des einzelnen BEM-Verfahrens
- Zusammenfassende Auswertung der abgeschlossenen BEM-Verfahren

Dem Integrationsteam gehören an:

- Ein/e Vertreter/in des Personalreferates
- Ein Mitglied des Personalrats
- Die/der Beauftragte/r des Arbeitgebers in Schwerbehindertenangelegenheiten
- Die/der Vertrauensfrau/Vertrauensmann der Schwerbehinderten

Bei Bedarf werden interne und externe Fachkräfte (z.B. Vertreter/innen des Referates Innerer Dienst, Betriebsarzt, Sicherheitsfachkraft) beratend hinzugezogen.

5. Ablauf

5.1 Erfassung und Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten

Das Personalreferat stellt dem Integrationsteam mindestens einmal jährlich eine Arbeitsunfähigkeitsstatistik zur Verfügung. Die in der Statistik erfassten Daten dürfen weder personenbezogen noch personenbeziehbar sein.

Außerdem übersendet das Personalreferat mindestens einmal im Quartal eine Aufstellung der unter den Geltungsbereich dieser Vereinbarung fallenden Beschäftigten an das Integrationsteam mit folgenden Angaben:

- Name, Vorname
- Alter
- Organisationseinheit
- Funktion
- Schwerbehinderung/Gleichstellung (ja/nein)
- Verteilung der Arbeits-/Dienstunfähigkeitszeiten aus dem Vorjahr und dem laufenden Jahr
- Wiedereingliederungsmaßnahme (ja/nein)

5.2 Einleitung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement

Das Personalreferat überprüft monatlich, welche Beschäftigten die Voraussetzungen zur Einleitung des BEM erfüllen und informiert die Leitung des Integrationsteams.

Unabhängig davon ist jederzeit bei Vorliegen der Voraussetzungen oder auf Wunsch von Beschäftigten die Einleitung des BEM möglich.

Erst nach Zustimmung der/des betroffenen Beschäftigten leitet die Leitung des Integrationsteams oder die Person, die das Erstgespräch geführt hat (Ansprechperson), das BEM ein.

5.3 Kontaktaufnahme mit den Betroffenen

Die Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements dient der Beschäftigungssicherung und -förderung. Es handelt sich um ein freiwilliges Verfahren und bedarf der Zustimmung durch die/den betroffene/n Beschäftigte/n.

Die konkrete Kontaktaufnahme erfolgt in zwei Schritten:

Im Zuge der ersten Kontaktaufnahme durch die Ansprechperson des Integrationsteams (Erstgespräch) wird die/der betroffene Beschäftigte über die Zielsetzungen und die dazu erforderliche Datenerhebung und den weiteren, möglichen Verlauf des Verfahrens aufgeklärt. Der Gesprächsinhalt wird streng vertraulich behandelt. Die/der betroffene Beschäftigte kann sich dann entscheiden, ob das Angebot für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement angenommen wird. Die Rückmeldung erfolgt an die Ansprechperson des Integrationsteams, welche/welcher das Integrationsteam über eine Zustimmung informiert und damit das Betriebliche Eingliederungsmanagement startet.

Der/dem Beschäftigten entstehen keine beruflichen Nachteile oder personalrechtlichen Konsequenzen, wenn sie/er am Betrieblichen Eingliederungsmanagement nicht teilnimmt oder dieses vorzeitig abbricht.

Es kann selbstverständlich auch zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch genommen bzw. fortgesetzt werden.

5.4 Maßnahmen

Mit Zustimmung und Beteiligung der/des betroffenen Beschäftigten wird erarbeitet, mit welchen Leistungen bzw. Hilfen die Arbeits-/Dienstunfähigkeit möglichst überwunden und erneuter Arbeits-/Dienstunfähigkeit vorgebeugt werden kann.

Das Spektrum der Maßnahmen umfasst im Einzelfall drei Schwerpunkte: Maßnahmen der Prävention, der Rehabilitation und der Gesundheitsförderung. Folgende Themen können dabei im Mittelpunkt stehen:

- Arbeitsplatzgestaltung
- Arbeitsorganisation
- Arbeitszeit
- Arbeitsklima (z.B. Konflikte am Arbeitsplatz)
- Personalplanung (z.B. Veränderung der Arbeitsaufgabe)
- Qualifizierung
- Medizinische/berufliche Rehabilitation
- Stufenweise Wiedereingliederung (sog. „Hamburger Modell“)
- Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung
- Verhaltensprävention („Was kann ich machen?“)

Der Arbeitgeber prüft die Möglichkeiten der Realisierbarkeit der vorgeschlagenen Maßnahmen in Zusammenarbeit mit dem Integrationsteam und setzt diese um.

5.5 Koordination und Dokumentation

Die Leitung des Integrationsteams koordiniert und steuert die einzelfallbezogenen Maßnahmen in enger Kooperation mit der ausgewählten Ansprechperson und dokumentiert den Maßnahmenverlauf. Die Protokolle werden im Personalreferat in einem gesonderten Vorgang aufbewahrt. Sollte keine einvernehmliche Beendigung festgestellt werden oder erfolgt eine vorzeitige Beendigung des BEM durch die/den betroffene/n Beschäftigte/n, erstellt die Leitung des Integrationsteams einen entsprechenden Feststellungsvermerk.

Alle schriftlichen Aufzeichnungen und Unterlagen, die im Zusammenhang mit Maßnahmen nach dieser Dienstvereinbarung anfallen, sind im Personalreferat in einem gesonderten Vorgang aufzubewahren. Die/der betroffene Beschäftigte hat jederzeit das Recht auf Einsichtnahme in den sie/ihn betreffenden gesonderten Vorgang. Anderen Personen als der/dem Beschäftigten und den Mitgliedern des Integrationsteams wird Akteneinsicht nicht gewährt, es sei denn, die/der Beschäftigte stimmt einer Akteneinsicht ausdrücklich zu. Kopien der vorhandenen Unterlagen dürfen nicht gefertigt werden. Die Unterlagen sind unbeschadet von Personalaktenvorschriften spätestens zwei Jahre nach Abschluss des Verfahrens zu vernichten. Nach Ablauf dieser Frist wird ein kurzer schriftlicher Hinweis über die Durchführung/Nichtdurchführung des BEM zur Krankenakte der/des Beschäftigten genommen.

6. Zielerreichung

Das Integrationsteam berät jährlich, ob und in welchem Umfang die in dieser Vereinbarung getroffenen Ziele erreicht wurden.

Das Integrationsteam stellt sicher, dass die Beschäftigten des MASGF hierüber in geeigneter Weise informiert werden.

7. Datenschutz

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement erfolgt unter Wahrung der jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Wenn die Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte erforderlich ist, hat die Leitung des Integrationsteams die/den Beschäftigten darüber zu informieren und die schriftliche Einwilligung zur Datenweitergabe einzuholen.

Die erhobenen Daten dürfen ausschließlich für die in der Vereinbarung benannten Ziele des BEM verwendet werden. Sie dienen dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit und des Arbeitsplatzes. Zu anderen Zwecken ist ihre Verwendung untersagt.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen dürfen von den Mitgliedern des Integrationsteams sowie von sonstigen hinzugezogenen Personen keine Einzelfälle bekannt gegeben werden, sondern ggf. nur Fallzahlen und Maßnahmen, die keinen Rückschluss auf einzelne Beschäftigte zulassen.

Alle Personen, die am Verfahren nach dieser Dienstvereinbarung beteiligt sind, haben die Vorgänge besonders vertraulich zu behandeln und stets ihre allgemeine Pflicht zur Amtsverschwiegenheit bzw. ihre Schweigepflicht zu wahren.

8. Geltungsdauer

Diese Vereinbarung tritt am 01.02.2008 in Kraft. Sie kann unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Jahresende von den Parteien schriftlich gekündigt werden. Sie wirkt bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung nach, längstens jedoch für eine Dauer von sechs Monaten. Nach einer Kündigung sind umgehend Gespräche über den Abschluss einer neuen Dienstvereinbarung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement aufzunehmen.

Widerspricht eine Vorschrift dieser Vereinbarung höherrangigem Recht, so bleibt die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen davon unberührt. Es besteht die Verpflichtung, die unwirksame Vorschrift durch eine inhaltlich entsprechend wirksame Vorschrift zu ersetzen.

Potsdam, den . Januar 2008

Für das MASGF
In Vertretung

Für den Personalrat

Für die Schwerbehindertenvertretung

Winfrid Alber

Thomas Roesse

Susanne Köhler



Tel: 0561-4001128
Fax: 0561-4001128
e-mail: dralexander.gagel@arcor.de

0221-3597-550
0221-3597-555
schian@iqpr.de

AZ 10-08-02-04
Dezember 2005

Forum B

Schwerbehindertenrecht und Fragen des betrieblichen Gesundheitsmanagements
– Diskussionsbeitrag Nr. 10/2005 –

Zur Berechnung der Sechs-Wochen-Frist des § 84 Abs. 2 SGB IX

Bei der Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX in seinem Betrieb steht der Arbeitgeber zunächst vor der Aufgabe, den Zeitpunkt zu ermitteln, zu dem er auf den Arbeitnehmer zugehen muss. Er orientiert sich an der Zahl der Tage, für die ihm Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorliegen; berücksichtigt werden dabei auch arbeitsfreie Tage, für die Arbeitsunfähigkeit (AU) bescheinigt worden ist.

In der Praxis ergibt sich jedoch ein **Problem**, weil nicht alle Ärzte die **AU** auch **für die arbeitsfreien Tage** bescheinigen, auf die sie sich erstreckt, und auch der Beschäftigte nicht immer Anlass sieht, sich an arbeitsfreien Tagen krank schreiben zu lassen oder zu melden. Dadurch spiegelt die Zahl der bescheinigten oder gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstage nicht immer die tatsächliche Dauer der AU wieder.

Wir geben im Folgenden **Anregungen**, wie durch pragmatische Lösungen diesem Problem begegnet werden kann; diese sollten jeweils in Betriebsvereinbarungen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement festgeschrieben werden.

Marcus Schian
Dr. Alexander Gagel
Dr. Hans-Martin Schian

Wir möchten Sie auch auf die Sammlung aller bisher erschienenen Diskussionsbeiträge im Internet unter www.iqpr.de aufmerksam machen und Sie herzlich einladen sich an der Diskussion durch eigene Beiträge und Stellungnahmen zu beteiligen.

Thesen:

1. **Auch arbeitsfreie Tage, in denen AU vorliegt, sind im Rahmen von § 84 Abs. 2 SGB IX zu berücksichtigen.**
2. **Der Arbeitgeber kann sich an der Zahl der bescheinigten AU-Tage orientieren; zu Nachforschungen ist er nicht verpflichtet.**
3. **Probleme durch die Nichtberücksichtigung von arbeitsfreien Tagen auf AU-Bescheinigungen können pragmatisch**
 - a. **bei ununterbrochener AU durch Berücksichtigung der dazwischenliegenden oder unmittelbar nachfolgenden arbeitsfreien Tage**
 - b. **bei wiederholter AU durch Hochrechnung der bescheinigten Arbeitstage auf die Wochenarbeitszeit behoben werden.**
4. **Die Zahl der bescheinigten Tage ist auch bei den pragmatischen Alternativberechnungen mindestens zu berücksichtigen.**

1. Betriebliches Eingliederungsmanagement und der Begriff der Arbeitsunfähigkeit

Zunächst gilt es einige Begriffe zu klären:

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM): Nach § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX wird der Arbeitgeber aktiv, wenn Beschäftigte „innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig“ sind. Im Folgenden wird trotz bestehender Unklarheiten in der Gesetzesformulierung¹ im Sinne einer praxisnahen Handhabung davon ausgegangen, dass **auch für die Alternative „wiederholt arbeitsunfähig“ der Sechs-Wochen-Zeitraum** gilt.

Arbeitsunfähigkeit: (AU): Die AU ist nach der zu § 3 EFZG und §§ 44, 46 SGB V ergangenen Rechtsprechung **die krankheitsbedingte Unfähigkeit, die im Arbeitsvertrag geschuldete Tätigkeit zu verrichten**². Diese Definition stellt allein auf die Unfähigkeit zur Verrichtung der Tätigkeit ab. Es **kommt nicht darauf an, ob**

¹ Sinn und Zweck der betrieblichen Prävention und die Zusammenschau mit § 84 Abs. 1 SGB IX scheinen ebenso wie Rspr. zur krankheitsbedingten Kündigung (vgl. BAG 6.9.1989 EzA § 1 KSchG Krankheit Nr. 28; BAG 28.9.1991 EzA § 622 BGB a.F. Nr. 35.) bei genauem Hinsehen zwar dafür zu streiten, unabhängig von der Sechs-Wochen-Frist eine Interventionspflicht im Falle wiederholter AU immer dann anzunehmen, wenn das Arbeitsverhältnis aus krankheitsbedingten Gründen gefährdet ist. Eine derart unscharfe Auslegung sollte aber im derzeitigen Stadium des ohnehin mit Unsicherheiten belasteten Instruments BEM nicht forciert werden.

² BAG DB 1983, 2203; BAG, Urteil vom 29.02.1984, BAGE 45, 165(167); vom 09.01.1985, BAGE 48, 1; BSG E 61, 66 = SozR 2200 § 182 Nr. 104.

sich die AU auf Arbeitstage oder arbeitsfreie Tage bezieht. Diesem Verständnis des Begriffs der AU entspricht die Anweisung an die Ärzte in § 5 Abs. 4 AU-Richtlinien³. Nach dieser für die gesetzlichen Krankenkassen und Ärzte nach § 91 Abs. 9 SGB V bzw. § 92 Abs. 8 iVm §§ 82f. SGB V verbindlichen Vorschrift ist eine AU-Bescheinigung auch für Wochenenden, Feiertage etc. auszustellen.

2. Gesetzliche Vorgaben, Probleme und Lösungen bei ununterbrochener AU

Bei der **ersten Alternative** (ununterbrochen arbeitsunfähig) des § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX handelt es sich um einen gesetzlich bestimmten Zeitraum, nach dessen Ablauf eine Rechtsfolge eintritt und somit eindeutig um eine **Frist**⁴. Mangels spezieller Vorschriften im SGB richtet sich die Berechnung dieser Frist nach den allgemeinen Regeln des § 188 Abs. 2 iVm § 187 Abs.1 BGB⁵. Danach ist die Woche mit sieben Tagen anzusetzen; die Frist beginnt am Tage nach dem Ereignis, das sie auslöst.

Der **Arbeitgeber** kann sich bei seinen Berechnungen **an der Zahl der ihm gemeldeten AU-Tage orientieren**. Der Arbeitgeber muss keine Nachforschungen darüber anstellen, ob die tatsächliche Anzahl der bisher aufgelaufenen AU-Tage den bisher bescheinigten entspricht. Insbesondere muss er nicht nachprüfen, ob die Ärzte bedacht haben, dass AU auch an arbeitsfreien Tagen zu bescheinigen ist.

Dadurch kann es allerdings dazu kommen, dass das BEM zu spät einsetzt oder unterbleibt, obwohl die sechs Wochen erfüllt waren.

Es wird empfohlen, diese Schwierigkeiten pragmatisch dadurch zu beheben, dass dann, wenn fortlaufend für alle Arbeitstage AU bescheinigt wurde, die **dazwischen liegenden** und die der letzten Bescheinigung **unmittelbar folgenden** arbeitsfreien Tage **hinzugerechnet** werden. Regelmäßig wird dies die tatsächliche AU widerspiegeln. Außerdem ist es nicht nur unschädlich sondern auch erwünscht, wenn das BEM etwas früher einsetzt als notwendig.

Viel schärfer stellen sich die Probleme allerdings in der zweiten Alternative des § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX (wiederholt arbeitsunfähig).

³ Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V, einsehbar unter www.mds-ev.org/download/RL_AU_2004.pdf.

⁴ Vgl. Palandt, 64. Auflage, § 186 Rz. 3; Staudinger, 2001, § 186, Rz.2.

⁵ Die Vorschriften des § 26 SGB X, § 45 SGB I und § 25 SGB IV sind nicht direkt anwendbar, da es hier um eine Frist im Verhältnis Arbeitgeber/Beschäftigter geht. Die Fristenregelungen der §§ 186ff. BGB sind aber mangels abweichender Sonderregeln auch in anderen Rechtsgebieten anwendbar, vgl. Palandt, § 186 Rz. 2. mwN; dazu für den Bereich des Sozialversicherungsrechts BSG NJW 1974, 920.

3. Gesetzliche Vorgaben, Probleme und Lösungen bei wiederholter AU

a. Berechnung nach den Mindestanforderungen

Da hier ein **nicht zusammenhängender Zeitraum** beschrieben wird, passen die Vorschriften der §§ 187f. BGB bei der Berechnung dieser Frist⁶ nicht. **§ 191 BGB** regelt aber einen ähnlichen Fall. Danach werden nicht zusammenhängende Zeiträume, die nach Monaten und Jahren bestimmt sind, so berechnet, dass ein Monat mit 30 Tagen, ein Jahr mit 365 Tagen gleich gesetzt wird. Dieser Gedanke lässt sich analog in der Weise übertragen, dass die Woche sieben Tage umfasst, was auch der Berechnung nach § 186 Abs. 2 BGB entspricht.

Dies würde bedeuten, dass ein Arbeitgeber gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX erst dann tätig zu werden hat, wenn nach den ihm vorliegenden Bescheinigungen der Beschäftigte insgesamt 42 Kalendertage arbeitsunfähig war (**Lösung 1**). Das kann dann aber in Fällen mehrfacher Bescheinigung von AU dazu führen, dass AU an arbeitsfreien Tagen überhaupt nicht berücksichtigt wird, wenn sie nicht bescheinigt wurde.

Beispiel 1: Ein Beschäftigter ist in einem Zeitraum von zehn Monaten insgesamt 42 Tage krankheitsbedingt arbeitsunfähig gewesen. Dabei war er jeweils für einen Zeitraum von einer Woche (insgesamt also sechs Wochen) erkrankt. Da er bei verschiedenen Ärzten war, die es mit der Bescheinigung der Zeiträume einer Arbeitsunfähigkeit nicht alle genau genommen haben und z.T. die Wochenenden ausgespart haben, fällt es der Personalabteilung, die allein die Daten aus den AU-Bescheinigungen auswertet, nicht auf, dass bereits ein Tätigwerden angezeigt ist.

b. Pragmatische Lösung

Demgegenüber definieren deshalb manche Stimmen den Wochenbegriff anders. Sie stellen aus pragmatischen Gründen **nur auf die ausgefallenen Arbeitstage mit Arbeitsunfähigkeitsmeldung in Verbindung mit der vertraglich festgelegten Wochenarbeitszeit** ab. Danach wäre bei einer Fünf-Tage-Woche dann einzuschreiten, wenn der Beschäftigte insgesamt 30 Arbeitstage krankheitsbedingt nicht arbeiten konnte (**Lösung 2**).

Wir halten die Lösung 2 für sinnvoll und empfehlenswert. So vermag sie die in **Beispiel 1** aufgezeigten praktischen Probleme der Lösung 1 zu beheben. Sie hat

⁶ Auch hier handelt es sich um einen Zeitraum, nach dessen Ablauf Rechtswirkungen eintreten, vgl. Fn. 4.

allerdings den Nachteil, dass es zu **Unterschieden in der Behandlung an sich vergleichbarer Fälle** kommen kann. **Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeiten** schlagen hier nämlich mitunter **um so deutlicher zu Buche um so geringer die vereinbarte Wochenarbeitszeit** ist, so dass mitunter bei Beschäftigten mit geringerer Wochenarbeitszeit früher als bei anderen Beschäftigten eingeschritten werden müsste.

Beispiel 2: Zwei Beschäftigte (Wochenarbeitszeit jeweils 3 und 5 Tage) sind im März drei Wochen hintereinander und im Zeitraum bis Ende Dezember dreimal jeweils drei Tage krankheitsbedingt arbeitsunfähig. Fallen bei dem Beschäftigten mit Drei-Tage-Woche die AU-Tage jeweils in seine Arbeitszeit, so müsste (Lösung 2) bei ihm nun schon eingeschritten werden, während der Beschäftigte mit Fünf-Tage-Woche erst nach weiteren sechs ausgefallenen Arbeitstagen, an denen krankheitsbedingte AU vorliegt, angesprochen werden würde. Dies kann abhängig von der Krankheitsdynamik ein entscheidender Unterschied sein. Nach Lösung 1 müsste allerdings ebenfalls noch keine Aktivität ergriffen werden.

Auch nach Lösung 2 ist es überdies **denkbar, dass nicht eingeschritten wird, obwohl der Beschäftigte insgesamt schon länger als 42 Tage arbeitsunfähig war**. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn sich die Zustände der AU häufig über nicht von der vereinbarten Arbeitszeit erfasste Zeiträume erstrecken.

Beispiel 3: Ein Beschäftigter mit einer 3-Tage-Woche (Di bis Do) ist in einem Zeitraum von acht Monaten insgesamt sieben mal arbeitsunfähig erkrankt. Die Zeiten, in denen er arbeitsunfähig ist, erstrecken sich dabei oft über die Wochenenden und die arbeitsfreie Zeit und erreichen schließlich eine Gesamtzeit von 42 Tagen. Da der Beschäftigte sich schämt, informiert er keinen seiner Kollegen. Die AU-Zeiten sind zwar auf der Bescheinigung vermerkt, nach Lösung 1 müsste der Beschäftigte also angesprochen werden. Der Arbeitgeber beachtet aber nur die ausgefallenen Arbeitstage, die sich bisher erst auf 15 summieren. Eingeschritten würde erst nach drei weiteren AU-Tagen.

c. Notwendigkeit paralleler Auswertung der Fehlzeitendaten nach Lösung 1 und Lösung 2

Eine pragmatische Alternativberechnung darf allerdings nicht dazu führen, dass tatsächlich bescheinigte Tage unberücksichtigt bleiben; das wäre mit dem Gesetz nicht vereinbar. Zur Vermeidung von Folgen wie in Beispiel 3 muss deshalb neben der Lösung 2 eine **parallele Auswertung** der tatsächlich bescheinigten Fehlzeiten (Lösung 1) erfolgen. Der Arbeitgeber muss das BEM einleiten, **wenn nach einer der beiden Methoden die sechs Wochen belegt sind**. Die in Beispiel 2 zu Tage tretenden Schwierigkeiten lassen sich durch diese parallele Auswertung zwar nicht beheben. Sie beruhen aber auch nicht auf einer Schwäche der Berechnungsmethode, sondern allein auf dem Verhalten anderer. Dies auszugleichen ist nicht Aufgabe des Arbeitgebers.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

Tel: 0561-4001128
Fax: 0561-4001128
e-mail: dralexander.gagel@arcor.de

0221-3597-550
0221-3597-555
schian@iqpr.de

AZ 10-08-02-04
März 2006

Forum B

Schwerbehindertenrecht und Fragen des betrieblichen Gesundheitsmanagements
– Diskussionsbeitrag Nr. 3/2006 –

Informationsfluss und Datenschutz beim BEM

In diesem Beitrag beschäftigt sich unsere Datenschutzbeauftragte, Frau Sabine Dalitz, mit der Schnittstelle Datenschutz, Schweigepflicht nach § 203 StGB und dem betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM).

Ein BEM funktioniert nur, wenn der Mitarbeiter den Personen, die für das BEM zuständig sind, vertraut. Vertrauen kann auf gemachten Erfahrungen basieren oder auf einer guten Absicherung. Da die Erfahrungen mit BEM generell gering sind, sollte man sich der Absicherung bedienen. Eine solche Absicherung besteht z. B. darin, dass der Personenkreis, der sensible Daten erhebt, entsprechend ausgewählt wird.

Thesen:

1. Sensible Daten, die beim BEM erhoben werden, sollen möglichst von Personen erhoben werden, die strafrechtliche Sanktionen befürchten müssen, wenn sie gegen ihre Verschwiegenheitspflicht verstoßen.
2. Dieser Personenkreis ist meist alleine nicht in der Lage ein BEM umzusetzen.
3. Für die Weitergabe der erhobenen Daten bedarf es der Einwilligung des betreffenden Mitarbeiters.
4. Trotz einer Einwilligung dürfen nicht alle Daten an alle Stellen des Betriebes weitergeleitet werden. Ein gestuftes System der Datenweitergabe wird sowohl dem Bedürfnis an Datenweitergabe zur Umsetzung des BEM als auch dem Datenschutzbedürfnis des Betroffenen gerecht.
5. An den Arbeitgeber bzw. die Personalabteilung darf – unabhängig von einer erteilten Einwilligung - nur weitergeleitet werden a) dass und wann ein BEM stattgefunden hat, b) wer an diesem BEM beteiligt war und c) Maßnahmen, die der Beteiligung des Arbeitgebers bzw. der Personalabteilung bedürfen.
6. In kleinen Betrieben sind diese Anforderungen nur zum Teil umsetzbar. Hier hat eine Abwägung zwischen dem Datenschutz- und dem BEM-Interesse zu erfolgen.

Sabine Dalitz
Marcus Schian
Dr. Alexander Gagel
Dr. Hans-Martin Schian

Wir möchten Sie auch auf die Sammlung aller bisher erschienen Diskussionsbeiträge im Internet unter www.iqpr.de aufmerksam machen und Sie herzlich einladen sich an der Diskussion durch eigene Beiträge und Stellungnahmen zu beteiligen.

Informationsfluss und Datenschutz beim betrieblichen Eingliederungsmanagement von Sabine Dalitz

I. Der Datenschutz

Ziel des Datenschutzes ist die Gewährleistung der informationellen Selbstbestimmung. Dies bedeutet, dass jede Person darüber mitbestimmen können soll, wo Daten über sie erhoben, gespeichert und weitergeleitet werden. Grundsätzlich ist so jede Datenweitergabe verboten, es sei denn es gibt eine gesetzliche Legitimation hierfür oder der Betroffene willigt in die Datenerhebung, -speicherung oder –weiterleitung ein.

Um zu verhindern, dass Machtverhältnisse einseitig ausgenutzt werden, kommt es bisweilen zur Einschränkung von Freiheitsrechten, wie hier z. B. der Möglichkeit in die Datenerhebung, -speicherung und –weiterleitung einzuwilligen. **Sinn und Zweck ist hier der Schutz des Betroffenen vor seiner eigenen Handlung, insbesondere in Bereichen, wo seine Freiwilligkeit aufgrund der vorherrschenden Situation eingeschränkt erscheint.** So hat das baden-württembergische Innenministerium in seinen Hinweisen zum Datenschutz für die private Wirtschaft mit gutem Grund es für nicht rechtmäßig angesehen, dass ein Arbeitgeber eine Einwilligung von einem Bewerber oder neu eingestellten Arbeitnehmer einholt, die Arbeitsunfähigkeitszeiten des Mitarbeiters bei seiner Krankenkasse bezogen auf die Vergangenheit zu erfragen.¹

Hieraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass nicht alle Daten, zu deren Erhebung, Speicherung bzw. Weiterleitung die Einwilligung des Mitarbeiters erlangt werden könnte, auch erhoben, gespeichert oder weitergeleitet werden dürfen, soweit keine gesetzliche Legitimation vorliegt. Hier ist neben den arbeitsrechtlichen Beschränkungen des Fragerechts, die auch durch die Einholung einer Einwilligung nicht unterlaufen werden dürfen,² auch immer die **Grenze der Zweckbindung** zu beachten. Diese Grenze ist grundsätzlich geeignet, eine Datenerhebung auf Vorrat zu vermeiden.

Das Problem beim betrieblichen Eingliederungsmanagement ist jedoch, dass man vor der gesamten Erfassung des Sachverhalts oft nicht sagen kann, was man an Informationen benötigt, um die Sachlage richtig einzuschätzen. Dies wird oft erst in der Rückschau deutlich. Natürlich ist es auch dann noch möglich, erfasste Daten, die in der Rückschau betrachtet, unnötig erhoben wurden, wieder zu löschen. Zu beachten ist aber, dass Papier vernichtet und gespeicherte Daten gelöscht werden können, aber die Speicherung solcher Daten im Gehirn des Menschen sich nicht rückgängig machen lässt. Wenn also ein Arbeitgeber im Rahmen eines solchen betrieblichen Eingliederungsmanagements Informationen erhalten hat, die in einem späteren Kündigungsschutzverfahren zu Ungunsten des Arbeitnehmers vorgetragen werden können, so lässt sich hieran später nichts mehr ändern.

¹ http://www.innenministerium.baden-wuerttemberg.de/sixcms/media.php/1227/him_34.pdf

² Siehe FN 1

Um dies zu verhindern, baut unser Modell darauf auf, dass „sensible“ Daten ungefiltert nur eine Person kennt, die strafrechtliche Konsequenzen zu fürchten hat, wenn sie über diese Daten Auskünfte erteilt, und zudem den Umgang mit der Schweigepflicht gewohnt ist.

II. Was sind „sensible“ Daten?

Aus dem zuvor Gesagten ergeben sich drei Fragen, die nachfolgend in einer Übersicht miteinander verknüpft werden:

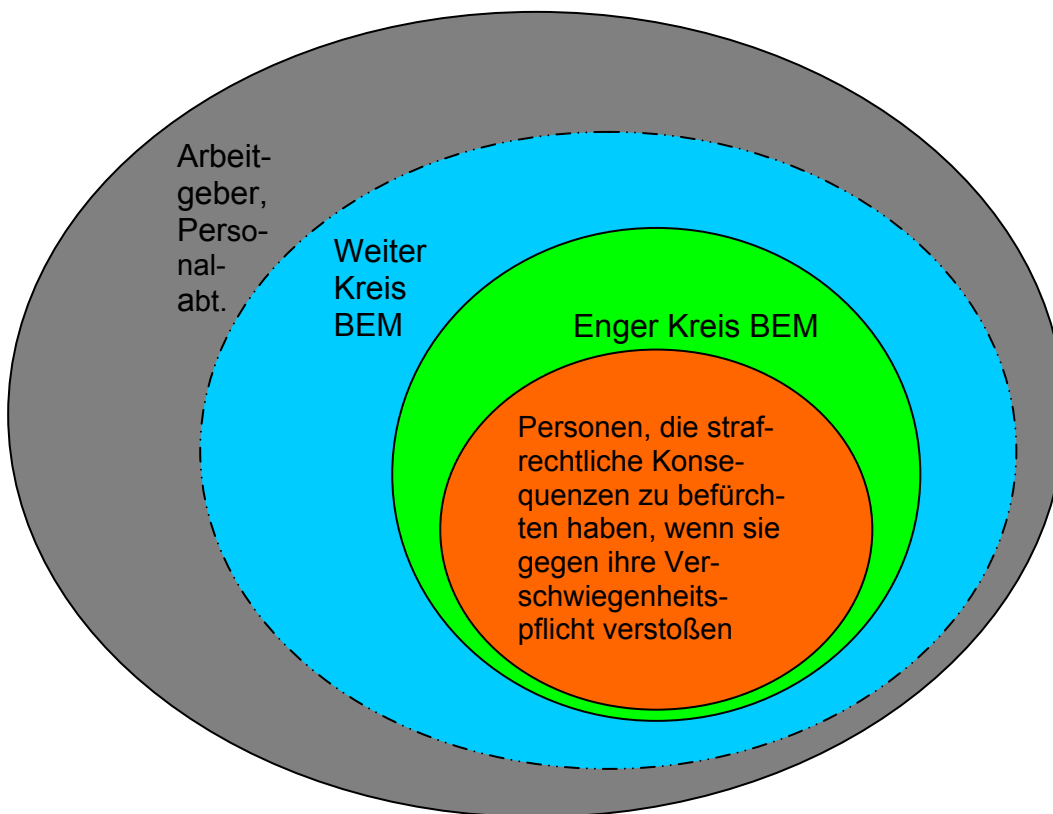
1. Welcher Personenkreis hat strafrechtliche Konsequenzen zu befürchten, wenn er gegen die ihm auferlegte Verschwiegenheitspflicht verstößt?
2. Was sind sensible Daten?
3. Wie erfolgt die Filterung?

Personenkreis	Daten, die ihm typischer Weise im Rahmen seiner Aufgabe zur Kenntnis gelangen
Rechtsanwalt, strafrechtliche Sanktion nach § 203 StGB	Gesundheitliche Situation in Sozialversicherungsangelegenheiten, finanzielle Situation in Prozesskostenhilfesachen, Streitigkeiten mit Arbeitgebern in Arbeitsrechtssachen, persönliche Familienverhältnisse in Erbschafts- und Familienrechtsangelegenheiten
Arzt, strafrechtliche Sanktion nach § 203 StGB	Gesundheitliche Situation, persönliche Probleme auch aus dem Intimbereich, familiäre Situation, Probleme im Arbeitsbereich
Psychologe, strafrechtliche Sanktion nach § 203 StGB	Wie Arzt aber insbesondere auch psychische und seelische Probleme
Pfarrer, strafrechtliche Sanktion nach § 203 StGB	Wie Psychologe, aber auch über dritte Personen
Sozialarbeiter, strafrechtliche Sanktion nach § 203 StGB	Wie Pfarrer, aber auch von dritten Personen
Betriebsratsmitglied, strafrechtliche Sanktion nach § 120 BetrVG	Betriebs- und Personaldaten als auch u. U. persönliche Angelegenheiten der Mitarbeiter, die sich auf das Arbeitsverhältnis auswirken, Daten der sozialen Auswahl nach KSchG
Schwerbehindertenvertreter, strafrechtliche Sanktion nach §§ 96 Abs. 7, 155 SGB IX.	Behinderung, Krankheit, Leistungseinschränkungen

Wenn man sich nun vergegenwärtigt, welche Daten die Professionen zum Gegenstand ihrer Tätigkeit haben, denen strafrechtliche Sanktionen drohen, so sind dies besonders sensible Daten. Ihrer Vertraulichkeit wegen wird die Preisgabe unter Strafe gestellt. **Diese Daten werden von uns als die „sensiblen“ Daten bezeichnet.**

Was dann an andere Personen im Betrieb zur Planung und Durchführung des BEM weitergegeben werden kann, soweit eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt, ist abhängig davon, was weitergegeben werden muss, um ein BEM zu ermöglichen (Erforderlichkeit). Die Beurteilung obliegt der weitergebenden Person. Die Einzelheiten ergeben sich aus der nachfolgenden Skizze mit Erläuterungen.

III. Datenfluss- und -schutzkreis BEM nach Dalitz



Von wem dürfen welche Daten erhoben werden bzw. wohin darf was weitergegeben werden, wenn entsprechende Einwilligung des betroffenen Arbeitnehmers vorliegt?

Ebene	Personenkreis	Daten
1 Ebene	Personen, die strafrechtliche Konsequenzen zu befürchten haben, wenn sie gegen ihre Verschwiegenheitspflicht verstoßen, siehe § 203 StGB, § 120 BetrVG, §§ 96 Abs. 7, 155 SGB IX.	Alle Daten einschließlich aller sensibler Daten
2 Ebene	Personen die zum engen Kreis BEM gehören	Alle Daten einschließlich sensibler Daten, soweit sie für die Durchführung des BEM erforderlich sind. Beurteilung erfolgt durch Personen der Ebene 1.
3 Ebene	Weiterer Kreis BEM ³	Daten, die für die Durchführung des BEM erforderlich sind, ohne sensible Daten
4 Ebene	Personalabteilung und Arbeitgeber	a) dass BEM stattgefunden hat und wann, b) wer am BEM teilgenommen hat c) die empfohlenen Maßnahmen, soweit eine Mitwirkung des Arbeitgebers bzw. der Personalabteilung erforderlich ist

³ Es hängt von der Größe und Struktur des Unternehmens ab, ob es die 3. Ebene überhaupt gibt.

Wodurch zeichnet sich eine Hilfsperson nach § 203 Abs. III StGB aus?

Eine Hilfsperson nach § 203 Abs. III StGB zeichnet sich dadurch aus, dass sie **innerhalb des beruflichen Wirkungsbereichs eines Schweigepflichtigen nach § 203 Abs. 1 StGB eine auf dessen berufliche Tätigkeit bezogene unterstützende Tätigkeit ausübt**, welche die Kenntnis der fremden Geheimnisse mit sich bringt oder ohne Überwindung besonderer Hindernisse ermöglicht.⁴

Dürfen Arbeitgebervertreter zum „engen Kreis des BEM“ zählen?

Ja, soweit sie neben der üblichen Schweigepflicht gegenüber jedem Dritten, auch dazu verpflichtet werden, ihrem Arbeitgeber und der Personalabteilung gegenüber die Auskunft zu verweigern.

IV. Wie kann ein BEM, orientiert an der obigen Struktur, ablaufen?

Verschiedene Versionen sind denkbar. Wir stellen nachfolgend Varianten dar:

Personalabteilung identifiziert Mitarbeiter, die für BEM in Betracht kommen. Dies sind nach § 84 Abs. 2 SGB IX alle Mitarbeiter, die mehr als 42 Tage in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig erkrankt waren.

Personalabteilung schreibt Mitarbeiter an und bittet um Rückmeldung bei „Ansprechperson“, die mit der Wahrnehmung des ersten Kontakts bezogen auf BEM beauftragt ist, falls ein erstes Informationsgespräch gewünscht wird.

Personalabteilung gibt „Ansprechperson“ Namen und private Telefonnummer der identifizierten Mitarbeiter bekannt, damit mit diesen Kontakt aufgenommen werden kann und nach dem Interesse für ein erstes Informationsgespräch nachgefragt und ein Termin hierfür vereinbart werden kann.

„Ansprechperson“ gehört nicht zum Personenkreis von § 203 StGB

Die Ansprechperson ist in diesem Fall **nur für die Einleitung** aber nicht für die Durchführung eines BEM verantwortlich. Sie führt ein erstes Informationsgespräch und erläutert allgemein Sinn, Zweck und Ablauf eines BEM. Zudem holt sie folgende Einwilligungen ein:

- a) zur Einleitung eines BEM und
- b) zur Weitergabe von Name und Telefonnummer an weiteren Bearbeiter BEM (z. B. Betriebsarzt, Schwerbehindertenvertreter)

„Ansprechperson“ gehört zum Personenkreis von § 203 StGB

Nach Information bzgl. Sinn, Zweck und Ablauf des BEM, wird die Einwilligung zur Einleitung eines BEM eingeholt und können dann u.U. direkt die ersten Daten zur Durchführung eines BEM erhoben werden.

⁴ Schönke-Schröder-Lenckner, 26. Auflage, § 203 RN 64

Zu beachten ist allerdings:

Auch bei Einwilligung zum BEM gilt für jede Erhebung, Speicherung und Weiterleitung: Nichts ist erlaubt ohne die Einwilligung des betroffenen Arbeitnehmers, es sei denn, es gibt eine Rechtsnorm, die die Datenerhebung, -speicherung oder -weiterleitung genehmigt.

§ 84 SGB IX legitimiert so z. B. die Daten des von der Personalabteilung identifizierten Mitarbeiters (Name und private Telefonnummer) an die mit der Kontaktaufnahme beauftragte „Ansprechperson“ weiterzuleiten.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag. Weitere Informationen finden Sie unter www.iqpr.de.

Anhang: § 203 StGB - Verletzung von Privatgeheimnissen

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. **Arzt**, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker **oder Angehörigen eines anderen Heilberufs**, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. **Berufspsychologen** mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
3. Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Rechtsanwalts-, Patentanwalts-, Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,
4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist.
- 4a. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
5. **staatlich anerkanntem Sozialarbeiter** oder **staatlich anerkanntem Sozialpädagogen** oder
6. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen Verrechnungsstelle

anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Amtsträger,
2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,
3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,
4. Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist, oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates,
5. öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, oder
6. Person, die auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Geheimhaltungspflicht bei der Durchführung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist,

anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfasst worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekannt gegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.

(3) Einem in Absatz 1 Nr. 3 genannten Rechtsanwalt stehen andere Mitglieder einer Rechtsanwaltskammer gleich. **Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind.** Den in Absatz 1 und den in Satz 1 und 2 Genannten steht nach dem Tod des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlass erlangt hat.

(4) Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.

(5) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.

Diskussionsforum Teilhabe und Prävention

Herausgegeben von:

Dr. Alexander Gagel & Dr. Hans-Martin Schian

in Kooperation mit:

Prof. Dr. Wolfhard Kohte

Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg

Prof. Dr. Ulrich Preis

Institut für Deutsches und
Europäisches Sozialrecht,
Universität zu Köln

Prof. Dr. Felix Welti

Hochschule Neubrandenburg

Januar 2008

Forum B

Schwerbehindertenrecht und betriebliches Gesundheitsmanagement
– Diskussionsbeitrag Nr. 1/2008 –

Die Mitwirkungspflicht des Arbeitnehmers bei Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX

von Sven Wolf

*(wiss. Mitarbeiter am Institut für deutsches und europäisches Arbeits- und Sozialrecht der
Universität zu Köln, Prof. Dr. Preis)*

Nachdem das Bundesarbeitsgericht entschieden hat, dass das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX auch Bedeutung für krankheitsbedingte Kündigungen haben kann (Urteil vom 12.07.2007 - 2 AZR 716/06 -), stellen sich nun bislang im Hintergrund gebliebene Rechtsfragen mit neuer Dringlichkeit.

So wird mitunter in der Praxis geltend gemacht, einer solchermaßen relevanten Arbeitgeberpflicht wie dem BEM müsse gewissermaßen als Spiegelbild auch eine entsprechende **Mitwirkungspflicht** der Beschäftigten zur Seite gestellt sein. Und obwohl der Wortlaut des § 84 Abs. 2 SGB IX klar dagegen spricht, finden sich ähnliche Ansätze überraschenderweise sogar vereinzelt in der Literatur. Mit der Frage nach einer Mitwirkungspflicht verknüpft ist auch das ebenfalls in der Praxis intensiv diskutierte Thema Datenschutz. Es besteht also Anlass, sich mit diesen Komplexen genauer zu befassen.

Im vorliegenden Beitrag stellt Sven Wolf überzeugend klar, dass den/die Beschäftigte/n **keine Pflicht zur Mitwirkung am BEM** trifft.

Da dieser Fragenkreis für die praktische Umsetzung des BEM besonders entscheidend ist, möchten wir Sie, verehrte Leserinnen und Leser hiermit noch einmal besonders einladen, sich an der Diskussion durch eigene Rückmeldungen und Stellungnahmen zum Thema Mitwirkungspflicht zu beteiligen. So lassen sich etwaige Zweifel sicher nachhaltig ausräumen.

Dr. Alexander Gagel

Marcus Schian

Dr. Hans-Martin Schian

Wir möchten Sie auch auf die Sammlung aller bisher erschienenen Diskussionsbeiträge im Internet unter www.iqpr.de aufmerksam machen und Sie herzlich einladen sich an der Diskussion durch eigene Beiträge und Stellungnahmen zu beteiligen.

I. Kernaussagen des Aufsatzes:

1. **Wortlaut und Gesetzeszweck sehen keine Mitwirkungsverpflichtung des Arbeitnehmers bei Durchführung des BEM vor. Auch aus der Gesetzesbegründung ergibt sich, dass eine Mitwirkungspflicht des Beschäftigten nicht gewollt ist.**
2. **Gegenüber seinem Arbeitgeber kann eine Offenbarungsverpflichtung des Arbeitnehmers auch nicht aus einer Zusammenschau gerichtlicher Entscheidungen, die eine derartige im Einzelfall bejaht haben, angenommen werden.**
3. **Auch aus der Fürsorgebeziehung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber kann sich keine Mitwirkungspflicht im BEM für den Beschäftigten ergeben. Die Fürsorgepflichten erwachsen hauptsächlich aus dem Grundsatz von Treu und Glauben und können, insbesondere nach der grundrechtsbezogenen Interessenabwägung zur Auskunftspflicht über die Erkrankung, keinen Mitwirkungszwang zu Lasten des Beschäftigten statuieren.**
4. **Insgesamt ist der Beschäftigte zwar nicht verpflichtet, bei BEM mitzuwirken. Ihm kann zu einer verweigernden Haltung in dieser Präventionsphase aber nicht geraten werden, weil er dadurch eigene Interessen betreffend seine Weiterbeschäftigung gefährden kann.**

II. Problemaufriss

Mit dem Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23. April 2004 (BGBl. I 2004, S. 606) hat der Gesetzgeber die normative Grundlage für das **betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM)** letztmalig modifiziert, so dass sich der Anwendungsbereich nach nunmehr h.M. **auf alle Beschäftigten erstreckt** (LAG Niedersachsen, Urteil v. 29.3.2005 – 1 Sa 1429/04, BB 2005, 1682, 1684; *Kossens/von der Heide/Maaß*, § 84 SGB IX, Rn. 11 m.w.N.). Nach der aktuellen Fassung des § 84 Abs. 2 SGB IX klärt der Arbeitgeber bei einer länger als sechs Wochen andauernden Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93 SGB IX, ggfs. zudem mit der Schwerbehindertenvertretung, wie die Arbeitsunfähigkeit überwunden werden kann. Hierzu bedarf es der Zustimmung und Beteiligung des betroffenen Arbeitnehmers. Inzwischen haben viele Arbeitgeber von dem Instrument Gebrauch gemacht und ein BEM in ihren Betrieben eingerichtet. Dies ist ohne Zweifel im Sinne des Gesetzgebers und zum Wohle der Arbeitnehmer, weil schon im Ausgangspunkt bei möglichen Spannungen im Beschäftigungsverhältnis nach Lösungsmöglichkeiten gesucht werden soll. Richtigerweise ist das **BEM deshalb die „Phase aktiven Handelns zur Sicherung des Arbeitsplatzes“** (*Gagel*, NZA 2004, 1359, 1362). Was **soll nun geschehen, wenn sich der erkrankte Mitarbeiter aus welchen Gründen auch immer dem aktiven Handeln verschließt?** Unstreitig ist, dass es sich für ihn nachteilig auswirken kann, wenn er die ausgestreckte Hand des Arbeitgebers zur höchst individuellen Problemlösung ausschlägt. **Schreibt § 84 Abs. 2 SGB IX aber aus diesem Grund eine Mitwirkungspflicht des Arbeitnehmers bei den Gesprächen im BEM vor, der er sich nicht entziehen darf?** Ergibt sich dies schon aus dem **Gesetzeswortlaut, Normzweck** oder erst aus einer **Zusammenschau anderer Pflichten des Arbeitnehmers im Beschäftigungsverhältnis?** Dieser Frage soll im vorliegenden Beitrag nachgegangen werden.

III. Gesetzeswortlaut und Gesetzesbegründung

Dem reinen **Wortlaut des § 84 Abs. 2 SGB IX lässt sich eine Mitwirkungspflicht des Arbeitnehmers an dem BEM nicht entnehmen**. Es fehlt schlicht die Formulierung, die ihm ein entsprechendes Verhalten vorschreiben würde. Die **Pflicht zur Beteiligung im BEM ist einseitig zu Lasten des Arbeitgebers ausgestaltet** („klärt der Arbeitgeber“). Für den Arbeitnehmer finden sich lediglich eine Beteiligungsberechtigung und ein mehrdeutig zu verstehendes Zustimmungsbedürfnis, dass mehrheitlich auf die Einbindung der Interessenvertretung bezogen wird (*Hauck/Noftz/Schröder*, K § 84, Rn. 10; *Kossens/von der Heide/Maaß*, § 84, Rn. 14). Der Wortlaut schweigt also zur Frage einer Mitwirkungspflicht des Beschäftigten, weshalb sich nach dem Grundsatz vom Vorbehalt des Gesetzes keine für ihn nachteiligen Folgen ableiten lassen dürfen. Dieser Ausgangspunkt wird auch durch die **Gesetzesbegründung** gestützt, wonach § 84 Abs. 2 SGB IX „der Gesundheitsprävention am Arbeitsplatz dadurch einen stärkeren Stellenwert verschafft, dass die Akteure unter Mitwirkung des Betroffenen zur Klärung der zu treffenden Maßnahmen verpflichtet werden“ (BT-Drs. 15/1783, S. 16). Deutlich wird, dass der **Gesetzgeber zwischen dem erkrankten Mitarbeiter** („der Betroffene“) **und dem Arbeitgeber** und anderen Stellen, wie der Interessenvertretung, Betriebsärzten, etc. („andere Akteure“), **trennt**. Verpflichtet wird indessen nur der letztgenannte Adressatenkreis. Auch mit dem Hintergrund der Gesetzesbegründung lässt sich also jedenfalls aus § 84 Abs. 2 SGB IX **eine Mitwirkungspflicht des erkrankten Arbeitnehmers nicht ableiten** (im Ergebnis ebenso: v. *Hoyningen-Huene/Linck*, KSchG, 14. Aufl., § 1, Rn. 342).

IV. Mitwirkungszwang des Beschäftigten aus arbeitsrechtlichen Rechtsprechungsgrundsätzen zur Offenbarungspflicht bei Erkrankungen

Es könnte sich allerdings mit Blick auf die arbeitsrechtliche **Beziehung zwischen Arbeitgeber und Beschäftigten** eine Mitwirkungspflicht zum BEM ergeben, wenn das abgeforderte Verhalten zum Gespräch entsprechend § 84 Abs. 2 SGB IX inhaltsgleich mit anderen Offenbarungspflichten des Arbeitnehmers im Krankheitsfall wäre. Denn Hauptkritikpunkt gegen eine Mitwirkungsverpflichtung ist, dass dem **Betroffenen von Sinn und Zweck des Gespräches kein Ausweg bleiben wird, über Details seiner Erkrankung Auskunft erteilen zu müssen**. Nur wenn Krankheitsgründe, prognostizierter Heilungsverlauf und Rehabilitationsmöglichkeiten erörtert werden, kann das BEM überhaupt wirken. Einen **allgemeinen Zwang, dem Arbeitgeber diese mitunter privaten Fakten zu offenbaren, gibt es allerdings nicht**. Hier ist jedoch zu unterscheiden, ob es die Durchführung des BEM ermöglicht, dass der Arbeitnehmer **ohne Beteiligung des Arbeitgebers ein Gespräch** über seine Krankheit **mit einem Dritten**, beispielsweise dem Betriebsarzt oder der Schwerbehindertenvertretung führen kann. Solange dieser **Dritte gegenüber dem Arbeitgeber nur das Gesprächsergebnis über Veränderung am Arbeitsplatz mitteilt, und die Geheimhaltung der persönlichkeitsensiblen Krankheitsdetails wahrt**, können nachfolgende Bedenken entkräftet werden.

Denn generell muss der Arbeitnehmer seinem Arbeitgeber gegenüber Krankheitsursachen nicht mitteilen, weil dies seinem **grundrechtlich geschützten Recht auf informationelle Selbstbestimmung widerspricht**. Hierzu hat die Rechtsprechung den mittlerweile gefestigten Grundsatz entwickelt, dass die kollidierenden Interessen des Arbeitnehmers, Krankheitsexistenz und weitere Details nicht publik zu machen, höher zu bewerten sind, als

die Interessen des Arbeitgebers an der Informationsgewinnung hierüber. Für die Offenbarungspflicht betreffend die Krankheit ist „zu berücksichtigen, dass sich bei Abschluss eines Arbeitsvertrages Grundrechte des Arbeitgebers nach Artikel 2, 12, 14 GG und des Arbeitnehmers nach Art. 1, 2, 12 GG gegenüberstehen, die zu einer Begrenzung des Informationsrechtes des Arbeitgebers durch das Recht des Bewerbers führen. Der Arbeitnehmer ist **nur dann zur Aufklärung verpflichtet, wenn die zu offenbarende Tatsache für ihn in einem erkennbaren Zusammenhang mit der in Aussicht genommenen Beschäftigung steht**, sie objektiv geeignet ist, das für den Arbeitgeber in dem Arbeitsverhältnis liegende Risiko zu erhöhen und sein Leistungs- und Integritätsinteresse zu beeinträchtigen und die **Offenbarung nicht unverhältnismäßig in das Persönlichkeitsrecht des Arbeitnehmers eingreift**“ (vgl. BAG, Urteil v. 14.07.2005 - 8 AZR 300/04, NZA 2005, 1298; Urteil v. 21.02.1991 - 2 AZR 449/90, NZA 1991, 719; LAG Hamm, Urteil v. 9.11.2006 – 17 Sa 172/06; Erfurter Kommentar/Preis, BGB, § 611 Rdn. 353). Im Grundsatz ist also festzuhalten, dass gerade wegen der grundrechtlichen Interessenkollision **keine Offenbarungs- oder Aufklärungspflicht des Arbeitnehmers gegenüber seinem Arbeitgeber besteht**.

Wegen der Besonderheit der arbeitsrechtlichen Vertragsbeziehung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber ist nun **für spezielle Fälle** höchstgerichtlich geklärt, dass **eine Offenbarungspflicht des Arbeitnehmers über seine Krankheit durchaus bestehen kann**. Ob hieraus aber eine allumfassende und inhaltsgleiche Mitwirkungspflicht nach § 84 Abs. 2 SGB IX gelesen werden kann, wie dies vorgeschlagen wird (*Wetzling/Habel*, NZA 2007, 1129, 1135), ist sehr zweifelhaft. Denn so ist es zwar beispielsweise anerkannt, dass der Arbeitnehmer seinen Gesundheitszustand mitzuteilen verpflichtet ist, wenn er möglicherweise an einer ansteckenden Krankheit leidet, die der Durchführung des Arbeitsverhältnisses rechtlich oder tatsächlich entgegensteht (vgl. Hessisches LAG, Urteil v. 13.10.1972 - 5 Sa 406/72, DB 1972, 2359). Diese und andere Ausnahmen für eine Auskunftspflicht zeigen aber, welche strengen Anforderungen die Rechtsprechung stellt. In dem Fall einer ansteckenden Krankheit etwa kollidieren nämlich weitere Grundrechte Dritter (andere Mitarbeiter oder Geschäftspartner des Arbeitgebers) mit dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung, sodass die endgültige Bewertung dann anders auszufallen hat (grundlegend dazu BAG, Urteil v. 7.6.1984 – 2 AZR 270/83, DB 1984, 2706 = NZA 1985, 57). Es wird in den Urteilen, die ausnahmsweise eine Auskunftsverpflichtung des Beschäftigten über seine Krankheit in bestimmten Fällen bejahen, deutlich, dass es der Rechtsprechung angesichts der im Raume stehenden Grundrechtspositionen nicht leicht fällt, dem Arbeitnehmer sein Interesse an Verschwiegenheit ausnahmsweise abzusprechen (LAG Hamm, Urteil v. 9.11.2006 – 17 Sa 172/06, Rn. 69ff.). **Dem widerspricht es, aus dem Katalog an Ausnahmen zur Offenbarungspflicht nun für § 84 Abs. 2 SGB IX in einer Zusammenschau die allgemeine Pflicht zur Auskunft über die Erkrankung gegenüber dem Arbeitgeber abzuleiten**. Dies hieße, die Ausnahme zur Regel zu machen, indem die höchstrichterlich angestellten Abwägungen kollidierender Grundrechte unterlaufen werden und den **speziellen anerkannten Fällen ihr Ausnahmecharakter abgesprochen wird**.

Argumentativ lässt sich also aus der Zusammenschau vieler Einzelfälle, in denen ausnahmsweise die Auskunftsverpflichtung bejaht worden ist, keine derartige in einem direkten Gespräch mit dem Arbeitgeber für das BEM festschreiben. Einen **Lösungsansatz für die Interessenkollision** kann man bei Einbindung von oben genannten Dritten in einer **Gesprächsabschichtung** finden. Denn im Verhältnis zu diesen Dritten, insbesondere zum Betriebsarzt, kann die Konfliktsituation entschärft werden, wenn diese Person später

gegenüber dem Arbeitgeber Krankheitsmodalitäten in seiner Berichterstattung nicht erwähnt. Durch die Abschichtung eines Teilgesprächs ohne den Arbeitgeber, dem der Dritte dann unter Beachtung obiger Grundsätze ausschließlich präventionsgeeignete Ergebnisse mitteilt, kann das Geheimhaltungsinteresse des Arbeitnehmers und das Betriebsinteresse des Arbeitgebers berücksichtigt werden.

V. Mitwirkungsverpflichtung aus dem Fürsorgeverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer

Schließlich lässt sich andenken, ob die Mitwirkungspflicht des erkrankten Beschäftigten beim BEM aus dem **Fürsorgeverhältnis zu seinem Arbeitgeber** an sich erwachsen könnte. Unstreitig trifft den Arbeitnehmer eine Anzahl von Treuepflichten im Arbeitsverhältnis, die, sollten sie nicht qua expressis verbis legis aufgeführt sein, jedenfalls aus § 242 BGB abgeleitet werden (*Gagel*, NZA 2004, 1359, 1361). Man könnte nun argumentieren, der Beschäftigte müsse im BEM mitwirken, weil ihn eine **Schadensminderungspflicht** treffe. Denn der Betrieb erleide durch die dauerhafte Erkrankung einen solchen Verlust an Arbeitskapazität, dass der Arbeitnehmer mit zur Beseitigung der Arbeitshinderung heranzuziehen sei (*Wetzling/Habel*, NZA 2007, 1129, 1130). Diese Argumentationsfolge begegnet schon im Ansatz tiefgreifenden Bedenken, weil sie über die Problematik der Abwägung zwischen den grundrechtsgeschützten, kollidierenden Interessen auf beiden Seiten hinwegsieht. Die aufwendig begründeten Ausnahmen zum grundsätzlichen Recht des Arbeitnehmers, keine Aufklärung über seine Krankheit zu betreiben, wären hinfällig, wenn man die Auskunftspflicht mit dem ungeschriebenen Hinweis auf nicht klar umrissene Treuepflichten statuiert. Das **Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung kann nicht durch nebulöse Nebenpflichten des Arbeitsverhältnisses pauschal und umfassend außer Kraft gesetzt werden**. Deshalb eignet sich auch dieser Denkansatz nicht, eine Mitwirkungsverpflichtung des Beschäftigten beim BEM zu begründen.

VI. Zusammenfassung

Insgesamt besteht damit keine **Verpflichtung des Arbeitnehmers, an einem BEM mitzuwirken**. Verhält er sich rein passiv, kann er gute Gründe dafür haben, keine Auskunft über seine Erkrankung erteilen zu wollen. Die **gefestigte Rechtsprechung verneint eine generelle Auskunftspflicht gegenüber seinem Arbeitgeber mit Verweis auf die informationelle Selbstbestimmung** des Beschäftigten, die nur im Ausnahmefall hinter anderen Interessen, insbesondere von Dritten im Falle ansteckender Krankheiten, zurückzutreten hat. Diese Maßstäbe lassen sich auf die Mitwirkung beim BEM übertragen. Verschließt sich der Arbeitnehmer also vollständig der Mitwirkung, muss dies, nicht zuletzt mangels gesetzlich vorgesehener Sanktionen, ungeahndet bleiben.

Aus diesem Fazit sind aber **keine falschen Schlüsse** zu ziehen. Denn der Arbeitnehmer kann sich durchaus **selbst schaden, wenn er sich jeglicher Beteiligung verschließt**. Richtig ist, dass er dann selbst eine unglückliche Entwicklung hervorrufen kann, wenn er mangels Auskunft Spekulationen beim Arbeitgeber über seine weiteren Einsatzmöglichkeiten am Arbeitsplatz Vorschub leistet. Eine Verpflichtung zur Offenbarung begründet alles dies aber nicht. *Gagel* ist darin zuzustimmen, dass Denkansätze einer Pflicht sogar kontraproduktiv für das Vertrauensklima im BEM wären, welches den Arbeitnehmer ermutigen soll, die Zeit der Arbeitsunfähigkeit aktiv für eine Beseitigung der Ursachen der

Arbeitsunfähigkeit und die Sicherung des Arbeitsplatzes zu nutzen (*Gagel*, NZA 2004, 1359, 1362). Durchaus kann sich der pauschal Verweigernde auch **in eigener Person benachteiligen, doch ist dies das Ergebnis einer persönlichen Abwägung**, ob er sich mitteilen möchte. Ob es sich mit diesem Ansatz bei der Mitwirkung im BEM um eine **Obliegenheit** des Arbeitnehmers handelt, bleibt einer späteren Klärung durch einen eigenen Beitrag in diesem Forum vorbehalten.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

Tel: 0561-4001128
Fax: 0561-4001128
e-mail: dralexander.gagel@arcor.de

0221-3597-550
0221-3597-555
schian@iqpr.de

AZ 10-08-02-04
Dezember 2005

Forum B

Schwerbehindertenrecht und Fragen des betrieblichen Gesundheitsmanagements
– Diskussionsbeitrag Nr. 9/2005 –

Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (§ 74 SGB V / § 28 SGB IX)

Verschiedene arbeitsgerichtliche Urteile der letzten Zeit lassen erkennen, dass noch immer große Unsicherheit über die in § 74 SGB V und § 28 SGB IX geregelte stufenweise Wiedereingliederung von arbeitsunfähigen Arbeitnehmern besteht. Wir wollen deshalb versuchen einige Missverständnisse aufzuzeigen, die sich größtenteils aus einer frühen noch nicht völlig ausgereiften Rechtsprechung des BAG ergeben.

Unsere Thesen:

- 1. Stufenweise Wiedereingliederung ist ein Rechtsverhältnis eigener Art.**
- 2. Anforderungen und Pflichten im Verhältnis Arbeitgeber/Arbeitnehmer sind nur geringfügig vorgegeben; sie ergeben sich im Übrigen aus einem zwischen den Partnern des bestehenden Arbeitsverhältnisses abzuschließenden Vertrag.**
- 3. Dies eröffnet die Möglichkeit, die Gestaltung flexibel den medizinischen Vorgaben, den Bedürfnissen und Wünschen des Arbeitnehmers und der Zumutbarkeit für den Arbeitgeber anzupassen.**
- 4. Im Zweifel ist im Rahmen der ärztlichen Feststellung eine reale Leistung im Betrieb nach den Weisungen des Arbeitgebers zu erbringen.**
- 5. Die Arbeiten sind lediglich, wo notwendig, ärztlichen Feststellungen anzupassen oder abzurechnen.**
- 6. Arbeitgeber sind verpflichtet, im Rahmen des ihnen Zumutbaren ihren Arbeitnehmern die Gelegenheit zur Wiedererlangung der Arbeitskraft durch stufenweise Wiedereingliederung zu ermöglichen.**

Dr. Alexander Gagel
Dr. Hans-Martin Schian
Sabine Dalitz
Marcus Schian

Wir möchten Sie auch auf die Sammlung aller bisher erschienenen Diskussionsbeiträge im Internet unter www.iqpr.de aufmerksam machen und Sie herzlich einladen sich an der Diskussion durch eigene Beiträge und Stellungnahmen zu beteiligen.

1. Das Modell

§ 28 SGB IX zeichnet (ebenso wie zuvor schon § 74 SGB V) ein Modell zur Wiedereingliederung Arbeitsunfähiger in das Erwerbsleben. Durch **frühzeitige Rückkehr in das Arbeitsleben** soll die Wiedererlangung der Leistungsfähigkeit gefördert und Arbeitsentwöhnung verhindert werden.

Das Modell knüpft an an der **bisherigen arbeitsvertraglichen Tätigkeit**. Ausgangspunkt ist eine ärztliche Feststellung, dass der Arbeitnehmer seinen Arbeitsvertrag teilweise erfüllen könnte (§ 74 SGB V). Ist dies der Fall, so soll er zunächst **im Rahmen dieser „Teilleistungsfähigkeit“ beschäftigt** werden, wenn zu erwarten ist, dass er auf diese Weise voraussichtlich besser in das Erwerbsleben eingegliedert werden kann. Bessert sich sein Zustand, so soll der Umfang der Aufgaben erweitert werden bis hin zur Fortsetzung der arbeitsvertraglichen Tätigkeit.

Adressaten der gesetzlichen Regelung sind dem Wortlaut nach nicht die Arbeitgeber sondern die **Sozialleistungsträger**. Sie sollen die Durchführung solcher Modelle durch ihre Sozialleistungen ermöglichen. Das gilt vor allem für die **Zahlung von Krankengeld¹** während dieser Zeit. Die Umsetzung erfordert aber eine besondere Vereinbarung mit dem Arbeitgeber für die lediglich die Vorgaben „Teilleistungsfähigkeit“ und Ausrichtung auf Besserung der Erwerbsfähigkeit bestehen. Weitere Einzelheiten müssen in diesem Vertrag fallangepasst geregelt werden. Hier ergeben sich **flexible Gestaltungsmöglichkeiten**.

An den gesetzlichen Vorgaben wird deutlich, dass nicht an eine Begründung von Arbeitsverhältnissen mit reduzierten Anforderungen gedacht ist, sondern an den Einsatz im Betrieb zu therapeutischen Zwecken, also an ein **sozialrechtliches Rechtsverhältnis** eigener Art. Ein Vergütungsanspruch des Arbeitnehmers ist nicht vorgesehen; sein laufender Lebensunterhalt wird durch Sozialleistungen oder anderweitig gesichert. Der Arbeitgeber eröffnet lediglich die Möglichkeit zu einer medizinischen Bedürfnissen angepassten Arbeit im Betrieb.

2. Anwendung arbeitsrechtlicher Regeln

Das **Fehlen arbeitsrechtlicher Begleitregelungen** hat leider zu einer frühen Rechtsprechung des **BAG** geführt, die **diesem Modell nicht gerecht** wird.

Richtig ist zwar, dass das Wiedereingliederungsverhältnis, obwohl es die Verrichtung von Arbeit zum Gegenstand hat, **kein Arbeitsverhältnis** ist. Deshalb geht auch der Hinweis ins Leere, dass der Arbeitgeber nicht verpflichtet sei, eine teilweise Erfüllung des Arbeitsvertrages entgegenzunehmen und der Arbeitnehmer nicht verpflichtet ist, eine solche zu erbringen. Diese Erkenntnis bezieht sich nur auf die Auswirkungen des wegen Arbeitsunfähigkeit ruhenden Arbeitsvertrages und nicht auf die Gestalt des neben den Arbeitsvertrag tretenden Wiedereingliederungsverhältnisses. **Es muss eigenständig begründet werden, welche Inhalte ein solches Wiedereingliederungsverhältnis hat und ob der Arbeitgeber verpflichtet ist, daran mitzuwirken.**

¹ Nr. 27 der AU-Richtlinien, BABl. 1991 Heft 11 SD 28, 30 (a.F.), nunmehr Nr. 2 der Anlage zu den AU-Richtlinien v. 1.12.2003 (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V), Bundesanzeiger Nr. 61, v. 27.3.2004, S. 6501.

Die Rechtsprechung des **BAG**² hat jedoch leider aus der zunächst bestehen Unsicherheit über diese neue Rechtsfigur heraus **bestimmte Gestaltungsformen als generellen Inhalt des Wiedereingliederungsverhältnisses festgeschrieben.**

Und zwar:

- Verpflichtungen zur Arbeitsleistung werden nicht begründet
- Dem Arbeitnehmer wird nur Gelegenheit gegeben, sich zu erproben
- Der Arbeitnehmer unterliegt nicht dem Weisungsrecht des Arbeitgebers in Bezug auf den Ort der Tätigkeit

Das BAG hat allerdings eingeräumt, dass auch im Wiedereingliederungsverhältnis **als Ausstrahlung des Arbeitsverhältnisses Nebenpflichten** ergeben können, wie Weisungsrechte, Fürsorgepflicht oder Treuepflicht³.

Wie diese Rechtsprechung in die Irre geführt hat, beweist ein neueres LAG-Urteil, in dem die Verpflichtung des Arbeitgebers zum Abschluss eines Wiedereingliederungsvertrages mit der Begründung verneint wurde, dass wegen des Erprobungscharakters, der fehlenden Arbeitspflicht und des nicht bestehenden Weisungsrechts der Einbau des Arbeitnehmers in einen Dienstplan nicht möglich sei⁴.

Dem Konzept des **BAG** wird hier die These entgegengesetzt, dass das **Wiedereingliederungsverhältnis grundsätzlich die reale Leistung von Arbeit durch Eingliederung in einen Betrieb zum Inhalt hat.** Bestimmt werden Rechte und Pflichten von Arbeitgeber und Arbeitnehmer in diesem Verhältnis **durch den Vertrag.** Der Inhalt wird allerdings teilweise vorgezeichnet durch die ärztliche Bescheinigung. Aus dem Vertrag ergibt sich in der Regel eine **Verpflichtung des Arbeitnehmers**, die ihm nach ärztlicher Feststellung noch möglichen und der Genesung dienlichen Arbeiten zu verrichten, weil anders der Wiedereingliederungszweck nicht erreicht werden kann. Grundsätzlich besteht auch ein **Weisungsrecht des Arbeitgebers** in diesem Rahmen, weil die zur Wiedereingliederung verrichtete Arbeit innerhalb des Betriebsgefüges erfolgt und in dieses integriert werden muss. Eingeschränkt werden diese Verpflichtungen nur wenn und soweit etwas anderes vereinbart wurde oder im Zuge der ärztlichen Überwachung Änderungen oder ein Abbruch gefordert werden.

Ansonsten ist das Wiedereingliederungsverhältnis aber völlig offen für angemessene Regelungen des Einzelfalles⁵. Auf diese Weise kann **flexibel** medizinisch zweckmäßigen **Modalitäten** ebenso Rechnung getragen werden wie den **Wünschen und Bedürfnissen** des Arbeitnehmers sowie der **Zumutbarkeit** für den Arbeitgeber. So kann z.B. ein Zuschuss zum Krankengeld vorgesehen werden, es können regelmäßige Ruhetage vereinbart werden oder Urlaub, es kann auch eine **Beschäftigung nur zur Erprobung** ins Auge gefasst werden, in der der Arbeitnehmer Art und Intensität der Arbeit selbst bestimmt. Unterstellt werden kann dies aber nicht ohne deutliche Anhaltspunkte für einen dahingehenden Parteiwillen.

² Urt. v. 29.1.1992 – 5 AZR 37/91 – BAGE 69, 272, 276f.; Urt. v. 28.7.1999 - 4 AZR 192/98 – BAGE 92, 140, 143; beide unter Bezugnahme auf v. *Hoyningen-Huene* NZS 1992, 49.

³ BAG 29.1.1992 a.a.O. S. 277.

⁴ LAG Mainz 4.3.2005 – 12 Sa 566/04.

⁵ Ziff. 2 der Anlage zu den AU-Richtlinien (Fn. 1).

3. Inhalt der ärztlichen Feststellung

Die in § 28 SGB IX / § 74 SGB V vorgesehene ärztliche Feststellung orientiert sich, wie auch sonst die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, am Inhalt des Arbeitsvertrages⁶. Sie setzt sich zusammen aus der Feststellung, dass der Arbeitnehmer (weiterhin) arbeitsunfähig ist, aus der weiteren Aussage, dass er seine arbeitsvertragliche Tätigkeit teilweise verrichten könnte und aus der Prognose, dass dadurch die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben gefördert wird.

a) Art und Umfang der Tätigkeit

Dazu müssen Art und Umfang der für möglich gehaltenen Teiltätigkeit beschrieben werden. Einschränkungen sind möglich nach Art, Dauer, zeitlicher Lage und Ort der Beschäftigung⁷.

Diese Begrenzungen müssen präzise aus der Bescheinigung hervorgehen oder anschließend abgestimmt werden. Dabei ist **nur das zu bescheinigen, was der Arbeitnehmer auch wirklich uneingeschränkt leisten kann**. Es geht grundsätzlich um die Ausübung einer Teiltätigkeit, nicht um eine Erprobungsphase. Erprobung kann zwar empfohlen und vereinbart werden, ist aber nach dem Gesetzeswortlaut nicht das originäre Ziel.

Da es sich um eine therapeutische Maßnahme handelt, muss auch klargestellt werden, in welcher Weise die Arbeit ärztlich zu überwachen ist, welche Gefährdungen zu beachten sind und wann ein Abbruch zu erfolgen hat⁸.

b) Die Prognose

Gefördert werden soll die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Es geht **nicht nur um die Wiedererlangung der vollen Erwerbsfähigkeit** im bisherigen Arbeitsverhältnis. Im Gesetz steht nicht, dass diese letzte Stufe erreichbar sein oder angestrebt werden muss. Auch die Befähigung zu einer nach Art, Dauer zeitlicher und räumlicher Lage veränderten Arbeitstätigkeit ist Eingliederung in das Erwerbsleben.

Diese Offenheit ist bedeutsam, wenn z.B. der bisherige Arbeitsplatz wegfällt oder der Arbeitnehmer anschließend eine Teilzeittätigkeit anstrebt oder von vorn herein nur eine Teilleistungsfähigkeit erreichbar erscheint. Letzteres ist besonders wichtig für schwerbehinderte Arbeitnehmer zur Vorbereitung einer Umsetzung auf der Basis von § 81 SGB IX.

3. Freiwilligkeit der Beschäftigung ?

Der Hinweis des BAG⁹, dass der Arbeitgeber nicht verpflichtet sei Teilleistungen entgegenzunehmen, schließt eine Verpflichtung zur stufenweisen Wiedereingliederung nicht aus, da es bei dieser Beschäftigung nicht um die Teilerfüllung des Arbeitsvertrages geht sondern um die Ableistung einer Arbeitsaufgabe zu therapeutischen Zwecken. Es geht vielmehr darum, **ob und unter welchen Voraussetzungen den Arbeitgeber eine Verpflichtung trifft, durch Abschluss eines Vertrages über eine stufenweise Wiedereingliederung an der Gesundheit seines Arbeitnehmers mitzuwirken**.

⁶ AU-Richtlinien § 2 Abs. 1.

⁷ AU-Richtlinien, Anlage Ziff. 2; ferner Wanner, DB 1992, 93, 94.

⁸ Ziff. 5 der Anlage zu den AU-Richtlinien.

⁹ A.a.O. BAGE 69, 272, 276f..

Zunächst einmal besteht insofern eine **Obliegenheit in Bezug auf krankheitsbedingte Kündigungen**. Wenn der Arbeitgeber eine ihm zumutbare Möglichkeit zur Sicherung der Weiterbeschäftigung nicht nutzt, scheitert er am ultima-ratio-Prinzip¹⁰.

Ferner ist hervorzuheben, dass sich die gesetzlichen Regelungen über die Verantwortung des Arbeitgebers für die Gesundheit der Arbeitnehmer inzwischen erheblich verändert haben. Mit der Verpflichtung des Arbeitgebers zur Durchführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements in **§ 84 Abs. 2 SGB IX** hat sich die Zeit der **Arbeitsunfähigkeit** von einer Phase des Ruhens der Arbeitsverhältnisse **gewandelt in eine aktive Phase, die geprägt ist von beiderseitigen Verpflichtungen an der Verkürzung und Beseitigung der Arbeitsunfähigkeit mitzuwirken**. Die Arbeitgeber werden verpflichtet bei längerer oder häufiger Arbeitsunfähigkeit ein Verfahren einzuleiten, in dem geprüft wird, wie die Arbeitsunfähigkeit beseitigt, verkürzt oder erneutes Auftreten vermieden werden kann¹¹. Das Auslassen dieses Verfahrens kann ebenfalls dazu führen, dass eine anschließende krankheitsbedingte Kündigung am ultima-ratio-Prinzip scheitert.

Mit diesen Erkenntnissen ist allerdings noch nicht beantwortet, ob der Arbeitgeber verpflichtet ist einer Beschäftigung zur Wiedereingliederung zuzustimmen. § 84 Abs. 2 SGB IX verpflichtet zur Durchführung eines Verfahrens, er regelt unmittelbar keine materiellen Verpflichtungen. Als Ansatzpunkt kommt aber insoweit die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers in Betracht. Das BAG¹² hat selbst angedeutet, dass eine solche **Verpflichtung aus Gründen der Fürsorgepflicht** bei „besonders schutzwürdigen Arbeitnehmern im Öffentlichen Dienst, z.B. bei Schwerbehinderten“ in Erwägung zu ziehen sei. Eine Beschränkung auf schwerbehinderte Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst lässt sich aber nicht halten. Immerhin ist damit der richtige Ort benannt an dem die Diskussion über eine Verpflichtung des Arbeitgebers anknüpfen muss.

Die Begründung einer Fürsorgepflicht ist nur über eine **Interessenabwägung** möglich.¹³ Im Vordergrund steht dabei, die **Gesundheit der Arbeitnehmer. Sie hat einen hohen Rang**. Der Arbeitgeber verfügt in Gestalt der **stufenweisen Wiedereingliederung** über ein Instrument, das in seiner Wirksamkeit **nicht durch andere Maßnahmen zu ersetzen** ist.

Die **Belastung des Arbeitgebers hält sich regelmäßig in Grenzen**; er hat sogar Vorteile. Arbeitsentgelt ist nicht zu zahlen, er erhält dennoch eine Arbeitsleistung. Es kann allerdings im Einzelfall mehr oder weniger organisatorische Schwierigkeiten geben. Es ist dann abzuwägen, ob diese dem Arbeitgeber zumutbar sind. Häufig kann diesen aber durch eine andere Gestaltung des Eingliederungsvertrages Rechnung getragen werden.

Eine **Verweigerung** zumutbarer Mitwirkung **widerspricht** im Hinblick auf diese Gegebenheiten regelmäßig **der Bedeutung der Gesundheit** im Arbeitsverhältnis. Man darf also im Hinblick auf die besondere **Bedeutung der Gesundheit** und auf die vom Gesetzgeber deutlich gemachte **Verantwortung des Arbeitgebers** einerseits sowie die meist geringe Belastung andererseits grundsätzlich als

¹⁰ Brose, DB 2005, 390, 391ff.; Gagel, NZA 2001, 988.

¹¹ dazu Gagel, NZA 2004, 1359.

¹² BAG 29.1.1992 a.a.O. S. 276; s. auch LAG Hamm 17.5.2001 – 8 (6) Sa 30/01.

¹³ Preis, Erfurter Kommentar, 5. Aufl. Rz. 761.

Bestandteil der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers die Verpflichtung ansehen, dem Arbeitnehmer die stufenweise Wiedereingliederung zu ermöglichen.

Sie widerspricht **auch dem neuen Verständnis der Arbeitsunfähigkeit als Zeit aktiver Interaktion und Intervention** mit dem Ziel der Gesunderhaltung, wie es in § 84 Abs. 2 SGB IX beschrieben wird (s. dazu Diskussionsbeitrag B2-2004 im Diskussionsforum des IQPR – www.iqpr.de -). Es erscheint gerechtfertigt aus diesem gesetzgeberischen Konzept die Folgerung zu ziehen, dass die neue Verantwortlichkeit des Arbeitgebers auch den Inhalt der Fürsorgepflicht gestaltet.

Besonders **bei behinderten Arbeitnehmern** drängt sich eine solche Verpflichtung auf. Hier ist zunächst einmal darauf hinzuweisen, dass nach Art. 5 der **Antidiskriminierungsrichtlinie** 2000/787EG¹⁴ die Weigerung, zumutbare sozialrechtliche Angebote, die die berufliche Tätigkeit ermöglichen sollen, anzunehmen und umzusetzen eine Diskriminierung darstellt. Diese Verpflichtung gestaltet auch die Fürsorgepflicht.

Bei **schwerbehinderten Arbeitnehmern** kommt die Verpflichtung des Arbeitgebers hinzu, ihnen zu ermöglichen ihre Kenntnisse und Fähigkeiten zu verwerten und weiter zu entwickeln (§ 81 Abs. 4 Satz 1 Ziff. 1 SGB IX); bei Gefährdung des Beschäftigungsverhältnisses hat er die Verpflichtung diese Schwierigkeiten zu beseitigen (§ 84 SGB IX). Hiermit wäre es nicht vereinbar, ihm das Recht einzuräumen, eine zumutbare Maßnahme zur Wiederherstellung der Gesundheit zu verweigern.

5. Andere Gestaltungsformen

Das gesetzlich vorgezeichnete Wiedereingliederungsmodell ist nicht die einzige Möglichkeit, die Leistungsfähigkeit des Arbeitsunfähigen durch Verrichtung von Arbeit zu verbessern.

Es kann neben dem bisherigen Arbeitsvertrag für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ein **weiterer Arbeitsvertrag** mit geringeren oder anderen Anforderungen abgeschlossen werden.¹⁵

Es kann ein **Eingliederungsvertrag** geschlossen werden, der sich nicht auf Teile der bisherigen Arbeitsaufgabe bezieht, sondern **auf gänzlich andere Beschäftigungen**.

Es können auch Eingliederungsverträge mit anderen Arbeitgebern für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden.

Zahlungen des Arbeitgebers im Zusammenhang mit einem Vertrag auf der Basis von § 28 SGB IX sind grundsätzlich als Zuschuss zum Krankengeld anzusehen und nicht als Arbeitsentgelt, da kein Arbeitsverhältnis vorliegt. Nach § 49 SGB V ist nur Arbeitsentgelt anzurechnen. Zuschüsse wirken sich nur dahin aus, dass dann, wenn sie zusammen mit dem Krankengeld das bisherige Nettoarbeitsentgelt übersteigen, der überschüssende Betrag auf das Krankengeld angerechnet wird.

Auch bei Zahlung von Übergangsgeld während der Wiedereingliederung (s. dazu Diskussionsbeitrag B6-2004 im Diskussionsforum des IQPR – www.iqpr.de -) erfolgt gemäß § 52 Abs.1 Nr. 1 SGB IX eine Deckelung; die Zuschüsse werden ebenfalls angerechnet, soweit sie zusammen mit dem Übergangsgeld das bisherige Nettoarbeitsentgelt übersteigen¹⁶.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

¹⁴ Richtlinie v. 27. 11. 2000, ABl. EG v. 2. 12. 2000 L 303/16.

¹⁵ *Gagel*, NZA 2001, 988, 989f. m. w. Nachw..

¹⁶ In den letzten beiden Absätzen des 5. Abschnitts erfolgte im Februar 2006 im Nachgang zur Stellungnahme Haines/Liebig zu diesem Beitrag eine Klarstellung).

Tel: 0561-4001128
Fax: 0561-4001128
e-mail: dralexander.gagel@arcor.de

0221-3597-550
0221-3597-555
schian@iqpr.de

AZ 10-02-08-02
Dezember 2004

Forum B

Schwerbehindertenrecht und Fragen des betrieblichen Gesundheitsmanagements
– Diskussionsbeitrag Nr. 6/2004 –

Stufenweise Wiedereingliederung - Voraussetzungen und Möglichkeiten -

Herr Ministerialdirektor Wilmerstadt hat in einem Vortrag auf der arbeitsmedizinischen Herbsttagung des Verbands Deutscher Betriebs- und Werksärzte am 22. Oktober 2004 u.a. noch einmal auf die Bedeutung der stufenweisen Wiedereingliederung nach § 28 SGB IX hingewiesen:

„Ein sehr gut geeignetes Instrument, um einen gleitenden Übergang von der medizinischen Behandlung zurück in das Arbeitsleben zu ermöglichen, ist die stufenweise Wiedereingliederung. Es wurde mittlerweile noch einmal gesetzlich klargestellt, dass die stufenweise Wiedereingliederung von allen Trägern medizinischer Rehabilitationsleistungen, auch von den Rentenversicherungsträgern, zu unterstützen ist.

Die Vorteile der stufenweisen Wiedereingliederung liegen auf der Hand. Sie erlaubt den Beschäftigten eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem Arbeitsplatz und mit den Arbeitskollegen, auch wenn eine volle Belastungsfähigkeit noch nicht gegeben ist; das hilft, Arbeitsentwöhnung zu vermeiden.

Das Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung kann dabei auch bereits bei kürzeren Arbeitsunfähigkeitszeiten zur Anwendung kommen, wenn dies im jeweiligen Fall angezeigt erscheint. Es ist ein Irrglaube, dass diese Maßnahme nur bei Langzeitkranken zum Einsatz kommen kann, und eigentlich weiß das jeder von uns aus eigenem Erleben. Denkbar ist auch, eine stufenweise Wiedereingliederung mit ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen zu kombinieren. Und sie ist auch geeignet,

wenn der Arbeitnehmer mit neuen technischen Hilfsmitteln an seinem Arbeitsplatz konfrontiert wird und hierfür eine Einarbeitungsphase benötigt.

Der große Vorteil der stufenweisen Wiedereingliederung ist ihre Flexibilität. Sie kann an die jeweiligen gesundheitlichen Fortschritte des Rehabilitanden angepasst werden.“

Wir nehmen diesen Vortrag zum Anlass, die sich aus § 28 SGB IX ergebenden Möglichkeiten im Einzelnen aufzuzeigen.

Wir kommen u.a. zu dem Ergebnis, dass der Arbeitgeber nunmehr aufgrund seiner Verpflichtung zu betrieblichem Eingliederungsmanagement in diesem Rahmen auch verpflichtet ist, die Voraussetzungen für eine stufenweise Wiedereingliederung zu schaffen, soweit dies ärztlich empfohlen wird und ihm zumutbar ist.

Dr. Alexander Gagel

Dr. Hans-Martin Schian

Sabine Dalitz

Marcus Schian

<p>Wir möchten Sie auch auf die Sammlung aller bisher erschienenen Diskussionsbeiträge im Internet unter www.iqpr.de aufmerksam machen und Sie herzlich einladen sich an der Diskussion durch eigene Beiträge und Stellungnahmen zu beteiligen.</p>
--

1. Aufforderungen an Träger und Arbeitgeber

Stufenweise Wiedereingliederung kommt in Betracht, wenn durch Teilerfüllung des Arbeitsvertrages die Wiederherstellung der Fähigkeit, die arbeitsvertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen, gefördert wird. Der Grundgedanke ist, die Arbeitsfähigkeit durch eine Beschäftigung wiederherzustellen, die auf therapeutische Ziele ausgerichtet ist. Es handelt sich nicht um ein Arbeitsverhältnis oder versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis, sondern um eine eigenständige Rechtsfigur¹. Entgeltansprüche bestehen nicht. Der Lebensunterhalt wird gesichert, indem Sozialleistungen, auf die ein Anspruch besteht, weitergezahlt werden. Man kann es auch so ausdrücken, dass die Zeit des Krankengeldbezuges oder anderweitigen Leistungsbezuges für aktive Wiedereingliederung in das Arbeitsleben genutzt wird.

Die Vorschrift richtet sich zunächst an die **Leistungsträger**; sie sollen ihre Leistungen auf dieses Ziel ausrichten, wenn sich Möglichkeiten zur stufenweisen Wiedereingliederung ergeben. Diese Verpflichtung bezieht sich nicht nur auf die eigenen Leistungen eines Trägers, sondern erstreckt sich auf Leistungen aller Träger; diese sollen **mit dem Ziel der Wiedereingliederung zusammenwirken** (s. dazu auch § 10 SGB IX).

Angesprochen ist aber auch der **Arbeitgeber**. Er hat **im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) auch dieses Instrument zu prüfen und die betrieblichen Voraussetzungen dafür zu schaffen**.

In der zurückliegenden Zeit wurde allerdings die Auffassung vertreten, dass der Arbeitgeber zur Mitwirkung nicht verpflichtet sei². Diese Auffassung war aber schon von Anfang an problematisch³. Nunmehr begründet die Verpflichtung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement auch die Verpflichtung alle zumutbaren betrieblichen Möglichkeiten zur Wiedereingliederung zu nutzen.

¹ BAG AP Nr. 1-3 zu § 74 SGB V.

² BAG AP Nr. 1-3 zu § 74 SGB V.

³ dazu Gagel, NZA 2001, 988, 989; Diskussionsforum des IQPR Info Nr. 1 und B1-2004 S. 5; abzurufen unter www.iqpr.de.

Hinzu kommt, dass nach Art. 5 Satz 3 der Richtlinie 2000/74/EG des Rates v. 27. 11. 2000 **unterlassene Nutzung** öffentlicher Hilfen als **Diskriminierung** anzusehen ist.

Fazit: Der Arbeitgeber ist verpflichtet, eine stufenweise Wiedereingliederung zu ermöglichen, soweit sie ärztlich empfohlen und ihm zumutbar ist.

2. Sicherung des Lebensunterhalts

In der **Krankenversicherung** wird der Lebensunterhalt während der stufenweisen Wiedereingliederung durch **Fortzahlung des Krankengeldes** gesichert (solange ein Anspruch besteht). Dasselbe gilt für Verletztengeld aus der Unfallversicherung und Versorgungskrankengeld im Entschädigungsrecht.

Völlig unbeeinflusst von Nebentätigkeiten ist auch die Rente aus der gesetzlichen **Unfallversicherung**.

In der **Rentenversicherung** werden **Berufsunfähigkeitsrenten** und **Erwerbsminderungsrenten** zunächst ebenfalls weitergezahlt. Hier ergibt sich aber die Problematik, dass mit zunehmender Besserung des Zustandes u.U. die Voraussetzungen für den Rentenanspruch entfallen.

Der Gesetzgeber hat deshalb jetzt in **§ 51 Abs. 5 SGB IX** vorgesehen, dass bei stufenweiser Wiedereingliederung im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für die Dauer der Maßnahme **Übergangsgeld** zu zahlen ist. Mit den sich daraus ergebenden Rechtsproblemen haben sich die Rentenversicherungsträger in einem Fragenkatalog auseinandergesetzt (**Anlage**), den wir ebenfalls zur Diskussion stellen.

Hat der Betroffene allerdings nur einen **Anspruch auf Arbeitslosengeld**, so ist die Sicherung des Lebensunterhalts problematisch. Zwar besteht auch während der Eingliederungsphase weiterhin **Beschäftigungslosigkeit** i.S.v. § 119 Abs. 1 Nr. 1

SGB III, weil während der stufenweisen Wiedereingliederung ein therapeutisches Rechtsverhältnis besteht und kein Beschäftigungsverhältnis⁴.

Es ergeben sich jedoch Schwierigkeiten bei der **Verfügbarkeit** (§ 119 Abs. 1 Nr. 3 SGB III n.F.) des Betroffenen. Dass der Betroffene bis zur vollständigen Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit als arbeitsunfähig gilt⁵, steht dem allerdings nicht, wie der Wortlaut des § 119 Abs. 1 Nr. 3 i.V.m. Abs. 5 SGB III n.F. vermuten lässt, entgegen. Dieses Votum über die Arbeitsfähigkeit bezieht sich nämlich nur auf die durch den Betroffenen zuletzt ausgeübte Tätigkeit, während im Rahmen des § 119 Abs. 5 Nr. 1 SGB III n.F., auf die üblichen Bedingungen des für ihn im Übrigen noch in Betracht kommenden Arbeitsmarktes abgestellt wird. Letztere werden sich überwiegend von den Anforderungen im Rahmen des noch bestehenden Arbeitsverhältnisses unterscheiden.

Der Arbeitnehmer müsste aber den Vorschlägen der Agentur für Arbeit **zeit- und ortsnah** zur Verfügung stehen (§ 119 Abs. 5 Nr. 2 SGB III n.F.). Die Ausnahmen, u.a. für Trainingsmaßnahmen, in § 120 SGB III beziehen sich nicht auf stufenweise Wiedereingliederungen. Hier kann abgeholfen werden, indem sich der Arbeitnehmer jederzeit der Vermittlung der Agentur für Arbeit zur Verfügung hält und dies mit dem Arbeitgeber vereinbart. Nur muss man dann damit rechnen, dass die stufenweise Wiedereingliederung durch Vermittlungen erheblich beeinträchtigt wird. Auch das Erfordernis von **Eigenbemühungen** um Arbeitsstellen (§ 119 Abs.1 Nr. 2 SGB III) passt nicht zum Konzept der stufenweisen Wiedereingliederung.

Es bedarf deshalb noch einer **Ergänzung des § 120 SGB III** für stufenweise Wiedereingliederung einschließlich einer entsprechenden Entbindung von Eigenbemühungen.

⁴ Das BSG hatte schon mehrfach Gelegenheit zu ähnlichen Phänomenen Stellung zu nehmen. Zur Abgrenzung von Beschäftigungsverhältnis und Arbeitstherapie nach § 42 SGB V zuletzt BSG 29.6.1995 – 11 RAr 97/94 – SozR 3-4100 § 101 Nr.6. Das BSG hat dort entschieden, dass ein Beschäftigungsverhältnis nicht vorliegt, wenn die verrichtete Tätigkeit nicht auf die Leistung fremdbestimmter wirtschaftlich verwertbarer Arbeit sondern vorrangig auf therapeutische Zwecke ausgerichtet ist. Zur Teilnahme an einer von einem Bewährungshilfeverein betriebsähnlich durchgeführten Maßnahme, durch die Strafgefangene befähigt werden sollten den Anforderungen des Lebens in Freiheit zu entsprechen BSG 22.9.1988 - 7 RAr 13/87 – SozR 4100 § 101 Nr. 7). Zu betrieblichen Tätigkeiten zur Arbeitsgewöhnung (§ 20 BSHG), die Kraft Gesetzes keine Beschäftigungsverhältnisse darstellen BSG 22 .9. 1988 a.a.O. S. 26; BSG 16.4.1985 – 12 RK 53/83 – SozR 2200 § 165 Nr. 79).

⁵ BSGE 57, 163 = SozR 2200 § 1255 Nr. 21; dies hat sich auch nicht durch die gesetzliche Verankerung der stufenweisen Wiedereingliederung in § 74 SGB V geändert, vgl. BAG NZA 1992, 643.

3. Möglichkeiten neben § 28 SGB IX

Die Anwendbarkeit von § 28 SGB IX hat ihre **Grenzen**. Er kann nicht herangezogen werden, wenn

- lediglich eine Besserung erzielt werden kann, **die volle Wiederherstellung** der Arbeitskraft aber **nicht zu erwarten** ist,
- für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nur eine **andere Tätigkeit** in Betracht kommt oder besser geeignet wäre,
- die stufenweise Wiedereingliederung **in einem anderen Betrieb** zur Debatte steht.

Für derartige Fälle ist darauf hinzuweisen, dass **unabhängig von § 28 SGB IX** während der Arbeitsunfähigkeit oder während des Rentenbezuges **freie Verträge zur Wiedereingliederung** geschlossen werden können, entweder als normale (Zweit)Arbeitsverträge neben dem bereits bestehenden oder auch als Verträge zu therapeutischen Zwecken nach dem Modell des § 28 SGB IX. Mit § 28 SGB IX ist die besondere **Rechtsfigur eines therapeutischen Beschäftigungsverhältnisses** mit dem Ziel der Wiedereingliederung in das Arbeitsleben **rechtlich anerkannt**. Sie kann auch in nicht ausdrücklich geregelten Fällen eingesetzt werden. Sozialleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts werden – wie dargelegt – meistens dadurch nicht beeinträchtigt.

Es kann also **den Bedürfnissen nach Beschäftigung zur Wiedereingliederung** auch dort **Rechnung getragen werden, wo die Voraussetzungen von § 28 SGB IX nicht erfüllt sind**.

Damit erweist sich die stufenweise Wiedereingliederung – wie auch Ministerialdirektor Wilmerstadt hervorgehoben hat – als **sehr flexibles Instrument**, mit dem **vielen unterschiedlichen Situationen Rechnung getragen werden kann**.

4. Versicherungspflicht / Anrechnung von Vergütungen

Wird ein **normales Zweitarbeitsverhältnis** neben dem bestehenden abgeschlossen – was auch während der Arbeitsunfähigkeit oder z.B. dem Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente und sogar einer Erwerbsunfähigkeitsrente zulässig ist⁶ und von Interesse sein kann - besteht Versicherungspflicht. In der Krankenversicherung wird der **Verdienst auf das Krankengeld angerechnet** (§ 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). In der **Rentenversicherung** sind die **Hinzuverdienstgrenzen** (§ 96a SGB VI) zu beachten.

Wird hingegen ein **Rechtsverhältnis mit therapeutischer Zielsetzung** und Steuerung abgeschlossen, besteht keine Versicherungspflicht, da es sich nicht um ein Beschäftigungsverhältnis handelt.

Eine etwa gezahlte Vergütung ist bei Arbeitsunfähigkeit im Zweifel **als Zuschuss zum Krankengeld einzustufen, der nicht angerechnet wird** (§ 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). In der Rentenversicherung wird die Vergütung allerdings als zu berücksichtigender Hinzuverdienst einzustufen sein.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

⁶ Vgl. BAG AP Nr. 42 zu § 616 BGB; BAG AP Nr. 1 zu § 74 SGB V.

Tel: 0561-4001128
Fax: 0561-4001128
e-mail: dralexander.gagel@arcor.de

0221-3597-550
0221-3597-555
schian@iqpr.de

AZ 10-02-08-02
April 2005

Forum B

Schwerbehindertenrecht und Fragen des betrieblichen Gesundheitsmanagements
– Diskussionsbeitrag Nr. 1/2005 –

„Stärkung des Kündigungsschutzes durch § 84 Abs. 1 und 2 SGB IX“

(Würdigung des Beitrags von Wiebke Brose, DB 2005, S. 390-394.)

von Dr. Alexander Gagel

Thesen

1. **§ 84 Abs. 1 und 2 SGB IX enthält zugleich eine Konkretisierung des Kündigungsschutzgesetzes.**
2. **Dabei erfasst Abs. 1 nur schwerbehinderte Arbeitnehmer, Abs. 2 hingegen alle Beschäftigten.**

1. Kündigungsschutz bei Arbeitsunfähigkeit

Wir haben bereits in dem Diskussionsbeitrag B 5-2004 dargestellt, dass § 84 Abs. 2 SGB IX Auswirkungen auf den Kündigungsschutz hat, weil ohne ein Eingliederungsmanagement die Kündigung oft nicht „**ultima ratio**“ ist. Wir werden demnächst diese Zusammenhänge an konkreten Fällen analysieren.

Außerdem haben wir die **Besonderheiten** erläutert, die sich bei schwerbehinderten Arbeitnehmern **durch die Vorschaltung des Integrationsamts** ergeben (Diskussionsbeitrag B 5-2004 Seite 5). Neuerdings hat **Wiebke Brose**, Forschungsinstitut für Deutsches und Europäisches Sozialrecht der Universität zu Köln, **diese Auffassung** in einer gründlichen Untersuchung **untermauert** (Der Betrieb 2005, 390, 391 ff.) Sie hat die Bedeutung des Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX für die Ausfüllung des ultima-ratio-Prinzips im Kündigungsschutzrecht untersucht und sich unserer Auffassung angeschlossen.

Dabei kommt sie zu der Schlussfolgerung:

„Der Gesetzgeber hat mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement die Anforderungen an die krankheitsbedingte Kündigung weiter verschärft. § 84 Abs. 2 SGB IX zeigt Wirkungen über das SGB IX hinaus; das betriebliche Eingliederungsmanagement ist eine weitere Wirksamkeitsvoraussetzung für die krankheitsbedingte Kündigung.“

2. Von § 84 Abs. 2 SGB IX erfasster Personenkreis

§ 84 Abs. 2 SGB IX erfasst, wie der Wortlaut deutlich erkennen lässt, **alle Beschäftigten**. Er beschränkt sich nicht auf schwerbehinderte Arbeitnehmer. Diese Bedeutung haben wir bereits in den Diskussionsbeiträgen B 4-2004 und B 5-2400 hervorgehoben. Demgegenüber wird von der Autorin Brose in dem oben zitierten Aufsatz (Der Betrieb 2005, 390) eine **gegenteilige Auffassung** vertreten, die sie aus der Systematik des Gesetzes und dem Fehlen hinreichender Anhaltspunkte in den Materialien herleitet. Dieser Auffassung **können wir indes nicht folgen, da sie die äußere Systematik des Gesetzes überbewertet und Hinweise aus der Entwicklung des § 84 Abs. 2 SGB IX außer Acht lässt**.

Zunächst einmal ist allerdings zu begrüßen, dass die Autorin uns insoweit folgt, dass der **Wortlaut des Gesetzes** für eine Einbeziehung aller Beschäftigten spricht. Die Einbeziehung aller Arbeitnehmer des Betriebes folgt einmal aus der Wahl des Wortes „Beschäftigte“. Desgleichen ergibt sich aus dem Wortlaut eine **Differenzierung zwischen den Verfahren** für schwerbehinderte Arbeitnehmer und andere Beschäftigte. Dies ist auffällig im Hinblick auf § 84 Abs. 1 SGB IX, wo durchgängig davon ausgegangen wird, dass die Regelung nur schwerbehinderte Arbeitnehmer betrifft. Demgegenüber wird in § 84 Abs. 2 die Kontaktaufnahme mit der Schwerbehindertenvertretung als Besonderheit für den Fall erwähnt, dass Schwerbehinderte betroffen sind. Wenn, wie Brose meint, hier nur dem Umstand Rechnung getragen werden sollte, dass nicht jeder Betrieb eine Schwerbehindertenvertretung hat, so fragt man sich, warum dann § 84 Abs. 1 nicht entsprechend angepasst wurde. Man versteht dann auch nicht, warum die Interessenvertretung an erster Stelle genannt wird. Schließlich ist auch die Differenzierung bei der Hinzuziehung der gemeinsamen Servicestelle und des Integrationsamts nicht erklärbar, wenn die Vorschrift nur für schwerbehinderte

Arbeitnehmer gelten soll; die Zuziehung des Integrationsamts in allen Fällen wäre solchenfalls die allein logische Folgerung.

Es kann also unter Berücksichtigung von Wortlaut und Aufbau der Vorschrift davon ausgegangen werden, dass das **Eingliederungsmanagement für alle Arbeitnehmer des Betriebes vorgesehen ist, die mehr als sechs Wochen arbeitsunfähig waren.**

Das Fehlen einer ausdrücklichen Erwähnung dieses Geltungsumfanges in den **Materialien** ist so erstaunlich nicht, wie die Autorin Brose meint; denn in der **Fassung des § 84 Abs. 2 SGB IX, die vor dem 1. Mai 2004 galt**, war ausdrücklich bestimmt, dass das dort schon rudimentär vorgesehene Eingliederungsmanagement **auch für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen entsprechend anzuwenden sei (§ 84 Abs. 2 Satz 2 SGB IX a.F.)**; in diesem Fall trete an die Stelle der Schwerbehindertenvertretung die zuständige Interessenvertretung im Sinne des § 93 SGB IX (§ 84 Abs. 2 Satz 3 a.F.). Schon diese Grenzziehung ging weit über den Kreis schwerbehinderter Arbeitnehmer hinaus; sie erfasste auch alle weniger schwer behinderten Arbeitnehmer und zudem diejenigen, denen eine Behinderung überhaupt erst droht.

Die ausdrückliche Einbeziehung aller Beschäftigten in Fällen längerer oder häufiger Arbeitsunfähigkeit ist demgegenüber kein so bedeutsamer Schritt, dass es verwundern müsste, in den Materialien hierzu keine Ausführungen zu finden. Zumindest ist dieses Fehlen dann nicht so signifikant, dass daraus für die Auslegung Folgerungen gegen den Wortlaut gezogen werden können.

Insgesamt bleibt somit als Stütze der Auffassung von Brose nur noch die **Systematik des Gesetzes** übrig. Auch dieses Argument reicht indes nicht, von den Folgerungen aus dem Wortlaut abzuweichen. Die Autorin meint, § 84 Abs. 2 könne sich nur auf schwerbehinderte Arbeitnehmer beziehen, weil sich **die Vorschrift in Teil 2** des SGB IX – Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (Schwerbehindertenrecht) - befinde. Dabei handelt es sich aber **lediglich um eine Durchbrechung der äußeren Systematik**, das heißt der Einordnung von Vorschriften in textliche Zusammenhänge. Auch das ist so ungewöhnlich nicht, wie z.B. aus der Diskussion um § 2 SGB III (Fassung ab 1.1.1998) zu ersehen ist (betr.

Regelung Kündigungsschutzrechtlicher Fragen im SGB III; s. dazu *Beppler* in Gagel, SGB III, Stand 1.8.2001, § 2 Rz. 37 und 36). Die innere Systematik, das heißt die **Vereinbarkeit von § 84 Abs. 2 SGB IX mit sonstigen Vorschriften des SGB IX wird nicht in Frage gestellt**. Es gibt keine Auswirkungen, die die Wirkung anderer Vorschriften in Frage stellen können.

Die äußere Systematik des Gesetzes ist umso weniger tragfähig, als – wie schon dargelegt wurde – der Gesetzgeber diese Systematik bereits in § 84 Abs. 2 alter Fassung durchbrochen hatte und ihm dies schließlich jederzeit auch freisteht.

Als Fazit kann damit festgehalten werden, dass weder die Systematik des Gesetzes noch das Fehlen von Ausführungen zum erfassten Personenkreis in den Materialien es ausschließt, dass sich § 84 Abs. 2 SGB IX seinem Wortlaut entsprechend auf alle Beschäftigten bezieht.

3. Verstärkung des Kündigungsschutzes auch durch § 84 Abs.1 SGB IX

§ 84 Abs. 1 SGB IX bezieht sich auf alle **Schwierigkeiten schwerbehinderter Arbeitnehmer**, die zur Gefährdung des Arbeitsverhältnisses führen können, soweit nicht § 84 Abs. 2 SGB IX eingreift (s. dazu Diskussionsbeitrag B 5-2004). Das Gesetz regelt ein **dem gesetzlichen Kündigungsschutz vorgelagertes Verfahren**, das ausloten soll, ob es Möglichkeiten gibt, den Bestand des Arbeitsverhältnisses zu sichern. Dies gilt **für alle Arten von Kündigungen**, seien sie nun betriebsbedingt, personenbedingt oder verhaltensbedingt (soweit sie nicht auf Zeiten der Arbeitsunfähigkeit beruhen; hierfür gilt Abs. 2; s. dazu Diskussionsbeitrag B 4-2004 S. 6f.). Das Verfahren nach § 84 Abs. 1 SGB IX **muss deshalb vor den sonstigen Mechanismen des Kündigungsschutzes eingeleitet** und so lange betrieben werden bis der Arbeitgeber sich zur Kündigung entschließt. Erst dann kommt die Anhörung des Betriebsrats (§ 102 BetrVG), der Schwerbehindertenvertretung (§ 95 Abs. 2 SGB IX) und des Integrationsamts (§ 85 SGB IX) in Betracht. Man könnte bereits hier die Auffassung vertreten, dass die **Anhörung des Betriebsrats nicht wirksam** erfolgen kann, **wenn** eine Erörterung und Prüfung der Schwierigkeiten nach **§ 84 Abs. 1 SGB IX noch nicht stattgefunden hat**. Dem Integrationsamt wäre das **Recht** einzuräumen, je nach Lage des Falles den Antrag auf Zustimmung zur Kündigung **ohne weitere Prüfung abzulehnen** (s. dazu Diskussionsbeitrag B 5-2004, S.5).

Die **Verpflichtung zur Einleitung dieses Verfahrens trifft den Arbeitgeber; der Arbeitnehmer kann es aber auch von sich aus einfordern.**

Betriebsrat und Schwerbehindertenvertretung, die auf die Einhaltung der Pflichten des Arbeitgebers zu wachen haben (§ 95 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB IX), **sind ebenfalls berechtigt die Einleitung zu fordern.**

Der **Sinn** dieser Regelung ist es, **im Frühstadium einer Gefährdung** des Arbeitsplatzes **die Gefahr abzuwenden**, weil dann meist noch mehr Möglichkeiten gegeben sind und eine Verständigung leichter ist. Auch diese Möglichkeiten bieten einen Kündigungsschutz. Da das **ultima-ratio-Prinzip bei allen Arten von Kündigungen** gilt (vgl. *ErfK-Ascheid*, 5. Aufl., § 1 KSchG Rz. 121), ist deshalb das Unterlassen eines Verfahrens nach § 84 Abs. 1 KSchG auch bei anderen Kündigungsarten unter dem ultima-ratio-Gesichtspunkt zu würdigen. Wir werden darauf in einem gesonderten Diskussionsbeitrag näher eingehen.

Rechtsprechung hierzu:

Beschluss des Oberverwaltungsgerichts für das Land Mecklenburg-Vorpommern v. 9. 10. 2003 – 2 M 105/03 – (s. Rundschreiben der Arbeitsgemeinschaft der Schwerbehindertenvertretungen des Bundes und der Länder). Dort wird ausgeführt, dass die Verletzung des Präventionsgebots nach § 84 SGB IX einer Kündigung entgegensteht.

<p>Wir möchten Sie auch auf die Sammlung aller bisher erschienenen Diskussionsbeiträge im Internet unter www.iqpr.de aufmerksam machen und Sie herzlich einladen sich an der Diskussion durch eigene Beiträge und Stellungnahmen zu beteiligen.</p>
--



Deutsche
Rentenversicherung

Martin Löschau

**Leistungen zur
Teilhabe**

Deutsche Rentenversicherung

Studententexte für Sozialversicherungsfachangestellte

Stand: 1. Januar 2007

Martin Löschau

Leistungen zur Teilhabe

Studientext Nr. 12



1. Auflage 1993

12. Auflage 2007 (Rechtsstand 01.01.2007)

© Deutsche Rentenversicherung Bund - Herausgeber

Fachgutachter: Ulrich Vömel

Koordination: Die Bildungsabteilung -Trägerübergreifende Koordinierungsstelle-
Berner Straße 1, 97084 Würzburg,
Telefon (0931) 60 02-0, Fax (09 31) 60 02-203

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Deutschen Rentenversicherung unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme, soweit dies nicht zu Lehr- und Lernzwecken im Auftrag oder auf Weisung der Deutschen Rentenversicherung geschieht.

Inhalt

1.	Zweck der Leistungen zur Teilhabe	7
1.1	Rehabilitationssystem in Deutschland	7
1.1.1	Dezentralisierung durch historische Entwicklung.....	7
1.1.2	Rehabilitationsträger	8
1.1.3	Verbände der Rehabilitationsträger.....	9
1.2	Sinn und Zweck der Teilhabeleistungen	10
1.2.1	Grundsatz „Teilhabeleistung vor Rente“.....	11
1.2.2	Präventionsgedanke.....	12
1.2.3	Rehabilitations- und Teilhabegedanke	13
1.2.4	Volkswirtschaftliche Bedeutung der Rehabilitation bzw. Teilhabe.....	14
2.	Teilhabeleistungen der Rentenversicherung.....	17
2.1	Teilhabeleistungen als Aufgabe der Rentenversicherung	17
2.2	Gliederung der Aufgaben in Ermessens- und Pflichtleistungen	18
2.3	Rechtliche Grundlagen für die Erbringung der Leistungen	19
2.3.1	Gesetze	20
2.3.2	Rechtsverordnungen.....	20
2.3.3	Gemeinsame Empfehlungen.....	21
2.3.4	Sonstige Vereinbarungen	21
2.3.5	Richtlinien	22
2.4	Arten der Teilhabeleistungen	22
2.5	Umfang und Ort der Leistungen.....	23
2.5.1	Leistungsumfang	23
2.5.2	Ort der Leistungen.....	24
3.	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	26
3.1	Art der Leistungserbringung	26
3.2	Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation	27
3.2.1	Ärztliche Behandlung.....	27
3.2.2	Arznei- und Verbandmittel.....	27
3.2.3	Heilmittel.....	28
3.2.4	Psychotherapie.....	28
3.2.5	Hilfsmittel.....	28
3.2.6	Belastungserprobung und Arbeitstherapie	28
3.3	Anschlussrehabilitation	29
3.4	Entwöhnungsbehandlung bei Suchtkranken	30
3.5	Stufenweise Wiedereingliederung.....	31
4.	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	34
4.1	Art der Leistungserbringung	34
4.2	Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	35
4.2.1	Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes	35
4.2.2	Berufsvorbereitung	38
4.2.3	Berufliche Anpassung und Weiterbildung	38
4.2.4	Berufliche Ausbildung	39

4.2.5	Gründungszuschuss	39
4.2.6	Sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben	39
4.3	Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen.....	40
4.4	Auswahlverfahren	40
5.	Zuständigkeitsregelungen.....	43
5.1	Zuständigkeitsabgrenzung der Rentenversicherungsträger gegenüber anderen Rehabilitationsträgern.....	43
5.1.1	Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Krankenversicherung	43
5.1.2	Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Unfallversicherung	44
5.1.3	Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung).....	44
5.1.4	Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Alterssicherung der Landwirte	44
5.1.5	Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Kriegsopferversorgung und entsprechenden Bereichen des sozialen Entschädigungsrechts	45
5.1.6	Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Jugendhilfe und Sozialhilfe.....	45
5.2	Zuständigkeitsabgrenzung innerhalb der Rentenversicherung	45
5.3	Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX.....	46
6.	Einleitung des Verfahrens	48
6.1	Form der Einleitung.....	48
6.1.1	Einleitung auf Antrag	48
6.1.2	Einleitung von Amts wegen	49
6.2	Durchführung und Abschluss des Verfahrens.....	50
7.	Mitwirkung des Leistungsberechtigten	52
7.1	Umfang der Mitwirkungspflichten	52
7.1.1	Aufklärung des Sachverhalts.....	52
7.1.2	Teilnahme an Heilbehandlung oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ..	53
7.2	Grenzen der Mitwirkung	54
7.3	Folgen fehlender Mitwirkung.....	54
7.3.1	Verzögerung oder Verhinderung der Sachaufklärung.....	54
7.3.2	Nichtteilnahme an Heilbehandlung oder Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben	55
8.	Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe.....	57
8.1	Persönliche Voraussetzungen.....	57
8.1.1	Erwerbsfähigkeit	58
8.1.2	Krankheit oder Behinderung	58
8.2	Versicherungsrechtliche Voraussetzungen	58
8.2.1	Versicherungsrechtliche Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur medizinischen Rehabilitation.....	59
8.2.2	Versicherungsrechtliche Voraussetzungen nur für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	60
8.2.3	Versicherungsrechtliche Voraussetzungen nur für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	63
8.3	Ausschluss von Leistungen zur Teilhabe	63
8.4	Wiederholung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	64

9.	Rentenantragsfiktion.....	68
9.1	Fiktion von Rentenanträgen	68
9.2	Antragsfiktion ohne vorherige Leistungen zur Teilhabe.....	68
9.3	Antragsfiktion nach durchgeführten Leistungen zur Teilhabe.....	69
9.4	Verfahren bei der Antragsfiktion	69
9.5	Dispositionsrecht des Versicherten	69
	LÖSUNGEN DER AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG.....	71
	Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	75
	Verfügbare Titel der Studentext-Reihe.....	76

1. Zweck der Leistungen zur Teilhabe

LERNZIEL

- Sie können das gegliederte Organisationssystem zur Rehabilitation bzw. Teilhabe in Deutschland beschreiben und den Zweck der Leistungen zur Teilhabe erläutern.

1.1 Rehabilitationssystem in Deutschland

Deutschland besitzt ein hoch entwickeltes Rehabilitationssystem, mit dem behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen möglichst dauerhaft in die Gesellschaft und damit in das Arbeitsleben integriert werden können. Die Betroffenen sollen möglichst umfassend am Berufsleben und am Leben in der Gesellschaft teilhaben. Dieser Teilhabegedanke hat dazu geführt, dass der Gesetzgeber den Begriff „Rehabilitation“ seit 1.7.2001 überwiegend durch „Teilhabe“ ersetzt hat. Allerdings wird der Rehabilitationsbegriff unter anderem im medizinischen und organisatorischen Bereich weiter verwendet.

Die Leistungen zur Teilhabe werden dezentral von den einzelnen Sozialleistungsträgern (z. B. Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Agenturen für Arbeit) entsprechend ihren vom Gesetzgeber festgelegten Aufgaben und Zuständigkeiten durchgeführt. Aufgrund dieser Aufgabenverteilung besteht in Deutschland ein gegliedertes Organisationssystem für Leistungen zur Rehabilitation bzw. Teilhabe. Regelungen über Leistungen und Hilfen zur gesellschaftlichen und beruflichen Integration behinderter Menschen, die von verschiedenen Rehabilitationsträgern erbracht werden, sind seit 1.7.2001 einheitlich im SGB IX zusammengefasst. Darüber hinaus sind für die Rentenversicherung die speziellen Vorschriften des SGB VI zu beachten.

1.1.1 Dezentralisierung durch historische Entwicklung

Bereits seit Einführung der deutschen Rentenversicherung vor über einhundert Jahren durch das Gesetz über Invaliditäts- und Alterssicherung von 1889 gehört es zu den Aufgaben der Rentenversicherungsträger, bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch Leistungen zur Rehabilitation (damals „Heilverfahren“) eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Möglichkeit abzuwenden. Diese Aufgabe wurde 1911 in die Reichsversicherungsordnung (RVO) übernommen, die bis 1991 Rechtsgrundlage für die Durchführung der Rehabilitation in der damaligen Arbeiterrentenversicherung gewesen ist. Von den Anfängen der Rentenversicherung bis heute haben die Selbstverwaltungsorgane der Rentenversicherungsträger die Rehabilitation innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Rahmens selbständig, eigenständig und zielgerichtet der aktuellen Situation und den jeweiligen Bedürfnissen ihrer Versicherten angepasst und weiterentwickelt (§ 6 Abs. 2 SGB IX).

Parallel zur Rentenversicherung wurde der Rehabilitationsgedanke frühzeitig auch in anderen Bereichen der sozialen Sicherung in die Praxis umgesetzt. Das gilt besonders für die Unfallversicherung, Kriegsopferversorgung und Krankenversicherung. Nach Einführung der Arbeitslosenversicherung (1927) wurde in diesem Bereich die Berufsförderung als Rehabilitationsaufgabe durchgeführt. Alterssicherung der Landwirte und in jüngerer Zeit (2001) Sozialhilfe und Jugendhilfe sind als vollwertige weitere Sozialleistungsbereiche für Rehabilitationsaufgaben hinzugekommen. Seit 1.1.2005 kommen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

auch aus der zu diesem Zeitpunkt neu eingeführten Grundsicherung für Arbeitsuchende (als Leistungen zur Eingliederung in Arbeit nach § 16 Abs. 1 SGB II) in Betracht.

Um trotz der historisch gewachsenen Dezentralisierung und Spezialisierung der Rehabilitationsträger ein gleichartiges Leistungsspektrum zu gewährleisten, sind gemeinsame gesetzliche Grundsätze für die Leistungserbringung und die Notwendigkeit der Zusammenarbeit geschaffen worden (zunächst 1974 durch das RehaAnglG). Eine weitere Harmonisierung und Modernisierung des Rehabilitationsrechts erfolgte zum 1.7.2001 durch das SGB IX. Die Schaffung eines zentralen Rehabilitationsträgers ist damit nicht verbunden.

1.1.2 Rehabilitationsträger

Die Leistungsträger, die die Rehabilitation bzw. Teilhabe in Deutschland nach einheitlichen Verfahrensgrundsätzen und mit angeglichenen Leistungen durchführen, sind in § 6 Abs. 1 und § 6a SGB IX festgelegt.

Welche Körperschaften, Anstalten und Behörden zu den Rehabilitationsträgern im Sinne des SGB IX gehören, ist aus der nachfolgenden Abbildung 1 im Überblick dargestellt.



Abbildung 1: Rehabilitationsträger in Deutschland

Zu den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung gehören gemäß § 21 SGB I:

- Ortskrankenkassen,
- Betriebskrankenkassen,
- Innungskrankenkassen,
- landwirtschaftliche Krankenkassen,

- See-Krankenkasse,
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (Bereich Krankenversicherung),
- Ersatzkassen.

Private Krankenversicherungsunternehmen gehören nicht zu den Rehabilitationsträgern im vorstehenden Sinne.

Die Bundesagentur für Arbeit ist über ihre örtlichen Agenturen für Arbeit im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowohl Rehabilitationsträger der Arbeitsförderung („Arbeitslosenversicherung“) nach dem SGB III als auch Rehabilitationsträger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II. Für den letztgenannten Bereich ergibt sich die Trägerschaft aus § 6a SGB IX. Innerhalb der Grundsicherung kann anstelle der Bundesagentur für Arbeit auch ein zugelassener kommunaler Träger nach § 6a SGB II oder eine Arbeitsgemeinschaft nach § 44b SGB II zuständig sein.

Zu den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung gehören gemäß § 22 SGB I im Wesentlichen:

- gewerbliche Berufsgenossenschaften,
- landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften,
- Unfallkassen insbesondere von Feuerwehr, Eisenbahn, Post, Telekom sowie von Bund, Ländern und Kommunen.

Zu den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung gehören gemäß § 23 SGB I:

- Regionalträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung Westfalen),
- Deutsche Rentenversicherung Bund,
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Zu den Trägern der Kriegsopferversorgung und sonstigen sozialen Entschädigung gehören gemäß § 24 SGB I:

- Versorgungsämter,
- Landesversorgungsämter,
- orthopädische Versorgungsstellen,
- Kreise und kreisfreie Städte.

1.1.3 Verbände der Rehabilitationsträger

Zur Abwicklung trägerübergreifender Aufgaben, z. B. der Zusammenarbeit, Abstimmungen, Vereinbarungen oder einheitlichen Rechtsanwendung, sind die Rehabilitationsträger in Verbänden zusammengeschlossen, die auf Bundesebene, aber zum Teil auch auf Landesebene arbeiten. Die wichtigsten Verbände sind:

- die Spitzenverbände der Krankenkassen,

- die Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger.

Diese Spitzenverbände sind wiederum mit anderen Organisationsbereichen in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zusammengeschlossen. Für den Bereich der Rentenversicherung nimmt seit 1.10.2005 die Deutsche Rentenversicherung Bund (vorher Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) die Grundsatz- und Querschnittsaufgaben sowie die gemeinsamen Angelegenheiten der Rentenversicherungsträger wahr (§ 125 Abs. 2 SGB VI).

1.2 Sinn und Zweck der Teilhabeleistungen

Das Recht auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gehört zum festen Bestandteil der sozialen Sicherung in Deutschland. Wegen ihrer besonderen Bedeutung ist die Teilhabe behinderter Menschen als soziales Recht im allgemeinen Teil des SGB festgelegt und näher beschrieben (§§ 2 bis 10 SGB I). Soziale Rechte dienen der Erfüllung der Aufgaben des Sozialgesetzbuchs, also der Gewährleistung von Sozialleistungen zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit. In diesem Sinne haben Versicherte der Sozialversicherung unter anderem ein Recht auf die notwendigen Leistungen zum Schutz, zur Besserung und Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit sollen vermieden oder vermindert werden.

Aus dem sozialen Recht auf Teilhabe können Ansprüche aber nur dann hergeleitet werden, wenn die Voraussetzungen und Leistungen in den maßgebenden Rechtsvorschriften der jeweiligen Träger näher bestimmt sind. So ergeben sich in der Rentenversicherung Anspruch und Umfang der Teilhabeleistungen im Wesentlichen aus den §§ 1 bis 67 SGB IX und §§ 9 bis 32 und § 116 SGB VI.

Im SGB IX sind Aufgaben und Zielsetzung der Teilhabe – und damit Sinn und Zweck der hierfür vorgesehenen Leistungen – genauer beschrieben (§§ 1 und 4 SGB IX). Danach lassen sich die Leistungen zur Teilhabe folgendermaßen definieren:

Leistungen zur Teilhabe sind alle Maßnahmen und Hilfen, mit denen bei körperlich, geistig oder seelisch behinderten Menschen oder von Behinderung bedrohten Menschen eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – einschließlich der Teilhabe am Arbeitsleben – gefördert wird.

Die Leistungen zur Teilhabe sollen Folgendes bewirken (§ 4 SGB IX):

- Abwendung, Beseitigung oder Minderung der Behinderung bzw. Verhütung ihrer Verschlimmerung oder Milderung ihrer Folgen,
- Vermeidung, Überwindung oder Minderung von Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit (oder Pflegebedürftigkeit) bzw. Verhütung einer Verschlimmerung oder Vermeidung von vorzeitigem Bezug anderer Sozialleistungen (z. B. Rente wegen Erwerbsminderung),
- Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben,
- Förderung der persönlichen Entwicklung und Ermöglichung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie der selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung.

Das eigentliche Ziel der Teilhabe ist demnach, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen möglichst auf Dauer in das Arbeitsleben (Erwerbsleben) und in das Leben in der Gesellschaft zu integrieren (siehe auch Abbildung 2).

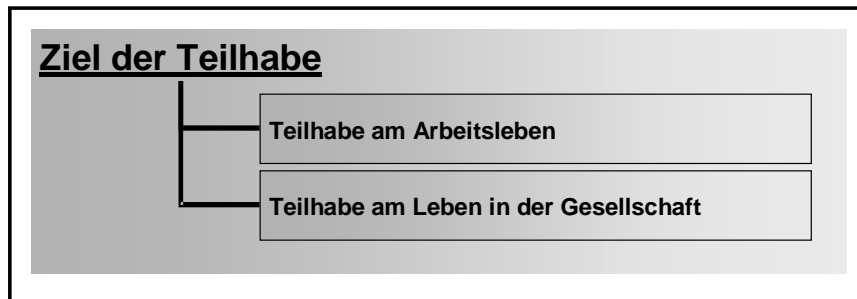


Abbildung 2: Allgemeine Zielsetzung der Teilhabe

Mit der Teilhabe des behinderten Menschen am Arbeitsleben ist grundsätzlich bereits auch eine weitergehende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft mit eingeschlossen. Denn die Berufsausübung ist ein ganz wesentlicher Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens. Außerdem hat die Integration in die Arbeitswelt regelmäßig die Integration in anderen sozialen Bereichen der Gesellschaft zur Folge. Da mit der Teilhabe am Arbeitsleben eine Teilhabe an der Gesellschaft verbunden ist, sind in einigen Sozialleistungsbereichen, z. B. in der Rentenversicherung, Leistungen zur Teilhabe allein zum Zwecke der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55 ff. SGB IX) nicht vorgesehen. Derartige Leistungen sind aber aus der Unfallversicherung, Kriegsoferversorgung/Kriegsopferfürsorge, Jugendhilfe und Sozialhilfe möglich.

Die Aufgabe (Zweck, Ziel) der Teilhabeleistungen innerhalb der Rentenversicherung entspricht weitgehend dem für alle Bereiche geltenden Teilhabeziel. Bei der Frage der Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder Leistungsfähigkeit wird aber auf den rentenspezifischen Begriff der Erwerbsfähigkeit abgestellt (§§ 9, 10 SGB VI). Die Erwerbsfähigkeit ist auch das Kriterium, nach dem die Rentenansprüche wegen Erwerbsminderung geprüft werden (vgl. auch Abschnitt 8.1.1).

Das Eingliederungsziel bestimmt auch die Rangfolge zwischen Teilhabeleistung und Rentenleistung. Es gilt entsprechend § 8 SGB IX der Grundsatz „Teilhabeleistung vor Rente“ (vgl. Abschnitt 1.2.1). Darüber hinaus gilt im Bereich der Krankenversicherung zusätzlich das Prinzip „Teilhabeleistung vor Pflege“ (§ 11 Abs. 2 SGB V, § 31 SGB XI).

1.2.1 Grundsatz „Teilhabeleistung vor Rente“

Aus dem Rehabilitations- und Teilhabeziel leitet sich die Rangfolge zwischen Leistungen zur Teilhabe und Rente ab. Es gilt der Grundsatz „Teilhabeleistung vor Rente“ (früher auch „Reha vor Rente“). Der Vorrang der Teilhabeleistung ist von allen Rehabilitationsträgern zu beachten (§ 8 Abs. 2 SGB IX). Deshalb ist bei einem Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Entscheidung über den Rentenanspruch zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind (§ 8 Abs. 1 SGB IX). Wegen seiner

besonderen Bedeutung ist der Vorrang der Leistungen zur Teilhabe gegenüber der Rentenleistung nochmals ausdrücklich in den Vorschriften der Rentenversicherung festgelegt (§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI).

Die Verwirklichung des Prinzips „Teilhabeleistung vor Rente“ wird in zahlreichen weiteren Regelungen der Rentenversicherung sichtbar:

- bei Anträgen auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erfolgt eine Prüfung, ob Teilhabeleistungen voraussichtlich (zur Abwendung des Rentenanspruchs) erfolgreich sind und gegebenenfalls das Anbieten solcher Leistungen (§ 115 Abs. 4 SGB VI),
- bei der Prüfung von Rentenansprüchen wegen Berufsunfähigkeit sind zumutbare Verweisungsberufe stets auch Tätigkeiten, für die der Versicherte mit Erfolg durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgebildet oder umgeschult wurde (§ 240 Abs. 2 SGB VI),
- bereits vorbeugende Erbringung von Leistungen zur Teilhabe bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit zur Abwendung von Rentenzahlungen (§ 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a SGB VI),
- vorbeugende Leistungen zur Teilhabe im Rahmen sonstiger Leistungen (§ 31 SGB VI),
- erleichterte versicherungsrechtliche Voraussetzungen bei vorliegender oder drohender Minderung der Erwerbsfähigkeit oder entsprechendem Rentenanspruch (§ 11 SGB VI).

1.2.2 Präventionsgedanke

Rehabilitation und Teilhabe im weiteren Sinne bedeuten heute nicht nur die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und damit die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben, sondern auch die Vorbeugung (Prävention) bei drohender Minderung der Leistungs- bzw. Erwerbsfähigkeit. Dass auch vorbeugende, also präventive Hilfen mit zu den Teilhabeleistungen gerechnet werden, wird bereits durch § 1 SGB IX bestätigt. Danach erhalten auch von Behinderung bedrohte Menschen Teilhabeleistungen nach dem SGB IX und den speziellen Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger. Die Einbeziehung von Leistungen zur Erhaltung der bisherigen Leistungsfähigkeit – also vorbeugende Leistungen – in das Rehabilitations- und Teilhaberecht ergibt sich außerdem unter anderem aus den allgemeinen Regelungen des SGB I sowie insbesondere aus § 3 SGB IX.

Prävention bedeutet Abwendung einer voraussichtlich später eintretenden Leistungsminde- rung durch vorbeugende Leistungen und damit die Vermeidung des Eintritts einer Behinde- rung.

Die Prävention hat also für den Einzelnen den Vorteil, gesund und leistungsfähig zu bleiben bzw. einer Behinderung zu entgehen. Außerdem liegt ihr der Gedanke zugrunde, dass es nutzbringender und kostengünstiger ist, die vorhandene Leistungsfähigkeit zu erhalten und nicht mit der Heilbehandlung solange zu warten, bis der „Schadensfall“ (Verlust der Leistungsfähigkeit, Beginn der Behinderung) eingetreten ist.

Für die Rentenversicherung ist der Präventionsauftrag nicht nur im SGB IX, sondern auch in den §§ 9, 10 und 31 SGB VI enthalten:

- a) Mit zu den Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe in der Rentenversicherung gehört es, vorbeugend den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfä-

higkeit entgegenzuwirken und dadurch ihre Beeinträchtigung oder das Ausscheiden des Versicherten aus dem Erwerbsleben zu verhindern (§ 9 Abs. 1 SGB VI). Der Inhalt dieser allgemeinen Regelung wird vor allem in § 10 SGB VI präzisiert.

- b) Die persönlichen, im Wesentlichen medizinischen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe sind auch dann erfüllt, wenn bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ihre Minderung (z. B. teilweise Erwerbsminderung) voraussichtlich abgewendet werden kann (§ 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a SGB VI). In diesen Fällen sind Teilhabeleistungen zur Erhaltung der bisherigen Erwerbsfähigkeit – und damit präventiv – möglich.
- c) Bei den sonstigen Leistungen zur Teilhabe, die über den Rahmen der eigentlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hinausgehen, ist das Präventionsprinzip besonders ausgeprägt. Die Bewilligung stationärer medizinischer Leistungen (Heilbehandlung) ist zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für die Versicherten zulässig, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben (§ 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI). Mit dieser Umschreibung gestattet der Gesetzgeber den Rentenversicherungsträgern, präventive Leistungen zur Erhaltung der bedrohten Erwerbsfähigkeit zur Verfügung zu stellen.

1.2.3 Rehabilitations- und Teilhabegedanke

Der Rehabilitation im ursprünglichen Sinn liegt der Gedanke zugrunde, dass nach bereits eingetretener Gesundheitseinbuße bzw. nach bereits eingeschränkter oder verlorener Leistungsfähigkeit der Betroffene durch Leistungen in den alten (gesunden) Zustand zurückgeführt wird (Prinzip der Wiederherstellung). Dieser Gedanke schließt die erstmalige Eingliederung Behinderter mit ein. Nach heutigem Verständnis wird mit der medizinischen und beruflichen Rehabilitation die Teilhabe des behinderten Menschen am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft gemeint.

Zu beachten ist, dass die Leistungen zur Teilhabe die Prävention mit einbeziehen (vgl. auch Abbildung 3).

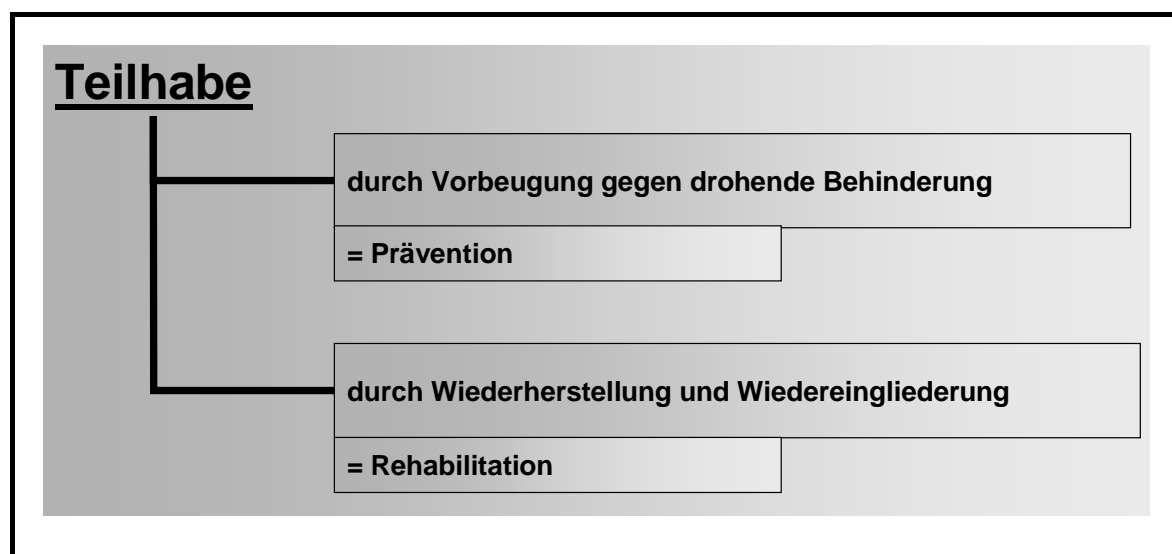


Abbildung 3: Der Präventions- und Rehabilitationsgedanke

1.2.4 Volkswirtschaftliche Bedeutung der Rehabilitation bzw. Teilhabe

Das bereits beschriebene Ziel der Rehabilitation bzw. Teilhabe ist aus folgenden Gründen für die Volkswirtschaft von wesentlichem Nutzen:

- höherer Konsum (verstärkte Güternachfrage) des Betreuten durch seine berufliche Eingliederung (aus den daraus bezogenen Arbeitseinkünften ergibt sich als Folge eine Erhöhung der Produktion),
- stärkere Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz,
- weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten (Arbeitsunfähigkeit) am Arbeitsplatz,
- Angebot qualifizierter Arbeitnehmer für den Arbeitsmarkt nach erfolgreicher Aus- und Weiterbildung,
- Abwendung von Arbeitslosigkeit und Berufslosigkeit,
- Ausgabenminderung der Sozialleistungsträger, z. B. Einsparung von Renten, Krankengeld, Behandlungskosten, Arbeitslosengeld, Pflegekosten, Sozialhilfe,
- Einnahmensteigerung der Sozialleistungsträger, z. B. Einzug von Pflichtbeiträgen zur Renten-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung,
- höhere Steuereinnahmen infolge Berufstätigkeit,
- zusätzliche medizinische, verwaltungsmäßige und gewerbliche Einrichtungen mit den entsprechenden weiteren Arbeitsplätzen in den Rehabilitationsorten, z. B. Rehabilitations-Kliniken, Berufsförderungswerke, Fremdenverkehrsgewerbe, Gastronomie, Verkaufsläden,
- Steigerung des Bruttoinlandsprodukts, das heißt der Geldsumme der produzierten Güter und erbrachten Dienstleistungen in Deutschland.

ZUSAMMENFASSUNG

- In Deutschland hat sich ein gegliedertes Organisationssystem zur Rehabilitation bzw. Teilhabe mit verschiedenen Rehabilitationsträgern entwickelt. Als Rehabilitationsträger bestimmt das SGB IX: Krankenkassen, Bundesagentur für Arbeit, Unfallversicherungsträger, Rentenversicherungsträger, landwirtschaftliche Alterskassen, Träger der Kriegsopferversorgung/Kriegsopferfürsorge, Träger der Jugendhilfe und Sozialhilfe. Wegen der besonderen Bedeutung ist das Recht auf Teilhabe als soziales Recht im Sozialgesetzbuch verankert.
- Die Leistungen zur Teilhabe sind Hilfen, mit denen bei behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einschließlich der Teilhabe am Arbeitsleben gefördert wird.
- Aus dem Rehabilitations- und Teilhabeziel leitet sich der Grundsatz ab: „Teilhabeleistung vor Rente.“
- Mit den Teilhabeleistungen soll hauptsächlich eine Behinderung abgewendet, beseitigt bzw. gemindert oder eine Milderung ihrer Folgen erreicht werden. Hierdurch ergeben sich positive Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit, und die Zahlung vorzeitiger anderer Sozialleistungen (z. B. Rente kann verhindert werden).
- Neben dem ursprünglichen Rehabilitationsgedanken, der auf die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit abzielt, liegt dem Teilhabeziel im weiteren Sinne auch der Präventionsgedanke, das heißt die Vorbeugung gegen drohende Leistungseinschränkung, zugrunde. Die realisierte Teilhabe ist nicht nur für den Betroffenen selbst, sondern auch für die Volkswirtschaft von Nutzen.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

1. Was versteht man allgemein unter dem gegliederten Rehabilitationssystem in Deutschland?
2. Zählen Sie acht Rehabilitationsträger (Oberbegriffe) auf.

Rehabilitationsträger

3. Nennen Sie die Aufgabe (Ziel, Zweck) der Leistungen zur Teilhabe.
4. Erklären Sie den Begriff „Prävention“.
5. Beschreiben Sie die wirtschaftliche Bedeutung der erfolgreichen Teilhabe für die Rehabilitationsträger (zwei Aspekte).

2. Teilhabeleistungen der Rentenversicherung

LERNZIELE

- Sie können den Unterschied zwischen Ermessens- und Pflichtleistungen erläutern und die Leistungsarten zur Teilhabe benennen.
- Sie können die rechtlichen Grundlagen für die Erbringung von Teilhabeleistungen aufzählen.

2.1 Teilhabeleistungen als Aufgabe der Rentenversicherung

Die Verwirklichung des sozialen Rechts auf Teilhabe ist den Rentenversicherungsträgern als Aufgabe auferlegt worden (§ 23 in Verbindung mit § 29 Abs. 2 SGB I). Danach können, dem maßgebenden Recht der Rentenversicherung entsprechend, Heilbehandlung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und andere Leistungen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit einschließlich wirtschaftlicher Hilfen (z. B. Übergangsgeld) in Anspruch genommen werden. In dem speziellen Recht der Rentenversicherung (SGB VI) sind die Leistungen zur Teilhabe als eine der Leistungsaufgaben dieses Sozialbereichs geregelt (siehe auch Abbildung 4).

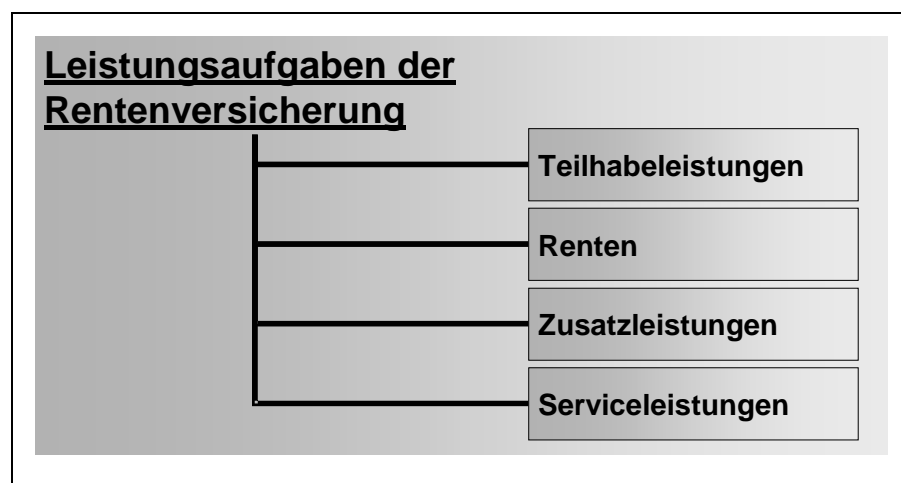


Abbildung 4: Leistungsaufgaben der Rentenversicherung

2.2 Gliederung der Aufgaben in Ermessens- und Pflichtleistungen

Die Aufgaben der Sozialleistungsträger – und damit auch der Rentenversicherungsträger – sind in Ermessens- und Pflichtleistungen unterteilt (§§ 38 bis 40 SGB I).

Bei den Ermessensleistungen hat der Gesetzgeber nicht zwingend vorgeschrieben, dass unter bestimmten Voraussetzungen „automatisch“ ein bestimmter Anspruch besteht. Die Versicherungsträger sind vielmehr ermächtigt, bei der Entscheidung über die Sozialleistungen nach ihrem Ermessen zu handeln. Ein solches Ermessen wird eingeräumt, wenn im Gesetz geregelt ist, dass der Versicherungsträger die betreffende Leistung erbringen kann, darf oder soll. Diese Formulierungen verpflichten nicht zu Leistungen, sondern ermächtigen dazu. Im allgemeinen Sprachgebrauch werden Ermessensleistungen deshalb auch als „Kann-Leistungen“ bezeichnet. Sofern Leistungen erbracht werden „sollen“, ist das Ermessen des Trägers stark eingeschränkt (in Richtung „müssen“). Nur in besonders begründeten Ausnahmefällen wird dann von einer Leistungsgewährung abgesehen werden können.

Für die Ermessensleistungen gilt allgemein folgende Definition:

Ermessensleistungen sind diejenigen Leistungen, auf die zwar kein gesetzlicher Anspruch besteht, die aber aufgrund gesetzlicher Ermächtigung vom Leistungsträger nach dem zugebilligten eigenen Ermessen erbracht werden können.

Von dem eingeräumten Ermessen muss der Leistungsträger gewissenhaft Gebrauch machen. Diese Verpflichtung zur „pflichtgemäßen Ausübung des Ermessens“ ist gesetzlich vorgeschrieben (§ 39 SGB I). Dabei hat der Leistungsträger sein Ermessen entsprechend dem Zweck der Ermächtigung auszuüben und die gesetzlich vorgegebenen Grenzen des Ermessens einzuhalten. Wird das Ermessen nicht in dieser Weise wahrgenommen, liegt Ermessensmissbrauch oder Ermessensnichtgebrauch vor. Das zugestandene Ermessen darf also nicht zu Willkür oder Ungleichbehandlung führen.

Ermessensleistungen sind vom Gesetzgeber dann vorgesehen, wenn eine möglichst konkrete und zweckmäßige Anpassung der Rechtsanwendung an die besonderen Umstände des Einzelfalls sichergestellt werden soll, z. B. im Bereich der Leistungen zur Teilhabe. Ein Anspruch auf Ermessensleistungen besteht erst mit der Bekanntgabe der Entscheidung, also des Bescheides (= Verwaltungsakt) an den Betroffenen (§ 40 Abs. 2 SGB I).

Pflichtleistungen sind dagegen Leistungen, die dem Leistungsträger ohne eigenen Ermessensspielraum vom Gesetzgeber vorgeschrieben werden. Der Anspruch auf Pflichtleistungen besteht, sobald die im Gesetz bestimmten Voraussetzungen vorliegen (§ 40 Abs. 1 SGB I). Der Anspruch auf Pflichtleistungen entsteht demnach unabhängig vom Tätigwerden der Verwaltung, das heißt beim Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen.

Für Pflichtleistungen gilt somit folgende Definition:

Pflichtleistungen sind diejenigen Sozialleistungen, auf die ein Anspruch besteht, sobald die im Gesetz aufgeführten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Typische Pflichtleistungen aus der Rentenversicherung sind die Renten. Auf sie hat der Versicherte nach den jeweiligen Vorschriften über die einzelnen Rentenarten – die kein Ermessen enthalten – einen Rechtsanspruch, sofern die vorgeschriebenen Voraussetzungen erfüllt sind.

Im Bereich der Teilhabeleistungen sind in der Rentenversicherung vielfach Ermessensleistungen vorgesehen. Durch den hiermit gegebenen Handlungsspielraum ist es dem Versicherungsträger möglich, besonders wirksame und individuelle Hilfen zu erbringen und diese schnell den sich ändernden Gegebenheiten anzupassen.

Die Tatsache, dass für die Leistungen zur Teilhabe in der Rentenversicherung nicht selten ein Ermessen vorgesehen ist, ergibt sich aus verschiedenen Regelungen des SGB VI und SGB IX (vgl. Tabelle 1).

§ 9 Abs. 2 SGB VI (Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe)	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen können erbracht werden.
§ 13 Abs. 1 SGB VI (Leistungsumfang)	Der Rentenversicherungsträger bestimmt im Einzelfall die Leistungen und die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen .
§ 31 SGB VI (Sonstige Leistungen)	Als sonstige Leistungen zur Teilhabe können erbracht werden ...
§ 28 SGB IX (Stufenweise Wiedereingliederung)	Im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung sollen die medizinischen und ergänzenden Leistungen erbracht werden.
§ 34 SGB IX (Leistungen an Arbeitgeber)	Zur Teilhabe am Arbeitsleben können die Rehabilitationsträger auch Leistungen an Arbeitgeber erbringen.
§ 37 Abs. 2 SGB IX (Dauer von Leistungen)	Leistungen zur beruflichen Weiterbildung sollen in der Regel bei ganztägigem Unterricht nicht länger als zwei Jahre andauern.

Tabelle 1: Regelungen über eingeräumtes Ermessen der Rentenversicherungsträger bei Leistungen zur Teilhabe

Hat der Rentenversicherungsträger von seinem Ermessen Gebrauch gemacht und eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligt, dann muss er ergänzend als Pflichtleistung – bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen – auch die dazu gehörenden ergänzenden Leistungen (wie das Übergangsgeld) erbringen.

2.3 Rechtliche Grundlagen für die Erbringung der Leistungen

Da das Rehabilitationssystem gegliedert ist (verschiedene Rehabilitationsträger) und die Leistungen zur Teilhabe teilweise auch im Ermessen der Sozialleistungsträger liegen, wurden

über die zum Teil allgemein gehaltenen Gesetzesvorschriften hinaus weitere Rechtsgrundlagen zur zügigen und sachgerechten Leistungserfüllung notwendig (vgl. auch Abbildung 5). Diese weiteren Regelungen sind überwiegend von den Rehabilitationsträgern im Rahmen der ihnen übertragenen Selbstverwaltung geschaffen worden.



Abbildung 5: Rechtliche Grundlagen für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe

2.3.1 Gesetze

Rechtliche Hauptgrundlage für die Erbringung der Leistungen zur Teilhabe sind die sie betreffenden Gesetzesvorschriften. Für die Rentenversicherung haben in diesem Zusammenhang im Wesentlichen folgende Gesetze Bedeutung:

- Sozialgesetzbuch I (SGB I) – z. B. Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten,
- Sozialgesetzbuch V (SGB V) – mit Regelungen der Krankenversicherung, die auch für die Rentenversicherung bedeutend sind (z. B. § 40 Abs. 4 SGB V für den Vorrang der Rentenversicherung bei medizinischer Rehabilitation),
- Sozialgesetzbuch VI (SGB VI) – mit den speziellen Regelungen zum Rehabilitations- und Teilhaberecht in der Rentenversicherung (insbesondere §§ 9 bis 32, 116 SGB VI),
- Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) – mit dem übergeordneten Rehabilitations- und Teilhaberecht, das für mehr als einen Rehabilitationsträger von Bedeutung ist (§§ 1 bis 67 SGB IX),
- Sozialgesetzbuch X (SGB X) – z. B. Verwaltungsverfahren, Fristberechnungen, Erstattungsansprüche.

2.3.2 Rechtsverordnungen

Rechtsverordnungen haben die gleiche rechtliche Wirkung wie Gesetze, werden aber nicht von der gesetzgebenden Gewalt (insbesondere Bundestag, Bundesrat), sondern von der ausführenden (exekutiven) Gewalt – z. B. Bundesregierung, Bundesministerium für Arbeit und Soziales – erlassen. Um einen Tatbestand durch Rechtsverordnung regeln zu können, bedarf es aufgrund des Rechtsstaatsprinzips einer gesetzlichen Ermächtigung (sogenannte Verord-

nungsermächtigung). Eine Rechtsverordnung darf keine neuen Leistungstatbestände schaffen, sondern nur die bereits im Gesetz bestehenden Verpflichtungen oder Ermächtigungen im Einzelnen näher ausgestalten bzw. präzisieren.

Im Rehabilitations- und Teilhaberecht gibt es z. B. entsprechende Verordnungsermächtigungen in den §§ 16, 21a, 25, 32, 59 und 67 SGB IX. In der Vergangenheit hat die Bundesregierung – mit Zustimmung des Bundesrats – von einer die Rentenversicherung betreffenden Verordnungsermächtigung Gebrauch gemacht und zur Leistungsangleichung bei den einzelnen Rehabilitationsträgern die Kraftfahrzeughilfe-Verordnung (KfzHV) erlassen (vgl. Abschnitt 4.2.1). Mit Wirkung vom 1.7.2004 beschloss das frühere Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung – mit Zustimmung des Bundesrats – die Budgetverordnung.

2.3.3 Gemeinsame Empfehlungen

Als untergesetzliche Regelungen sind nach dem SGB IX Gemeinsame Empfehlungen durch die Rehabilitationsträger vorgesehen (insbesondere §§13 und 20 SGB IX). Durch sie sollen zum Teil sehr allgemein gehaltene gesetzliche Vorschriften präzisiert und ein einheitliches Rehabilitationsverfahren gewährleistet werden. Seit dem Jahr 2003 erfüllen die Rehabilitationsträger innerhalb des Rahmens der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) den Auftrag des Gesetzgebers, entsprechende Gemeinsame Empfehlungen zu vereinbaren. Bisher sind 11 Gemeinsame Empfehlungen in Kraft getreten.

Beispiele:

- Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“,
- Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“,
- Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“,
- Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“,
- Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“,
- Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“.

2.3.4 Sonstige Vereinbarungen

Um den gesetzlich vorgeschriebenen Leistungsauftrag zur Teilhabe zügig und sachgerecht erfüllen zu können, treffen die Rehabilitationsträger der verschiedenen Sozialleistungsbereiche genauere Regelungen auch durch sonstige Vereinbarungen. Diese müssen sich streng an den durch Gesetz, Rechtsverordnung (oder Verwaltungsvorschriften) vorgegebenen Rahmen halten.

Beispiele:

- Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining,
- Rahmenempfehlung zur ambulanten onkologischen Rehabilitation,
- Rahmenempfehlung zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation,

- Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“.

2.3.5 Richtlinien

Ähnlich wie Gemeinsame Empfehlungen oder sonstige Vereinbarungen haben auch die von den einzelnen Rehabilitationsträgern erstellten Richtlinien den Zweck, den gesetzlichen Leistungsauftrag zur Teilhabe zügig und sachgerecht umzusetzen. Die Richtlinien müssen sich gleichfalls streng an den durch Gesetz oder Rechtsverordnung (bzw. Verwaltungsvorschriften) vorgegebenen Rahmen halten.

Im Gegensatz zu den Gemeinsamen Empfehlungen gelten die Richtlinien in der Regel nur für einen Sozialleistungsbereich. Die Richtlinien sind entweder von der Selbstverwaltung der Versicherungsträger als autonomes, das heißt selbstgesetztes Recht (z. B. wenn die Richtlinien von der Vertreterversammlung als Legislativorgan gemäß § 33 Abs.1 SGB IV beschlossen wurden) oder aber von der Verwaltung der Deutschen Rentenversicherung erlassen (z. B. bezüglich der §§ 31 Abs. 2 und 32 Abs. 4 SGB VI). Die für die Rentenversicherung wichtigen Richtlinien betreffen entweder das gesamte Rehabilitations- und Teilhaberecht, die Befreiung von der Zuzahlung oder die sonstigen Leistungen zur Teilhabe (z. B. Ca-Richtlinien, Richtlinien für Kinderheilbehandlungen).

2.4 Arten der Teilhabeleistungen

Unter Beachtung der rechtlichen Grundlagen (vgl. Abschnitt 2.3) erbringen die Rentenversicherungsträger die verschiedenen Arten von Leistungen zur Teilhabe. Dabei sind Einschränkungen hinsichtlich des Umfangs und des Orts der Leistungen zu beachten.

Die Grundleistungen zur Erfüllung des eigentlichen Rehabilitations- und Teilhabeauftrags sind für die Rentenversicherung in § 9 Abs. 1 SGB VI aufgeführt. Hierbei handelt es sich um:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI, §§ 26 bis 31 SGB IX),
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 16 SGB VI, §§ 33 bis 38 und 40 SGB IX),
- Ergänzende Leistungen (§§ 20 ff. SGB VI, §§ 44 bis 54 SGB IX).

Darüber hinaus können von der Rentenversicherung noch sonstige Leistungen zur Teilhabe erbracht werden (§ 31 SGB VI). Durch sie wird der Teilhabegedanke über die eigentliche Bedeutung hinaus erweitert, z. B. durch onkologische Nachsorgeleistungen (Nach- und Festigungskuren) auch an Altersrentner oder durch Kinderheilbehandlung.

Die außerdem im SGB IX vorgesehenen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55 ff. SGB IX) haben für die Rentenversicherung keine Bedeutung.

Vorgesehene Sachleistungen können auf Antrag auch durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden. Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung – in begründeten Ausnahmen auch in Form von Gutscheinen – erbracht (vgl. § 17 Abs. 2 bis 6 SGB IX und Budgetverordnung).

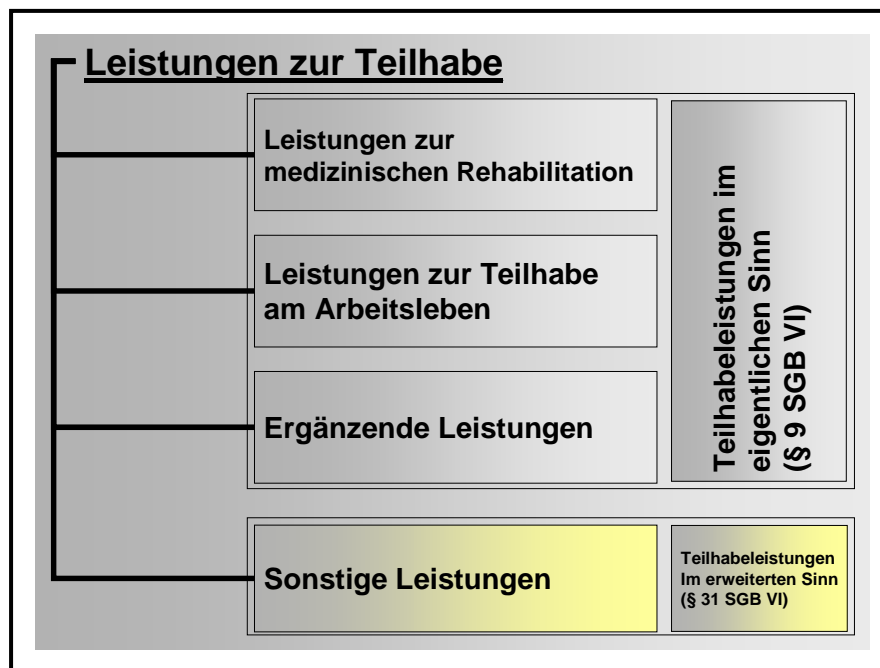


Abbildung 6: Die verschiedenen Leistungen zur Teilhabe in der Rentenversicherung

Im Einzelnen sind die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Kapitel 3 und die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Kapitel 4 dieses Studententextes dargestellt. Näheres über die ergänzenden Leistungen finden Sie im Studententext Nr. 13 „Übergangsgeld“ und im Studententext Nr. 14 „Ergänzende und sonstige Leistungen, Zuzahlung“.

2.5 Umfang und Ort der Leistungen

Bei der Bestimmung und Ausführung der verschiedenen Leistungen zur Teilhabe sind allgemeine Grundsätze hinsichtlich des Leistungsumfangs und des Leistungsorts zu beachten (§§ 13 SGB VI, § 18 SGB IX).

2.5.1 Leistungsumfang

Den Umfang der Leistungen zur Teilhabe bestimmt der zuständige Rentenversicherungsträger nach pflichtgemäßem Ermessen unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 13 Abs. 1 SGB VI). Der Begriff „Leistungsumfang“ umfasst auch Art, Dauer, Beginn und Ausführung der Leistungen sowie die Festlegung der Rehabilitationseinrichtung, beispielsweise auf eine bestimmte Schwerpunktklinik oder ein Berufsförderungswerk.

Die gesetzlichen Regelungen über den Umfang der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation enthalten Leistungsbeschränkungen und Abgrenzungen gegenüber der Krankenversicherung (§ 13 Abs. 2 SGB VI). Von den Rentenversicherungsträgern werden grundsätzlich in folgenden Fällen keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht:

- in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit (lediglich während der Ausführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation auftretende Behandlungsbedürftigkeit – bei sogenannter interkurrenter Erkrankung – wird mitbehandelt),
- anstelle sonst erforderlicher Krankenhausbehandlung,

- die dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse nicht entsprechen.

Eine gewisse Begrenzung des Leistungsumfangs beinhalten außerdem die Regelungen über die zulässige Höhe der finanziellen Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe (§§ 220, 287b SGB VI).

2.5.2 Ort der Leistungen

Grundsätzlich werden Leistungen zur Teilhabe nur im Inland (also in Deutschland) erbracht (§ 18 SGB IX).

Im Ausland können Sachleistungen zur Teilhabe aber auch erbracht werden, wenn sie dort bei mindestens gleicher Qualität und Wirksamkeit wirtschaftlicher ausgeführt werden. Ferner dürfen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im grenznahen Ausland erbracht werden, wenn sie für die Aufnahme oder Ausführung einer Berufstätigkeit erforderlich sind. Die „Grenznähe“ lässt sich nicht anhand einer bestimmten Kilometerzahl festlegen. Örtlich wird das ausländische Gebiet als grenznah anzusehen sein, das noch im Einzugsbereich der Tagespendler liegt.

ZUSAMMENFASSUNG

- Zu den Leistungsaufgaben der Rentenversicherung gehört – neben Renten, Zusatzleistungen und Serviceleistungen – die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe. Die Teilhabeleistungen sind vielfach Ermessensleistungen („Kann-Leistungen“) des Versicherungsträgers. Rechtliche Grundlagen für die Leistungen zur Teilhabe sind Gesetze (z. B. SGB I, VI und IX), Rechtsverordnungen (z. B. Kraftfahrzeughilfe-Verordnung) Gemeinsame Empfehlungen, sonstige Vereinbarungen und Richtlinien der Rehabilitationsträger.
- In der Rentenversicherung kommen zur Erfüllung der eigentlichen Rehabilitations- und Teilhabeaufgabe Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen in Betracht. Darüber hinaus gibt es sonstige Leistungen zur Teilhabe. Den Leistungsumfang bestimmt der Rentenversicherungsträger selbst. Hauptsächlich werden die Leistungen im Inland durchgeführt.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

6. Erklären Sie den Begriff „Ermessensleistungen“.
7. Zählen Sie die drei Hauptleistungen zur Teilhabe für den Bereich der Rentenversicherung auf.
8. Nennen Sie die vier rechtlichen Grundlagen (Oberbegriffe) für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe.
9. Schildern Sie, unter welchen Voraussetzungen Leistungen zur Teilhabe im Ausland erbracht werden dürfen.

3. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

LERNZIEL

- Sie können die verschiedenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation feststellen und dabei zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Heilbehandlung sowie zwischen den Heil- und Hilfsmitteln unterscheiden.

3.1 Art der Leistungserbringung

Die Rentenversicherungsträger erbringen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Leistungen nach §§ 26 bis 31 SGB IX – ohne solche nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 und § 30 SGB IX – (§ 15 Abs. 1 SGB VI).

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in der Rentenversicherung in wesentlichem Umfang als stationäre Heilbehandlung durchgeführt (§ 15 Abs. 2 SGB VI). „Stationär“ bedeutet, dass der Versicherte während der Heilbehandlung durchgehend in einer Rehabilitationseinrichtung (z. B. Rehabilitations-Klinik) mit Unterkunft einschließlich Übernachtung und Verpflegung untergebracht ist. Der Berechtigte erhält damit auch außerhalb der eigentlichen Therapiezeiten Leistungen.

Alternativ können die Rentenversicherungsträger auch ambulante Leistungen erbringen, soweit diese für die Eingliederung des Versicherten in das Erwerbsleben geeignet und ausreichend sind. „Ambulant“ bedeutet, dass der Versicherte nicht in einer Einrichtung untergebracht ist, sondern nur kurzzeitig an bestimmten Tagen behandelt oder betreut wird. In der Rentenversicherung sind ambulante Leistungen z. B. bei Abhängigkeitskranken (Alkohol-, Medikamenten-, Drogensucht) oder im Rahmen der intensivierten Rehabilitationsnachsorge vorgesehen.

Eine Form ambulanter Leistung bildet die in letzter Zeit immer bedeutsamer gewordene teilstationäre Rehabilitation. Bei dieser Form der medizinischen Leistungen nimmt der Versicherte tagsüber an der Heilbehandlung teil und hält sich nachts und gegebenenfalls an den Wochenenden zu Hause auf. Rehabilitation in teilstationärer Form kommt in Betracht, wenn diese aus medizinischer Sicht genauso erfolgreich ist wie die vollstationäre Leistung.

Grundsätzlich gilt hinsichtlich der Art der Leistungserbringung:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in der Rentenversicherung stationär oder ambulant erbracht. Es besteht kein Vorrang stationärer vor ambulanten medizinischen Leistungen.

Den Leistungsumfang – also Art, Dauer, Umfang, Beginn und Ausführung der medizinischen Rehabilitation – bestimmt im Einzelfall der zuständige Rentenversicherungsträger (§ 13 Abs.1 SGB VI). Dabei sind die gesetzlichen Vorgaben zu beachten. So ist die Wiederholung medizinischer Leistungen (sogenannte Wiederholungsheilbehandlung) grundsätzlich vor Ablauf von vier Jahren nach der Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen gemäß § 12 Abs. 2 SGB VI ausgeschlossen (vgl. Abschnitt 8.4). Ferner sollen die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Allgemeinen nur für längstens drei Wochen erbracht werden (§15 Abs. 3 SGB VI).

Betreute, die eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhalten, müssen grundsätzlich für jeden Tag eine Zuzahlung leisten (§ 32 SGB VI und Zuzahlungs-Richtlinien); vgl. hierzu den Studententext Nr. 14 „Ergänzende und sonstige Leistungen, Zuzahlung“.

3.2 Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die wichtigsten Einzelleistungen aus der Rentenversicherung, die grundsätzlich im Zusammenhang mit der eigentlichen Heilbehandlung erbracht werden, sind in den §§ 26 bis 31 SGB IX – ohne Leistungen zur Früherkennung bzw. Frühförderung behinderter Kinder – zusammengefasst (vgl. Abbildung 7).

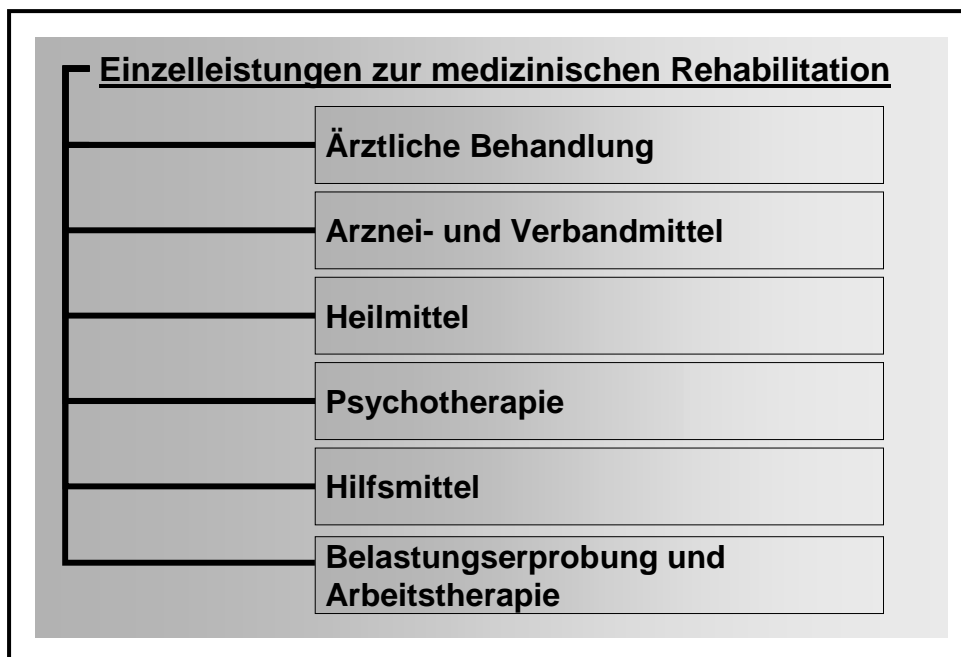


Abbildung 7: Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 26 bis 31 SGB IX)

3.2.1 Ärztliche Behandlung

Ärztliche Behandlung ist jede Form der Untersuchung, Betreuung und Behandlung durch den Arzt. Sie kann auch von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Krankengymnastin, Masseur, Therapeut) unter ärztlicher Aufsicht oder Anordnung durchgeführt werden. Während der stationären Heilbehandlung werden auch alle auftretenden Krankheiten, sogenannte interkurrente Erkrankungen, mitbehandelt, soweit dies ärztlicherseits ohne Verlegung möglich ist.

3.2.2 Arznei- und Verbandmittel

Arzneien sind Substanzen, die im Gegensatz zu den Heilmitteln im Wesentlichen auf den inneren Organismus einwirken. Sie werden dem Körper durch Einnehmen, Einatmen, Einreiben oder Einspritzen zugeführt. Arzneimittel sind insbesondere dazu bestimmt, Krankheiten, Körperschäden oder krankhafte Beschwerden zu heilen, zu lindern, zu verhüten oder zu erkennen (§ 2 Arzneimittelgesetz). Hierzu gehören z. B. Tabletten, Zäpfchen, Tropfen, Säfte und Impfstoffe.

Verbandmittel sind Stoffe, die in der Regel dazu dienen, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken oder deren Körperflüssigkeiten aufzusaugen (§ 4 Abs. 9 Arzneimittelgesetz). Hierzu gehören z. B. Mullbinden, Wundverbände und Pflaster.

3.2.3 Heilmittel

Heilmittel unterscheiden sich von den Arzneimitteln im Wesentlichen dadurch, dass sie auf den Körper zum Zwecke der Heilung, Besserung oder Linderung äußerlich einwirken. Heilmittel sind z. B. Heilpflaster, Salben, Heilerde, Bäder, Massagen und Bestrahlungen. Aber auch die im Gesetz besonders hervorgehobene physikalische Therapie (z. B. Krankengymnastik), Sprach- und Beschäftigungstherapie zählen im weiteren Sinne dazu.

3.2.4 Psychotherapie

Die Psychotherapie ist als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung vorgesehen. Hierzu gehören Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung. Ferner fallen darunter Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz.

3.2.5 Hilfsmittel

Zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation gehört im Einzelfall die Versorgung mit technischen Hilfsmitteln wie z. B. mit Körperersatzstücken oder orthopädischen Hilfen. Mit einbezogen sind die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung. Auch die Ausbildung und Anweisung im Gebrauch der Hilfsmittel zählen dazu (§ 31 SGB IX).

Hilfsmittel werden im Gegensatz zu Heilmitteln nicht therapeutisch oder behandlungsmäßig zur Heilung oder Besserung einer Krankheit oder Behinderung eingesetzt. Sie haben die Aufgabe, deren Folgeerscheinungen erträglicher zu machen und Ersatz oder Ausgleich für die bestehende Funktionsbeeinträchtigung zu schaffen. Zu den Hilfsmitteln gehören z. B. orthopädisches Schuhwerk, Hörgeräte, Rollstühle, Sitzhilfen und Prothesen.

Die Ausstattung mit Hilfsmitteln ist allerdings meistens Aufgabe der Krankenversicherung im Rahmen der Krankenbehandlung. Als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung kommen diese hauptsächlich in Betracht, wenn sie im Zusammenhang mit der eigentlichen Heilbehandlung zum Erreichen des Rehabilitations- und Teilhabezieles tatsächlich erforderlich werden.

3.2.6 Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Die vom Gesetzgeber den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zugeordnete Belastungserprobung sowie die Arbeitstherapie liegen bereits im Grenzbereich zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufsvorbereitung) bzw. zur Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens (vgl. Abschnitte 4.2.2 und 4.4). Als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kommen sie insbesondere in Betracht, wenn nach längerer Krankheit geprüft werden soll, ob der Versicherte seinen alten Beruf wieder ausüben kann.

Ziel der **Belastungserprobung** ist es, den Leistungsumfang und die Anpassungsfähigkeit des Versicherten zu ermitteln sowie die Dauerbelastung für den Arbeitsplatz festzustellen. Hierzu dienen unter anderem Testverfahren mit Arbeitsproben, psychologische Untersuchungen und körperliche Leistungstests.

Ziel der **Arbeitstherapie** ist es, im Rahmen eines Leistungstrainings die Arbeitsbelastung zu stabilisieren oder zu verbessern. Ferner sollen die Arbeitsqualität erhöht und das Arbeitstempo angemessen gesteigert werden. Zusätzlich werden Fertigkeiten verbessert oder entwickelt, die für die berufliche Eingliederung notwendig sind.

3.3 Anschlussrehabilitation

Eine besondere Bedeutung in der medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherungsträger in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen hat die Anschlussrehabilitation erlangt. In der Praxis wird zumeist noch die frühere Bezeichnung „Anschlussheilbehandlung“ oder die Abkürzung „AHB“ verwendet. Es handelt sich bei der Anschlussrehabilitation nicht um eine besondere Art der Rehabilitation, sondern um ein spezielles Verfahren, das die Nahtlosigkeit zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation sicherstellen soll. Als Anschlussrehabilitation bezeichnet man vor allem stationäre Leistungen in AHB-Kliniken (Schwerpunktkliniken), die sich unmittelbar an eine von der Krankenkasse finanzierte Akutbehandlung im Krankenhaus bei bestimmten Erkrankungen wie z. B. Herzinfarkt anschließen. Zwischen beiden Behandlungsphasen darf grundsätzlich eine zeitliche Lücke von 14 Tagen nicht überschritten werden. Die Anschlussrehabilitation ist auch in Form von ambulanten Leistungen möglich.

Um im Interesse des Rehabilitationserfolgs eine möglichst nahtlose Verlegung vom Krankenhaus in die Rehabilitations-Klinik zu ermöglichen, haben die Rentenversicherungsträger mit verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen schnelle, unbürokratische AHB-Verfahren vereinbart. Einige Rentenversicherungsträger praktizieren hierbei das Direkteinweisungsverfahren, andere das Schnelleinweisungsverfahren. Zu beachten ist, dass seit 1998 einige Krankenkassen ein eigenes Einweisungsverfahren haben.

Beim Direkteinweisungsverfahren wird der Versicherte, sofern dieser per Antrag der anschließenden Heilbehandlung zustimmt, in der Regel vom Krankenhaus aus, nach vorheriger – telefonischer – Absprache mit der AHB-Klinik, direkt dorthin verlegt. Die Entscheidung über die Einleitung der Anschlussrehabilitation trifft grundsätzlich der behandelnde Krankenhausarzt. Es braucht in der Regel vorher kein Bewilligungsbescheid abgewartet werden. Das hat zur Folge, dass die Entscheidung über Zuständigkeit und Kostenträgerschaft – sofern die Krankenkasse der entsprechenden AHB-Verfahrensvereinbarung beigetreten ist – regelmäßig erst nach der Anschlussrehabilitation getroffen wird. Hierbei gilt:

- Sofern die persönlichen (medizinischen) und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen in der Rentenversicherung erfüllt sind und keine Ausschlussgründe vorliegen, übernimmt der Rentenversicherungsträger die Kosten.
- Sofern diese Voraussetzungen nicht vorliegen, übernimmt die jeweilige Krankenkasse für ihre Mitglieder die Kosten.

Beim Schnelleinweisungsverfahren prüft der zuständige Rentenversicherungsträger die Voraussetzungen vor Einleitung der Anschlussrehabilitation. Das Schnelleinweisungsverfahren lehnt sich also eng an das normale Antragsverfahren an. Eine Beschleunigung des Verfahrens

wird jedoch dadurch erreicht, dass die Vorgänge vorrangig und in Sonderarbeitsgruppen bearbeitet werden.

Die Rentenversicherungsträger haben in einer gemeinsamen „Indikationsliste“ festgelegt, für welche Erkrankungen eine Anschlussrehabilitation möglich ist. Nach dieser Liste sind elf Indikationsgruppen mit über 70 Krankheitsbildern (Einzeldiagnosen) zugelassen.

3.4 Entwöhnungsbehandlung bei Suchtkranken

Die Behandlung und medizinische Rehabilitation von Suchtkranken gewinnt aufgrund der steigenden Zahl der Betroffenen immer mehr an Bedeutung. Bei den Suchtkranken wird unterschieden zwischen:

- Alkoholabhängigen,
- Medikamentenabhängigen,
- Drogenabhängigen,
- Mehrfachabhängigen.

Raucher werden von der Entwöhnungsbehandlung nicht erfasst.

Alkoholabhängige Kranke sind exzessive Trinker. Ihre Abhängigkeit vom Alkohol hat einen solchen Grad erreicht, dass sie deutliche körperliche, geistige oder seelische Störungen aufweisen. Regelmäßig liegen bei Abhängigkeitskranken Beeinträchtigungen der Gesundheit, ihrer mitmenschlichen Beziehungen und ihrer sozialen bzw. wirtschaftlichen Funktionen vor.

Medikamentenabhängige Kranke sind Personen, die regelmäßig und missbräuchlich Medikamente einnehmen. Die Personen sind von diesen Stoffen in solcher Weise abhängig, dass sie durch Verlust der Selbstkontrolle deutlich körperliche, geistige oder seelische Störungen aufweisen. Regelmäßig liegen Beeinträchtigungen der Gesundheit, der mitmenschlichen Beziehungen und der sozialen bzw. wirtschaftlichen Funktionen vor.

Drogenabhängige Kranke sind Personen, die regelmäßig sogenannte Rauschgifte, z. B. Heroin oder LSD, einnehmen. Die Personen sind von diesen Mitteln in solcher Weise abhängig, dass sie durch Verlust der Selbstkontrolle deutlich körperliche, geistige oder seelische Störungen aufweisen. Regelmäßig liegen auch hier Beeinträchtigungen der Gesundheit, der mitmenschlichen Beziehungen und der sozialen bzw. wirtschaftlichen Funktionen vor.

Mehrfachabhängige sind Personen, die regelmäßig von mehr als einem Suchtmittel, z. B. Alkohol und Drogen, abhängig sind.

Von einer Abhängigkeit ist auszugehen, wenn eines der folgenden Merkmale vorliegt:

- Unfähigkeit zur Abstinenz oder
- Verlust der Selbstkontrolle oder
- periodisches Auftreten eines der beiden Symptome.

Da die Sucht (Süchtigkeit, Abhängigkeit) zu den Krankheiten im Sinne des Sozialversicherungsrechts gehört, kommen stationäre Behandlungen sowohl in der Krankenversicherung als auch in der Rentenversicherung infrage. Die Zuständigkeitsabgrenzungen bei stationären

Leistungen sind in der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ geregelt. In Abbildung 8 sind die grundsätzlichen Zuständigkeiten bei Abhängigkeitskranken dargestellt.

Man unterscheidet bei der Behandlung von Abhängigkeitskranken zwischen Entzugs- (Entgiftungs-) und Entwöhnungsbehandlung. Für die Entzugsbehandlung ist grundsätzlich die Krankenversicherung im Rahmen der Krankenbehandlung zuständig. Bei der Entwöhnungsbehandlung, also der eigentlichen Rehabilitationsphase durch die Rentenversicherungsträger, müssen die üblichen persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein (vgl. Abschnitte 8.1 und 8.2), und es dürfen keine Ausschlussgründe vorliegen (vgl. Abschnitt 8.3). Zusätzlich sind noch folgende vier speziellen Voraussetzungen erforderlich:

- Entgiftung bereits durchgeführt oder nicht erforderlich,
- keine Möglichkeit einer erfolgreichen ambulanten Behandlung,
- Motivation des Betroffenen,
- Bereitschaft zur Nachsorge.

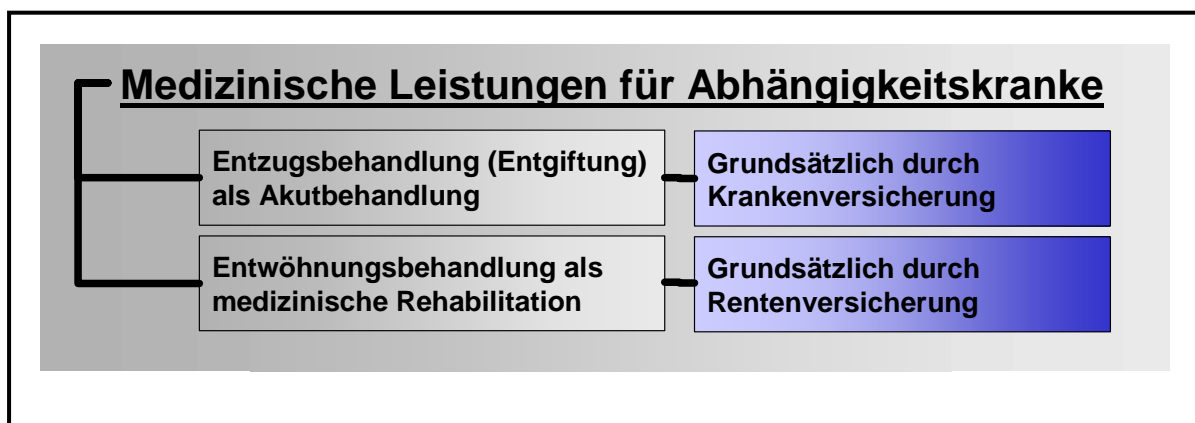


Abbildung 8: Zuständigkeiten bei medizinischen Leistungen für Abhängigkeitskranke

Besonders bei Abhängigkeitskranken führen die Rentenversicherungsträger auch ambulante Leistungen zur Rehabilitation, z. B. Therapiegespräche, durch bzw. übernehmen hierfür die Kosten (Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“). Als begleitende psychosoziale Hilfe zur weiteren Stabilisierung der Persönlichkeit kommt in der Nachsorgephase als medizinische Rehabilitation auch die Unterbringung in sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften, Nachsorgegemeinschaften bzw. Übergangwohnheimen in Betracht.

3.5 Stufenweise Wiedereingliederung

Arbeitsunfähige Arbeitnehmer, die nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Berufstätigkeit teilweise verrichten können, sollen durch eine schrittweise Wiederaufnahme ihrer alten Tätigkeit besser in das Erwerbsleben eingegliedert werden (§ 28 SGB IX). Diese Möglichkeit, die bis 30.6.2001 nur in der Krankenversicherung vorgesehen war (§ 74 SGB V), besteht seit 1.7.2001 für sämtliche Rehabilitationsträger der medizinischen Rehabilitation. Sie sollen medizinische und ergänzende Leistungen entsprechend der genannten Zielsetzung erbringen. Der Wiedereingliederungsprozess vollzieht sich bei dieser Rehabilitationsform im Wesentlichen innerhalb der Betriebe. In der Praxis ist die stufenweise Wiedereingliederung vielfach unter der Bezeichnung „Hamburger Modell“ bekannt.

Hierbei ist zu beachten:

- Die stufenweise Wiedereingliederung erfolgt aus therapeutischen Gründen.
- Sie dient der Erprobung und dem Training der Leistungsfähigkeit des arbeitsunfähigen Arbeitnehmers an seinem bisherigen Arbeitsplatz.

In der Rentenversicherung hat die stufenweise Wiedereingliederung besondere Bedeutung, wenn sie für den Arbeitsunfähigen im unmittelbaren Anschluss nach der medizinischen Hauptleistung durchgeführt wird. Der Rentenversicherungsträger kann die weitere Unterhaltssicherung des behinderten Menschen dann durch Weiterzahlung eines Übergangsgeldes als ergänzende Leistung sicherstellen (§ 51 Abs. 5 SGB IX).

ZUSAMMENFASSUNG

- Die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation werden als stationäre oder ambulante Heilbehandlung erbracht. Die eigentliche Heilbehandlung setzt sich aus verschiedenen medizinischen Einzelleistungen zusammen, z. B.: ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Therapien, Heil- und Hilfsmittel.
- Besonderheiten sind bei der Anschlussrehabilitation (Anschlussheilbehandlung = AHB) nach Krankenhausaufenthalt und bei der Entwöhnungsbehandlung von Suchtkranken bei Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit zu beachten.
- Als weitere Form der Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist in der Rentenversicherung die stufenweise Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) vorgesehen, die eine Weiterzahlung des Übergangsgeldes ermöglicht.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

10. Zählen Sie die wichtigsten Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation auf, die im Rahmen der Heilbehandlung erbracht werden.
11. Erklären Sie den Begriff „Heilmittel“.
12. Erklären Sie den Begriff „Hilfsmittel“.
13. Nennen Sie diejenige Leistung zur medizinischen Rehabilitation, bei der die Einleitung des Rehabilitationsverfahrens aufgrund von Vereinbarungen zwischen Rentenversicherungs- und Krankenversicherungsträgern besonders schnell erfolgt.

4. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

LERNZIEL

- Sie können die verschiedenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben feststellen.

4.1 Art der Leistungserbringung

Die Rentenversicherungsträger erbringen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 33 bis 38 und 40 SGB IX (§ 16 SGB VI).

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (früher: berufsfördernde Leistungen) umfassen entsprechend dem allgemeinen Teilhabeziel alle erforderlichen nichtmedizinischen Hilfen, mit denen die Erwerbsfähigkeit des behinderten Menschen entsprechend seiner Leistungsfähigkeit erhalten, gebessert oder (wieder)hergestellt werden soll. Das Ziel ist, eine möglichst dauerhafte Einbindung in die Berufswelt und damit in einen besonders wichtigen Teil der Gesellschaft. Kernziel ist aber die Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 Abs. 1 SGB IX).

Entsprechend der Art der Leistung und ihrer Ausführung gilt in Abgrenzung zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben („berufliche Rehabilitation“) Folgendes:

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zielen nicht in erster Linie auf die Besserung des Gesundheitszustandes ab, sondern sollen die Befähigung zur Ausübung einer Berufstätigkeit auf nichtmedizinische Weise, z. B. durch Weiterbildung, verschaffen. Allerdings kommen ergänzend auch medizinische und psychologische Hilfen in Betracht (§ 33 Abs. 6 SGB IX).

Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist sowohl eine stationäre als auch eine nichtstationäre Leistungserbringung möglich. Der bei der medizinischen Rehabilitation gebräuchliche Begriff „ambulant“ wird hier im Allgemeinen weniger verwendet.

Sofern es Art und Schwere der Behinderung bzw. die Sicherung des Teilhabeziels erfordern, werden bestimmte Leistungen (z. B. Aus- und Weiterbildung) stationär in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, insbesondere in Berufsförderungswerken, erbracht. Die stationäre Leistungserbringung erfolgt internatsmäßig und schließt die notwendige Unterbringung und Verpflegung mit ein, sofern eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder elterlichen Haushalts – z. B. aufgrund der Entfernung – erforderlich ist (§ 33 Abs. 7 SGB IX).

Erfolgt keine vollstationäre Unterbringung, so werden notwendige Verpflegung und Fahrkosten zur Bildungseinrichtung übernommen.

Bei verschiedenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – z. B. den Zuschüssen zum Kraftfahrzeug (Kfz-Hilfe) – stellt sich die Frage der „stationären“ Leistungserbringung aufgrund des Charakters der Leistung überhaupt nicht.

4.2 Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Rentenversicherungsträger erbringen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 33 bis 38 und 40 SGB IX (§ 16 SGB VI).

Die wichtigsten Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind in § 33 Abs. 3 SGB IX zusammengefasst (siehe auch Abbildung 9).



Abbildung 9: Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 Abs. 3 SGB IX)

4.2.1 Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes

Ziel dieser Leistungen ist es, den vorhandenen Arbeitsplatz (auch Teilzeitarbeitsplatz) des behinderten Menschen zu sichern oder ihn in die Lage zu versetzen, einen neuen Arbeitsplatz auszufüllen. Hierzu gehört als persönliche Hilfe die individuelle Beratung des Betroffenen und seines Arbeitgebers bzw. der Mitarbeiter. Mit zu diesem Leistungskomplex zählt auch die Förderung der Arbeitsaufnahme. Als Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes (einschließlich der Mobilitätshilfen) kommen insbesondere Kostenübernahmen in folgenden Bereichen in Betracht :

- Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen,
- Kraftfahrzeughilfe,
- Fahrkostenbeihilfe,
- Trennungskostenbeihilfe,
- Übergangsbeihilfe,
- Umzugskostenbeihilfe,
- Wohnungshilfen,
- Arbeitsassistenz,
- Leistungen an Arbeitgeber.

Arbeitsausrüstung und Hilfsmittel

Die Kostenübernahme für Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen ist vorgesehen, wenn hierdurch eine dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben erreicht wird. Voraussetzung ist, dass die Kosten der Arbeitsausrüstung (Arbeitskleidung, Arbeitsgeräte) üblicherweise vom Arbeitnehmer (nicht Arbeitgeber) zu tragen sind. Die Hilfsmittel und technischen Arbeitshilfen müssen zum Ausgleich der Behinderung bei der Berufsausübung oder Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sein.

Kraftfahrzeughilfe

Als besonders wichtige Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben kann die Kraftfahrzeughilfe nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung (KfzHV) gewährt werden. Sie ist eine finanzielle Hilfe zur:

- Beschaffung eines Kraftfahrzeugs,
- behinderungsbedingten Zusatzausstattung,
- Erlangung einer Fahrerlaubnis.

Besondere persönliche Voraussetzung für die Kfz-Hilfe ist, dass der Versicherte wegen seiner Behinderung auf ein Auto zum Erreichen des Arbeitsplatzes oder zur Berufsausübung angewiesen ist. Die Höhe der Kfz-Hilfe ist vom Kaufpreis des Autos und von den Einkommensverhältnissen des behinderten Menschen abhängig.

Beträgt das monatliche Nettoeinkommen eines Versicherten der alten oder neuen Bundesländer höchstens 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV), so werden grundsätzlich 100 Prozent des Kaufpreises (= Bemessungsbetrag) – bis zum Höchstbetrag von 9.500 EUR – als Kfz-Hilfe geleistet. Bei einem Nettoeinkommen von über 75 Prozent der Bezugsgröße entfällt der Zuschuss zum Kraftfahrzeug. Bei Einkünften unterhalb der schädlichen Verdienstgrenze beträgt der Zuschuss je nach Einkommenshöhe zwischen 100 und 16 Prozent des Kaufpreises (§ 6 KfzHV).

Zur Kfz-Hilfe wird auch die behinderungsbedingte Zusatzausstattung des Fahrzeugs gerechnet. Die notwendigen Kosten werden in voller Höhe übernommen. Finanziert werden können im Bedarfsfall z. B.: automatisches Getriebe, Lenkhilfe, Bremskraftverstärker, Spezialsitz.

Zu den Kosten, die für die Erlangung eines Führerscheins (Fahrerlaubnis) anfallen, wird dem behinderten Menschen gegebenenfalls eine einkommensabhängige Finanzierungshilfe geleistet. Sofern bestimmte Grenzbeträge nicht überschritten sind, werden die betreffenden Kosten – je nach Höhe des Nettoeinkommens – in voller Höhe bzw. zu zwei Dritteln oder einem Drittel übernommen.

Fahrkostenbeihilfe

Bei dieser Leistung werden in Ausnahmefällen für die ersten sechs Monate der Beschäftigung unzumutbar hohe Kosten der täglichen Fahrt zwischen Wohnung und Arbeitsstelle teilweise übernommen, wenn dies zur beruflichen Eingliederung des behinderten Menschen oder zur Erhaltung seines Arbeitsplatzes erforderlich ist.

Trennungskostenbeihilfe

Diese Hilfe kann für die ersten sechs Monate der Beschäftigung geleistet werden, wenn die auswärtige Arbeitsaufnahme des behinderten Arbeitnehmers eine von seiner Familie getrennte Haushaltsführung notwendig macht.

Übergangsbeihilfe

Durch die Übergangsbeihilfe soll bei neuer Arbeitsaufnahme der Lebensunterhalt des behinderten Menschen und seiner Familie bis zur ersten vollen Lohn- oder Gehaltszahlung sichergestellt werden. Sie kommt nur ausnahmsweise in Betracht, wenn der künftige Arbeitgeber keine Abschlagszahlung auf das erste Arbeitsentgelt leistet und dies für den Versicherten zu einer besonderen Härte führt.

Umzugskostenbeihilfe

Ist wegen Arbeitsaufnahme oder zur Erhaltung des Arbeitsplatzes ein Umzug erforderlich, weil eine Berufstätigkeit am Wohnort nicht möglich ist, können die erforderlichen Reisekosten des behinderten Arbeitnehmers und seiner Familie sowie die Transportkosten für den Hausrat übernommen werden.

Wohnungshilfen

Hierunter fällt die gegebenenfalls anteilige Kostenübernahme für behinderungsbedingte Um- und Ausbaumaßnahmen von Wohnungen, sofern deren Notwendigkeit zwingend mit der Erlangung oder Erhaltung eines Arbeitsplatzes zusammenhängt. Die finanzielle Förderung setzt voraus, dass die Wohnungskosten für eine Teilhabe am Arbeitsleben benötigt werden, insbesondere wenn die baulichen Änderungen zum Erreichen des Arbeits- oder Ausbildungsorts notwendig sind. Die Übernahme von Wohnungskosten kann im Einzelfall als begleitende Hilfe im Arbeitsleben auch in den Aufgabenbereich der Integrationsämter fallen.

Arbeitsassistenz

Als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben – und zwar als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes für schwerbehinderte Menschen – ist auch in der Rentenversicherung die Kostenübernahme für eine notwendige Arbeitsassistenz bis zur Dauer von drei Jahren vorgesehen (§ 33 Abs. 8 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 SGB IX).

Ausgeführt wird die notwendige Arbeitsassistenz durch das Integrationsamt (früher: Hauptfürsorgestelle). Dieses Amt hat gegenüber dem zuständigen Rentenversicherungsträger einen Erstattungsanspruch hinsichtlich seiner Aufwendungen (§ 33 Abs. 8 SGB IX). Über den rehabilitativen Bereich hinaus haben schwerbehinderte Menschen im Rahmen der Zuständigkeit des Integrationsamts als begleitende Hilfe im Arbeitsleben einen Anspruch auf Übernahme der Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz (§ 102 Abs. 4 SGB IX).

Bei der Arbeitsassistenz unterstützen Arbeitsassistenten die Integration schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben. Diese Assistenten sind nicht nur bei der Klärung der Fähigkeiten und Neigungen des behinderten Arbeitnehmers behilflich, sondern unterstützen und begleiten ihn auch aktiv am Arbeitsplatz während der beruflichen Entwicklung.

Leistungen an Arbeitgeber

Leistungen an Arbeitgeber (§ 34 SGB IX) gehören im weiteren Sinne ebenfalls zu den Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes. Es kommen insbesondere folgende Förderungen in Betracht, wenn hierdurch dem behinderten Menschen dauerhaft ein Arbeitsplatz gesichert werden kann:

- Ausbildungszuschüsse,
- Eingliederungszuschüsse,
- Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb,
- Kostenerstattung für befristete Probebeschäftigung.

Die Ausbildungszuschüsse richten sich nach der Schwere der Behinderung und erreichen im Einzelfall die Höhe der Ausbildungsvergütung des letzten Ausbildungsjahres. Zur dauerhaften beruflichen Eingliederung können Eingliederungshilfen (Zuschüsse) von grundsätzlich bis zu 50 Prozent (maximal 70 Prozent) des Tariflohnes bis zu einem Jahr (in Ausnahmen bis zu zwei Jahren) gewährt werden. Die zusätzlichen Zuschüsse für behinderungsgerechte Arbeitshilfen und Einrichtungen (z. B. Auffahrampen, Treppenlifte) im Betrieb kommen infrage, wenn eine Einzelperson betroffen ist und ein Anspruch auf entsprechende Leistungen nach anderen Vorschriften nicht besteht. Bei befristeten Probebeschäftigungen (zur Feststellung der Eignung des behinderten Menschen) können die im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis stehenden Kosten in teilweiser oder voller Höhe für in der Regel maximal drei Monate übernommen werden.

4.2.2 Berufsvorbereitung

Diese Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben ist für Versicherte vorgesehen, die sich – bedingt durch ihre Behinderung – beruflich neu orientieren müssen. Die Berufsvorbereitung soll günstigere Voraussetzungen für eine nachfolgende qualifizierte berufliche Bildungsmaßnahme (z. B. Umschulung) schaffen. Die Berufsvorbereitung hat damit die Aufgabe einer Vorförderung. Sie kommt als ambulante Teilzeitförderung oder als stationäre Vollzeitförderung in Betracht.

Als Berufsvorbereitung können Leistungen gewährt werden, die dem Betreuten die für die Aufnahme einer Berufsausbildung noch fehlenden Grundkenntnisse vermitteln. Zur Berufsvorbereitung gehören die berufsbezogenen Förderungslehrgänge in Deutsch und Rechnen, Lehrgänge zur Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeiten und Grundausbildungslehrgänge, z. B. blindentechnische Grundausbildung oder Ableseurse für Gehörlose.

4.2.3 Berufliche Anpassung und Weiterbildung

Mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird fast jede erdenkliche Eingliederungshilfe in Form von Wissensvermittlung und beruflicher Bildung möglich, sofern sie zur dauerhaften Integration ins Berufsleben erforderlich ist. Die berufliche Weiterbildung soll grundsätzlich bei Ganztagsunterricht nicht länger als zwei Jahre dauern (§ 37 Abs. 2 SGB IX).

Berufliche Anpassung ist Vermittlung von Kenntnissen, Fertigkeiten und Erfahrungen, um:

- eingetretene Lücken im beruflichen Wissen zu schließen,

- berufliches Wissen wiederzuerlangen bzw. den technischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Erfordernissen und deren Entwicklung anzupassen oder
- eine andere Tätigkeit im erlernten Beruf auszuüben.

Auf diese Weise kann der Versicherte, der wegen seiner Behinderung vorübergehend aus dem Berufsleben ausgeschieden ist und so die berufliche und technische Entwicklung nicht selbst miterlebt hat, seine Kenntnisse und Fähigkeiten der fortgeschrittenen Entwicklung anpassen. Damit wird eine dauerhafte Wiedereingliederung ins Erwerbsleben möglich.

Die **berufliche Weiterbildung** verbessert die berufliche Qualifikation, indem theoretische und praktische Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt werden. Entweder wird auf bereits vorhandenes Wissen aufgebaut („Fortbildung“), sodass es sogar zu einem beruflichen Aufstieg kommen kann. Oder es erfolgt eine völlige berufliche Neuorientierung („Umschulung“). Sie ist für Versicherte vorgesehen, die wegen ihrer Behinderung nicht mehr ihrem bisherigen Beruf nachgehen können. Ihnen werden Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt, die einen Übergang in eine andere behinderungsgerechte berufliche Tätigkeit mit neuen Arbeitsinhalten ermöglichen. Die Weiterbildung soll mit einem qualifizierenden Abschluss enden.

4.2.4 Berufliche Ausbildung

Die **berufliche Ausbildung** ist für behinderte Menschen vorgesehen, die bisher keine Tätigkeit in einem erlernten Beruf ausgeübt haben. Leistungen dieser Art sind insbesondere: die betriebliche Ausbildung (z. B. Lehrverhältnis) und die außerbetriebliche Ausbildung (z. B. in Berufsförderungswerken, Fachschulen). Es gibt auch Mischformen zwischen beiden Ausbildungsarten.

4.2.5 Gründungszuschuss

Der Gründungszuschuss ist seit 1.8.2006 (vorher Überbrückungsgeld) für bisherige Arbeitnehmer vorgesehen, die durch Aufnahme einer leidensgerechten selbständigen, hauptberuflichen Tätigkeit die Arbeitslosigkeit beendet haben. Die Geldleistung ist zur Sicherung des Lebensunterhalts und zur sozialen Sicherung für die Zeit nach der Existenzgründung möglich. Für diese an sich in der Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung) angesiedelten Leistung (§ 57 SGB III) kommen auch die Rentenversicherungsträger bei Erfüllung der Voraussetzungen (z. B. nach §§ 10 und 11 SGB VI) wegen ihres grundsätzlichen gegenüber der Bundesagentur für Arbeit bestehenden Vorrangs der Leistungserbringung in Betracht.

Der Gründungszuschuss wird für die Dauer von neun Monaten geleistet. Die Zahlung erfolgt als Zuschuss in Höhe des Betrags, den der Selbständige zuletzt als Arbeitslosengeld bezogen hat, zuzüglich 300 EUR monatlich. Eine Verlängerung des Bezugszeitraums um weitere sechs Monate in reduzierter Zuschusshöhe von insgesamt 300 EUR ist möglich.

4.2.6 Sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

Die sonstigen Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben sollen behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ermöglichen oder erhalten (§ 33 Abs. 3 Nr. 6 SGB IX). Die entsprechenden Leistungen lassen sich nicht immer

von den Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes trennen (vgl. Abschnitt. 4.2.1).

4.3 Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen

Die anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen sind Einrichtungen zur Teilhabe und Eingliederung am bzw. ins Arbeitsleben. Sie haben unter anderem die Aufgabe, Personen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, eine Berufsausbildung und Beschäftigung anzubieten und das Erreichen der auch im Teilhaberecht verankerten Zielsetzung zu ermöglichen (§ 136 SGB IX). Die Werkstätten nehmen diejenigen behinderten Menschen auf, die die Aufnahmevoraussetzungen erfüllen, wenn Leistungen zur Teilhabe durch die Rehabilitationsträger gewährleistet sind (§ 137 SGB IX).

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen die Kostenübernahme im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen. Die Voraussetzungen hierfür sind in § 40 SGB IX aufgeführt:

- Im **Eingangsverfahren** müssen die Leistungen zur Teilhabe erforderlich sein, um die Eignung des Versicherten für die Aufnahme in die Werkstatt festzustellen. Die Dauer dieser Leistung beträgt in der Regel drei Monate (im Einzelfall Verkürzung auf bis zu vier Wochen).
- Im **Berufsbildungsbereich** müssen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sein, um den Versicherten zu befähigen, die Leistungsfähigkeit zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen. Außerdem muss zu erwarten sein, dass danach ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbracht wird. Die Höchstdauer dieser Leistung beträgt zwei Jahre (zunächst Bewilligung für ein Jahr).

Im **Arbeitsbereich** der Werkstätten sind Leistungen aus der Rentenversicherung nicht vorgesehen (§ 42 SGB IX).

4.4 Auswahlverfahren

Bei der Auswahl der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit angemessen zu berücksichtigen. Das Auswahlverfahren schließt eine eventuell erforderliche Abklärung der Eignung oder Arbeitserprobung mit ein (§ 33 Abs. 4 SGB IX). Die beiden letztgenannten Aufgaben gehören nicht zu den eigentlichen Teilhabeleistungen. Sie ergänzen lediglich das Einleitungsverfahren (Verwaltungsverfahren) im Rahmen der anstehenden beruflichen Teilhabeleistung. Das bedeutet, hierauf aufbauend werden in der Regel auf einen bestimmten Beruf ausgerichtete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligt. Abklärung der Eignung und Arbeitserprobung dienen somit der Feststellung, welche weiteren Wege zur beruflichen Teilhabe am besten geeignet sind.

Die **Abklärung der Eignung** hat die Aufgabe, das Leistungsvermögen des Betreuten, seine Eignung und Neigung sowie die behinderungsbedingten Auswirkungen auf die spätere berufliche Tätigkeit zu klären und zu beurteilen.

Die **Arbeitserprobung** hat zum Ziel, bei weitgehend geklärter Eignung für einen anderen Beruf Zweifelsfragen hinsichtlich bestimmter Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatzanforderungen zu lösen.

Bei Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben soll der zuständige Rentenversicherungsträger vor Ausführung entsprechender Leistungen zunächst die Bundesagentur für Arbeit am Verwaltungsverfahren beteiligen. Damit werden besondere Erfahrungen und Fachkompetenz dieses Trägers auf dem Gebiet der Arbeits- und Berufsförderung in die Entscheidung des Rentenversicherungsträgers einbezogen.

Auf Anforderung des Rentenversicherungsträgers fertigt die Bundesagentur für Arbeit (örtliche Agentur für Arbeit) eine gutachtliche Stellungnahme an. Sie geht auch auf die Frage der arbeitsmarktlichen Zweckmäßigkeit ein (38 SGB IX). An diese Stellungnahme ist der Rentenversicherungsträger nicht automatisch gebunden. Regelmäßig wird der Rentenversicherungsträger dem Gutachten aber folgen.

ZUSAMMENFASSUNG

- Die Rentenversicherungsträger erbringen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn diese aus gesundheitlichen Gründen für eine dauerhafte Integration ins Berufsleben erforderlich sind. Diese Leistungen verbessern in der Regel nicht den Gesundheitszustand, sondern befähigen auf nichtmedizinische Weise, eine Berufstätigkeit auszuüben. Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kann die Bundesagentur für Arbeit (bzw. die örtliche Agentur für Arbeit) in das verwaltungsmäßige Rehabilitationsverfahren des Rentenversicherungsträgers mit einbezogen werden.
- Die berufliche Rehabilitation setzt sich aus verschiedenen Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zusammen, z. B.: Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes (insbesondere Kfz-Hilfe), Berufsvorbereitung oder berufliche Weiterbildung. Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeiten sind bei der Auswahl der geeigneten Leistungen zu berücksichtigen. In das Auswahlverfahren einbezogen werden Abklärung der Eignung und Arbeitserprobung (beides keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im eigentlichen Sinne, sondern Verwaltungsmaßnahmen), mit denen Leistungsvermögen und Arbeitsplatzanforderungen abgeklärt werden.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

14. Erklären Sie den Unterschied zwischen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.
 15. Zählen Sie die wichtigsten Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf.
 16. Welche drei Leistungsarten sind unter dem Begriff „Kraftfahrzeughilfe“ zusammengefasst?
 17. Erklären Sie den Begriff „Weiterbildung“.
-

5. Zuständigkeitsregelungen

LERNZIEL

- Sie können feststellen, welcher Rehabilitationsträger außerhalb und innerhalb der Rentenversicherung zuständig ist.

5.1 Zuständigkeitsabgrenzung der Rentenversicherungsträger gegenüber anderen Rehabilitationsträgern

Die Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers richtet sich entsprechend dem gegliederten System der Rehabilitation nach § 6 SGB IX und den für ihn geltenden speziellen Leistungsgesetzen. Danach wird die Zuständigkeit nach Art der Leistungen zur Teilhabe (Leistungsgruppen 1 bis 4 nach § 5 SGB IX) und durch die jeweiligen Ursachen der Behinderung, Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis, z. B. Versicherter der Rentenversicherung, oder durch Vor- bzw. Nachrangigkeit einzelner Träger bestimmt.

Die Träger der Rentenversicherung können folgende Leistungen zur Teilhabe erbringen (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX):

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen.

Außerdem sind sonstige Leistungen zur Teilhabe nach § 31 SGB VI vorgesehen.

5.1.1 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Krankenversicherung

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind gegenüber den Krankenkassen vorrangig die Träger der Rentenversicherung zuständig (§§ 9, 15 SGB VI in Verbindung mit § 40 SGB V). Die Träger der Krankenversicherung können derartige Leistungen grundsätzlich nur erbringen, wenn die persönlichen oder versicherungsrechtlichen Voraussetzungen in der Rentenversicherung nicht erfüllt sind (z. B. nicht rentenversichert) oder dort Ausschlussgründe vorliegen (z. B. Beamter).

Weitere Zuständigkeitsabgrenzungen zwischen Trägern der Renten- und Krankenversicherung ergeben sich aus § 13 Abs. 2 SGB VI:

- Grundsätzlich werden von der Rentenversicherung keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit erbracht. Lediglich während der stationären Heilbehandlung auftretende akute Zwischenerkrankungen, sogenannte interkurrente Erkrankungen, werden seitens der Rentenversicherung mitbehandelt, falls dies ohne Verlegung möglich ist. Für ambulante Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) und Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) ist – in Abgrenzung zu Teilhabeleistungen aus der Rentenversicherung – die Krankenversicherung zuständig.

- Ebenfalls keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind von der Rentenversicherung anstelle sonst erforderlicher Krankenhausbehandlung zu erbringen.

Diese grundsätzlichen Abgrenzungskriterien werden auch im Zusammenhang mit dem Verfahren zur Durchführung der Anschlussheilbehandlung (AHB) und bei der Behandlung von Suchtkranken beachtet.

5.1.2 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Unfallversicherung

Bei Arbeitsunfällen (einschließlich Wegeunfälle) und Berufskrankheiten sind die erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben vorrangig von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung – also von den Berufsgenossenschaften oder Unfallkassen – zu erbringen (§§ 1, 26 SGB VII). Dementsprechend sind Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung nicht zulässig, wenn der Versicherte aufgrund der Unfallschädigung gleichartige Leistungen von einem Träger der Unfallversicherung erhalten kann (Ausschluss nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI).

5.1.3 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung)

Die Bundesagentur für Arbeit (bzw. ihre örtliche Agentur für Arbeit) als Träger der Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung) darf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nur erbringen, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist (§ 22 Abs. 2 SGB III). Somit ist die Bundesagentur für Arbeit gegenüber den Rentenversicherungsträgern nachrangig zuständig. Das gilt auch in ihrer Eigenschaft als Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Die grundsätzliche Vorrangigkeit der Rentenversicherungsträger führt jedoch nicht zwangsläufig dazu, dass diese in jedem Fall vor der Bundesagentur für Arbeit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durchzuführen haben. Sollten die erschwerten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§ 11 SGB VI) der Rentenversicherung nicht erfüllt sein, stellt sich für diesen Bereich die Frage der Leistungserbringung überhaupt nicht. Zuständig ist dann – trotz „Nachrangigkeit“ – grundsätzlich die Bundesagentur für Arbeit, auch wenn beispielsweise keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt wurden.

5.1.4 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Alterssicherung der Landwirte

Die landwirtschaftlichen Alterskassen als Träger der Alterssicherung der Landwirte führen für ihre versicherten Landwirte und deren versicherte mitarbeitende Familienangehörige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unter den gleichen Voraussetzungen wie die Rentenversicherung durch (§§ 7 bis 10 ALG). Sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sowohl in der Alterssicherung der Landwirte als auch in der Rentenversicherung erfüllt, ist der Sozialleistungsbereich zuständig, bei dem zuerst der Antrag gestellt wurde.

5.1.5 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Kriegsopferversorgung und entsprechenden Bereichen des sozialen Entschädigungsrechts

Bei Gesundheitsschäden im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts (dem Bereich der Sozialversorgung zugeordnet) sind die erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben vorrangig von den Trägern der Kriegsopferversorgung/Kriegsopferfürsorge (Versorgungsämter) bzw. den sonstigen sozialen Versorgungsverwaltungen zu erbringen (§§ 1, 10, 11, 26 ff. BVG). Die Zuständigkeit dieser Versorgungsverwaltungen ist nicht auf kriegsbedingte Versorgungsschäden nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) beschränkt. Denn im Laufe der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg ist dieses Gesetz durch verschiedene andere Gesetze für entsprechend anwendbar erklärt worden. Deshalb werden bei benötigten Teilhabeleistungen insbesondere folgende Personengruppen vom sozialen Entschädigungs- bzw. Versorgungsrecht erfasst:

- Deutsche bei Gesundheitsschäden, die durch militärischen oder militärähnlichen Dienst (z. B. Soldat im Zweiten Weltkrieg), durch Kriegseinwirkung (z. B. Bomben), Kriegsgefangenschaft oder Internierung entstanden sind (BVG),
- Soldaten der Bundeswehr bei Wehrdienstbeschädigung (Soldatenversorgungsgesetz – SVG),
- Zivildienstleistende bei Zivildienstbeschädigung (Zivildienstgesetz – ZDG),
- politische Häftlinge der ehemaligen DDR bei Haftschäden (Häftlingshilfegesetz – HHG),
- Impfgeschädigte (Infektionsschutzgesetz – IfSG),
- Opfer von Gewalttaten bei hierdurch erlittenen Gesundheitsschäden (Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten – OEG),
- Contergan-Kinder (Conterganstiftungsgesetz – ContStifG).

Dementsprechend sind Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung nicht zu erbringen, wenn der Versicherte aufgrund einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen von einem Träger der Entschädigungs- bzw. Versorgungsverwaltung erhalten kann (Ausschluss nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI).

5.1.6 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Jugendhilfe und Sozialhilfe

Die Träger der Jugendhilfe (SGB VIII) und Sozialhilfe (SGB XII) sind gegenüber den anderen Rehabilitationsträgern – und somit gegenüber den Rentenversicherungsträgern – grundsätzlich nachrangig zuständig.

5.2 Zuständigkeitsabgrenzung innerhalb der Rentenversicherung

In der allgemeinen Rentenversicherung (bis 2004 „Arbeiterrentenversicherung“ und „Angestelltenversicherung“) sind für die Erfüllung der Aufgaben die Regionalträger, die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zuständig (§ 126 SGB VI). Grundsätzlich ist für Versicherte derjenige Rentenversicherungsträger zuständig, der durch die Datenstelle der Rentenversicherung bei der Vergabe der Versicherungsnummer festgelegt worden ist. Diese Festlegung erfolgt in mehreren Schritten nach einem **Zuordnungsschlüssel**, und zwar 55 % für Regionalträger, 40 % für Deutsche Rentenversiche-

rung Bund und 5 % für Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (§ 127 SGB VI). Die örtliche Zuständigkeit der Regionalträger richtet sich bei Leistungsansprüchen im Wesentlichen nach dem Wohnsitz des Betroffenen im Zeitpunkt der wirksamen Antragstellung (§ 128 SGB VI). In der allgemeinen Rentenversicherung ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See hauptsächlich für Beschäftigte der Deutschen Bahn AG und in der Seefahrt zuständig (§ 129 SGB VI). Als Träger der **knappschaftlichen Rentenversicherung** ist sie außerdem im Wesentlichen für Beschäftigte in knappschaftlichen Betrieben zuständig (§ 133 SGB VI).

5.3 Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX

Die Zuständigkeitsvielfalt darf nicht dazu führen, dass sich die Ausführung notwendiger Leistungen zur Teilhabe verzögert. Deshalb ist im Interesse einer schnellen Leistungserbringung ein beschleunigtes Verfahren zur Zuständigkeitsklärung vorgesehen. Dieses kann eine vorläufige Zuständigkeit begründen und damit im Ergebnis eine Vorleistungspflicht von Rehabilitationsträgern zur Folge haben.

Grundsätzlich muss der Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gestellt ist, innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang feststellen, ob er zuständig ist. Sollte das nicht der Fall sein, hat er den Antrag unverzüglich – also ohne schuldhaftes Zögern – an den seiner Meinung nach zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten. Muss für diese Feststellung erst noch die Ursache der Behinderung (z. B. Arbeitsunfall) geklärt werden, ist der Antrag dem Rehabilitationsträger zuzuleiten, der die Leistung zur Teilhabe ohne Rücksicht auf die Ursache zu erbringen hat (§ 14 Abs. 1 SGB IX).

Ist innerhalb der Zweiwochenfrist die Zuständigkeitsprüfung erfolgt und hat der zuerst angegangene Rehabilitationsträger den Antrag wegen fehlender eigener Zuständigkeit an einen anderen Träger weitergeleitet, dann muss dieser – ungeachtet seiner eigenen Einschätzung zur Frage der tatsächlichen Zuständigkeit – die Teilhabeleistungen erbringen, sofern diese in seinem Leistungsspektrum vorgesehen sind und ein Rehabilitationsbedarf besteht. Dem Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet wurde, ist insoweit ein weiteres Abgaberecht verwehrt. Er hat jedoch – wenn sich herausstellt, dass ein anderer Träger zuständig gewesen wäre – gegenüber dem tatsächlich zuständigen Träger einen Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 SGB IX in Verbindung mit den §§ 102 ff. SGB X. Sofern der zweitangegangene Rehabilitationsträger für die Leistung überhaupt nicht als Träger nach § 6 Abs. 1 SGB IX vorgesehen ist (Leistung gehört überhaupt nicht zu seinem Leistungsspektrum), hat er ein individuelles Klärungsrecht, von wem und in welcher Weise über den Antrag entschieden wird.

Konnte der Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag zuerst gestellt wurde, wegen der knappen Zweiwochenfrist nicht rechtzeitig die Zuständigkeit prüfen, hat er damit sein Abgaberecht verwirkt. Mit der Fristversäumung wird nach allgemeiner Auffassung gesetzlich seine Zuständigkeit begründet. Ein Erstattungsanspruch gegen einen anderen Träger ist insoweit ausgeschlossen, es sei denn, die Rehabilitationsträger vereinbaren Abweichendes. Zu einer Leistungspflicht kommt es trotz Fristversäumnisses allerdings dann nicht, wenn die betreffende Leistung überhaupt nicht zum Leistungsspektrum des Rehabilitationsträgers gehört (vgl. §§ 5 und 6 SGB IX).

Wird die Leistung zur Teilhabe aufgrund eines Irrtums erbracht, ist ein Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X ebenfalls ausgeschlossen, soweit die Rehabilitationsträger nicht etwas anderes vereinbaren (§ 14 Abs. 4 SGB IX).

Die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens ist im Einzelnen in der Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung geregelt.

ZUSAMMENFASSUNG

- Die Vielzahl von Rehabilitationsträgern erfordert Zuständigkeitsregelungen. Bei der Zuständigkeitsabgrenzung der Rentenversicherungsträger gegenüber den anderen Trägern bestimmen neben Art der Leistungen auch Ursache der Behinderung, Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen und Vor- bzw. Nachrangigkeit die Zuständigkeit.
- Innerhalb der Rentenversicherung richtet sich die Zuständigkeit nach den Vorschriften des SGB VI (§§ 125 ff.). In der allgemeinen Rentenversicherung sind für die Erfüllung der Aufgaben die Regionalträger, die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zuständig. Die genaue Zuordnung erfolgt über die Vergabe der Versicherungsnummer. Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist außerdem Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung.
- Im Interesse einer schnellen Leistungserbringung muss der Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag gestellt ist, innerhalb von zwei Wochen seine Zuständigkeit prüfen und gegebenenfalls den Antrag unverzüglich weiterleiten (§ 14 SGB IX).

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

18. Stellen Sie fest, welcher Rehabilitationsträger in den nachfolgenden Fällen für die Leistung zuständig ist. Die persönlichen bzw. versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind erfüllt.
- a) stationäre Heilbehandlung aufgrund eines Arbeitsunfalls,
 - b) Akutbehandlung im Krankenhaus wegen Entgiftung,
 - c) stationäre Heilbehandlung wegen Rheuma,
 - d) Weiterbildung (Umschulung) wegen Kreislaufkrankung.
19. Für den in einem knappschaftlichen Betrieb beschäftigten Otto Fux werden Beiträge zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt. Der Versicherte stellt am 16.1.2007 einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung.

Stellen Sie fest, welcher Rentenversicherungsträger für die Leistungen zur Teilhabe zuständig ist.

6. Einleitung des Verfahrens

LERNZIEL

- Sie können das Verwaltungsverfahren von der Einleitung bis zum Abschluss (Entscheidung) erläutern.

6.1 Form der Einleitung

Das Verfahren hinsichtlich der Feststellung von Leistungen zur Teilhabe beginnt grundsätzlich auf Antrag. In bestimmten Fällen kann es auch von Amts wegen eingeleitet werden.

6.1.1 Einleitung auf Antrag

In der Rentenversicherung gilt – im Gegensatz zur Unfallversicherung und Sozialhilfe – das Antragsprinzip (§ 19 SGB IV, § 115 Abs. 1 SGB VI). Das bedeutet, dass auch für Teilhabeleistungen grundsätzlich ein Antrag erforderlich ist. Der Antrag muss im Voraus gestellt werden, damit der Rentenversicherungsträger seine Entscheidung über die zweckmäßigste Durchführung der Leistung sachgerecht treffen kann. Ein nachträglicher Antrag zur rückwirkenden Kostenübernahme (z. B. der bereits durchgeführten Heilbehandlung oder des gekauften Kraftfahrzeugs) ist in der Regel nicht zulässig.

Als Antrag ist jede erkennbare Willenserklärung auf Leistungen des Versicherten anzusehen. Auch formlose Willenserklärungen, z. B. mit einer Postkarte, mündlich oder per E-Mail sind wirksame Anträge. Die formlose Antragstellung kann unter anderem bei der Durchführung von Anschlussheilbehandlungen, bei der Behandlung von Suchtkranken oder auch zur Fristwahrung von Bedeutung sein.

Um eine ordnungsgemäße Bearbeitung des Antrags sicherzustellen, sind trotzdem die von den Versicherungsträgern vorgesehenen Antragsvordrucke auszufüllen und zu unterschreiben. Nur auf diese Weise erhält der Rentenversicherungsträger sämtliche für die Entscheidung notwendigen Angaben. Sie sind erforderlich für die Feststellung, ob und welche Leistungen zur Teilhabe im Einzelfall geeignet sind und gewährleisten eine Gleichbehandlung aller Versicherten.

Der Versicherte muss aufgrund seiner Mitwirkungspflichten alle Tatsachen angeben, die für die Teilhabeleistungen wichtig sind (§§ 60 ff. SGB I). Deshalb ist er verpflichtet, den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gewissenhaft und vollständig auszufüllen.

Dem Antrag soll eine Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Art der Erkrankung sowie über die Notwendigkeit und Erfolgsaussicht der Teilhabeleistung beigelegt werden. Die Kosten für die Bescheinigung werden vom Versicherungsträger nicht übernommen.

Ein Versicherter kann auch gegen seinen Willen von anderen Leistungsträgern (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit) unter Fristsetzung zur Stellung des Antrags auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beim Rentenversicherungsträger aufgefordert werden. Lässt der Versicherte die Frist verstreichen, können die von dort bezogenen Barleistungen, z. B. Krankengeld oder Arbeitslosengeld, eingestellt werden.

Der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe ist an dem Tag rechtswirksam gestellt, an dem er bei einer zur Entgegennahme berechtigten Stelle eingeht. Der Antrag kann bei folgenden Stellen eingereicht werden (§ 16 SGB I, § 93 Abs. 2 SGB IV, § 22 SGB IX):

- Rentenversicherungsträger (einschließlich ihrer Geschäftsstellen, Auskunfts- und Beratungsstellen),
- gemeinsame örtliche Servicestellen der Rehabilitationsträger,
- alle sonstigen (unzuständigen) Leistungsträger im Sinne des Sozialgesetzbuchs (z. B. Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Sozialhilfeträger),
- Gemeindeverwaltungen (einschließlich ihrer Krankenhäuser),
- deutsche Auslandsvertretungen (z. B. Botschaften, Konsulate, Handelsvertretungen),
- Versicherungsämter.

Zur wirksamen Antragstellung sind nicht nur Versicherte berechtigt, die nach dem bürgerlichen Recht volljährig und damit geschäftsfähig sind. Auch Minderjährige, die handlungsfähig sind, können den Antrag für sich stellen (§ 11 Abs. 1 SGB X). Handlungsfähigkeit besteht – soweit diese nicht vom gesetzlichen Vertreter eingeschränkt ist – nach Vollendung des 15. Lebensjahres (§ 36 SGB I). Ferner sind zur Antragstellung berechtigt: gesetzliche Vertreter und Bevollmächtigte.

6.1.2 Einleitung von Amts wegen

Teilhabeleistungen können in bestimmten Fällen von der Rentenversicherung auch von Amts wegen eingeleitet werden. „Von Amts wegen“ bedeutet, dass der Rentenversicherungsträger von sich aus tätig wird, obwohl kein Antrag des Betroffenen vorliegt. Dennoch dürfen niemandem Leistungen zur Teilhabe aufgezwungen werden. Deshalb gibt es die Leistungen auch von Amts wegen nur, wenn der Versicherte ihnen zustimmt (§ 9 Abs. 4 SGB IX). Diese Zustimmung gilt dann als Antrag (§ 115 Abs. 4 SGB VI). Damit wird letztlich auch hier das Antragsprinzip gewahrt.

Die Notwendigkeit der Zustimmung zur angebotenen Leistung gilt generell, und zwar unabhängig davon, ob das Verfahren von Amts wegen oder auf Antrag eingeleitet wurde. Im letzteren Fall braucht der Versicherte nicht zusätzlich eine förmliche Zustimmungserklärung abzugeben. Denn der Antrag beinhaltet grundsätzlich die Zustimmung zur begehrten Leistung. Auch durch schlüssiges Handeln, z. B. Annahme der Leistung zur Teilhabe oder Anreise zum Rehabilitationsort, ist eine Zustimmung sichtbar geworden und erteilt.

In folgenden Fällen kann das verwaltungsmäßige Verfahren zur Erbringung von Teilhabeleistungen von Amts wegen eingeleitet werden:

- der Rentenversicherungsträger erkennt im Zuge des Rentenverfahrens, dass Leistungen zur Teilhabe notwendig sind,
- andere Rehabilitationsträger machen dem zuständigen Rentenversicherungsträger Mitteilung, dass Teilhabeleistungen angezeigt sind,
- bei Anschlussrehabilitation bzw. Anschlussheilbehandlung (AHB),
- bei Suchtbehandlung.

Besondere Bedeutung haben in diesem Zusammenhang die Fälle, in denen Anträge auf Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gestellt sind. Unabhängig von der Entscheidung über den Rentenanspruch prüft der Rentenversicherungsträger von Amts wegen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind (§ 8 Abs. 1 SGB IX).

6.2 Durchführung und Abschluss des Verfahrens

Nach Einleitung des Verwaltungsverfahrens auf Antrag oder von Amts wegen prüft der Rentenversicherungsträger, ob die Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe vorliegen. Es werden die persönlichen (medizinischen) Voraussetzungen, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und eventuelle Ausschlussgründe festgestellt (vgl. Kapitel 8). Zweckmäßigerweise werden zuerst die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und das Vorliegen von Ausschlussgründen geprüft. Sollte danach kein Anspruch bestehen, bleiben dem Versicherten unter Umständen unnötige ärztliche Untersuchungen erspart bzw. der Antrag wird unverzüglich dem zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet (vgl. auch Abschnitt. 5.3).

Sind alle Ermittlungen und Feststellungen im Verwaltungsverfahren abgeschlossen, entscheidet der Rentenversicherungsträger über die infrage kommenden Leistungen zur Teilhabe durch einen Verwaltungsakt (§§ 31 ff. SGB X). Da es um die Entscheidung über den Anspruch auf eine Leistung geht, ist die Schriftform erforderlich (§ 117 SGB VI). Diese Entscheidung ist ein Bescheid. Je nach Ausgang des Verfahrens wird zwischen Bewilligungsbescheid und Ablehnungsbescheid unterschieden.

Gegen den schriftlichen Bescheid kann als Rechtsbehelf Widerspruch eingelegt werden (§ 36 SGB X). Anschließend besteht die Möglichkeit einer Überprüfung der Entscheidung im sozialgerichtlichen Verfahren (gemäß Sozialgerichtsgesetz – SGG).

ZUSAMMENFASSUNG

- Das verwaltungsmäßige Verfahren hinsichtlich der Feststellung der Leistungen zur Teilhabe wird auf Antrag oder von Amts wegen eingeleitet. Im letzteren Fall gilt die ohnehin notwendige Zustimmung des Versicherten als Antrag.
- Während der Durchführung des Verwaltungsverfahrens stellt der zuständige Rentenversicherungsträger fest, ob die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen und eventuelle Ausschlussgründe bestehen.
- Abgeschlossen wird das Verfahren durch die schriftliche Entscheidung des Versicherungsträgers. Diese Entscheidung ist ein Verwaltungsakt und heißt „Bescheid“.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

20. Nennen Sie die beiden Möglichkeiten, die für die Einleitung des Verfahrens auf Feststellung der Leistungen zur Teilhabe bestehen.
21. Erklären Sie den Begriff „Handlungsfähigkeit“, und nennen Sie seine Bedeutung für die Antragstellung.
22. Wodurch wird das Verwaltungsverfahren über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe abgeschlossen, und weshalb bedarf die Entscheidung der Schriftform?

7. Mitwirkung des Leistungsberechtigten

LERNZIEL

- Sie können den Umfang der Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten sowie die Rechtsfolgen fehlender Mitwirkung erläutern.

7.1 Umfang der Mitwirkungspflichten

Um das Ziel der Leistungen zur Teilhabe, nämlich

- den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken und
- ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder die Wiedereingliederung zu ermöglichen,

zu erreichen, bedarf es bestimmter Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten. Werden diese Pflichten nicht erfüllt, kann es zu Rechtsnachteilen für den Betroffenen kommen.

Die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten sind im allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuchs genannt (§§ 60 ff. SGB I). Sie betreffen die Aufklärung des Sachverhalts und die Verpflichtung zur Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Grundgedanke der Mitwirkungspflicht ist, dass das Sozialstaatsprinzip nicht nur Ansprüche begründet, sondern auch soziale Verpflichtungen des Einzelnen gegenüber der Allgemeinheit enthält. So ist mit dem Recht auf Sozialleistungen die grundsätzliche Pflicht zur Abwendung oder Minderung des „Schadens“ verbunden, der die Leistungen begründet.

7.1.1 Aufklärung des Sachverhalts

Der Versicherte hat die Pflicht, im notwendigen Maße an der Aufklärung des Sachverhalts, der für die Feststellung der Leistungen zur Teilhabe erforderlich ist, mitzuwirken (§§ 60 bis 62 SGB I).

Deshalb muss der Betreffende alle Tatsachen wahrheitsgemäß angeben und Auskünften durch Dritte, z. B. den Hausarzt oder den Arbeitgeber, zustimmen, die für die Frage der Rehabilitation bzw. Teilhabe rechtserheblich sind (§ 60 SGB I). Erforderliche Beweismittel, z. B. ärztliche Gutachten, Sozialberichte oder Röntgenbilder, sind zu benennen bzw. vorzulegen.

Sollte es im Einzelfall für die Entscheidung über die Teilhabeleistung erforderlich sein, hat der Versicherte auf Verlangen des Rentenversicherungsträgers persönlich zu erscheinen (§ 61 SGB I). Diese Aufforderung kann an den Versicherten ergehen, wenn es notwendig ist, den Antrag mündlich zu erörtern, oder um bestimmte für die Entscheidung wichtige Maßnahmen einzuleiten.

Soweit es für die Entscheidung über die Teilhabeleistung erforderlich ist, hat sich der Versicherte auf Verlangen des Rentenversicherungsträgers auch ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen (§ 62 SGB I). Diese können notwendig sein, um festzustellen,

welche Hilfen überhaupt infrage kommen oder ob eine Erfolgsaussicht der beantragten Leistungen besteht.

7.1.2 Teilnahme an Heilbehandlung oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die wichtigste Mitwirkungspflicht des Versicherten im Bereich der Teilhabeleistungen bezieht sich auf seine Teilnahme an notwendiger Heilbehandlung oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 63 und 64 SGB I).

Der Versicherte soll eine Heilbehandlung, also Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen, wenn zu erwarten ist, dass damit eine Besserung des Gesundheitszustands herbeigeführt oder eine Verschlechterung verhindert wird (§ 63 SGB I). Diese Mitwirkungspflicht erschöpft sich nicht darin, dass der Betreffende die Leistungen passiv über sich ergehen lässt. Vielmehr muss er nach Kräften am Rehabilitations- bzw. Teilhabeerfolg mitarbeiten. Besondere Bedeutung erlangt die Pflicht zur Mitwirkung des Leistungsberechtigten, wenn dieser gar keine Teilhabeleistungen beantragt hat, sondern ihm solche im Zuge des Rentenverfahrens angeboten werden.

Angemessenen Wünschen des Versicherten, z. B. die Zuweisung eines bestimmten Rehabilitationsorts oder die Ausklammerung bestimmter Zeiten, soll der Rentenversicherungsträger im Interesse des Rehabilitations- bzw. Teilhabeerfolges nach Möglichkeit entsprechen. Sie dürfen dem Ziel der Rehabilitation und Teilhabe nicht entgegenstehen (§ 33 SGB I, § 9 Abs. 1 SGB IX).

Auf Verlangen des zuständigen Rentenversicherungsträgers soll der Versicherte auch an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen (§ 64 SGB I). Die Aufforderung zur Teilnahme an solchen Leistungen wird der Versicherte – z. B. im Zuge des Rentenverfahrens – nur erhalten, wenn bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, dass sie die Erwerbsfähigkeit auf Dauer erhalten oder wiederherstellen.

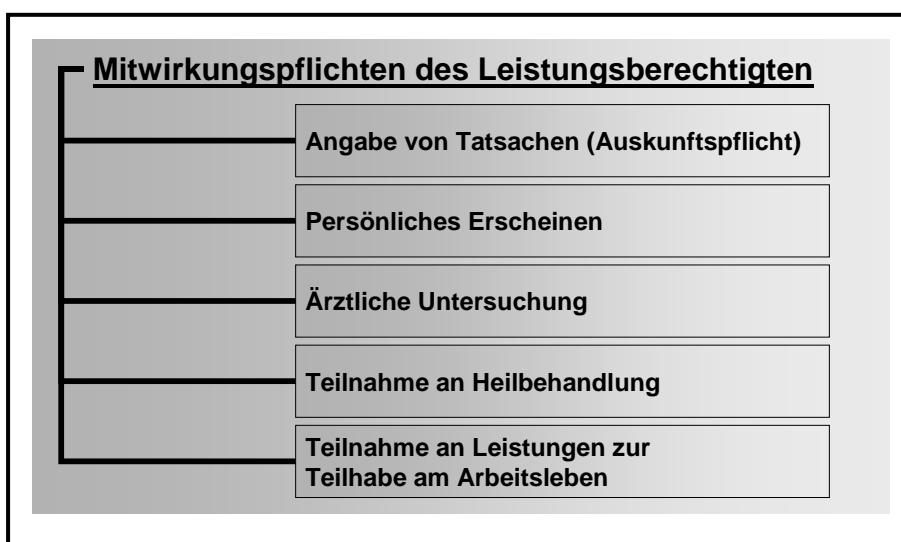


Abbildung 10: Die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten (§§ 60 bis 64 SGB I)

7.2 Grenzen der Mitwirkung

Der Versicherte ist nicht zur generellen Mitwirkung verpflichtet. Die genannten Mitwirkungspflichten finden ihre Grenzen in der Zumutbarkeit der Leistung und körperlichen Unversehrtheit des Leistungsberechtigten (§ 65 SGB I).

Keine Mitwirkungspflicht des Betroffenen besteht in folgenden Fällen:

- Erfüllung steht in keinem angemessenen Verhältnis zur Teilhabeleistung,
- Unzumutbarkeit aus einem wichtigen Grund,
- Rentenversicherungsträger kann sich die erforderlichen Kenntnisse mit geringerem Aufwand beschaffen,
- Behandlungen oder Untersuchungen schließen einen Schaden für Leben bzw. Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit aus,
- Behandlungen oder Untersuchungen sind mit erheblichen Schmerzen verbunden,
- Behandlungen oder Untersuchungen sind mit einem erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit verbunden (z. B. bei Operation),
- Angaben setzen Leistungsberechtigten oder nahe stehende Personen der Gefahr einer strafrechtlichen Verfolgung oder eines Ordnungswidrigkeitsverfahrens aus.

In diesen Fällen darf der Versicherte die Mitwirkung berechtigt verweigern. Nachteilige Folgen der fehlenden Mitwirkung entstehen ihm nicht.

7.3 Folgen fehlender Mitwirkung

Kommt jemand seinen bestehenden Mitwirkungspflichten pflichtwidrig nicht nach, können sich für ihn nachteilige Rechtsfolgen ergeben (§ 66 SGB I). Diese Nachteile treten jedoch nicht ein, wenn der Berechtigte die Mitwirkung zu Recht verweigern darf (vgl. Abschnitt 7.2).

Nachteilige Rechtsfolgen können sich für den Leistungsberechtigten bei fehlender Mitwirkung ergeben, wenn er

- pflichtwidrig die mögliche Sachaufklärung verzögert bzw. verhindert oder
- pflichtwidrig an einer zumutbaren Heilbehandlung oder Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht teilnimmt.

7.3.1 Verzögerung oder Verhinderung der Sachaufklärung

Kommt der Versicherte seiner Mitwirkungspflicht, Tatsachen anzugeben, Beweismittel zu benennen bzw. einzureichen oder sich untersuchen zu lassen, nicht nach, so verzögert oder verhindert er damit unter Umständen pflichtwidrig die mögliche Aufklärung des Sachverhalts. Der Rentenversicherungsträger ist dann berechtigt, von weiteren eigenen Ermittlungen abzusehen und nach vorherigem schriftlichen Hinweis auf die Folgen, den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe abzulehnen. Bereits bewilligte Leistungen können versagt oder entzogen werden (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Wird die Mitwirkung später nachgeholt, kann der Rentenversicherungsträger die versagten oder entzogenen Leistungen bei Erfüllung der Voraussetzungen nachträglich erbringen (§ 67 SGB I).

7.3.2 Nichtteilnahme an Heilbehandlung oder Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

Kommt der Versicherte seiner Mitwirkungspflicht zur Durchführung einer zumutbaren Leistung zur medizinischen Rehabilitation (Heilbehandlung) oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht nach, kann sich aufgrund seines pflichtwidrigen Verhaltens für ihn ein Bedarf an kostenaufwändigen anderen Sozialleistungen ergeben. Andere Sozialleistungen innerhalb oder außerhalb der Rentenversicherung sind z. B.: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Krankengeld oder Arbeitslosengeld. Diese Leistungen können vom zuständigen Leistungsträger (z. B. Rentenversicherungsträger, Krankenkasse, Agentur für Arbeit) ganz oder teilweise versagt bzw. entzogen werden, das heißt die Zahlung wird unter Umständen abgelehnt (§ 66 Abs. 2 SGB I).

Voraussetzung für die Versagung (Entziehung) ist, dass unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass wegen der Weigerung des Versicherten die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wurde. Zwischen der Weigerung des Versicherten, die angebotene Leistung zur Teilhabe ausführen zu lassen und der zur anderen Sozialleistung führenden Beeinträchtigung muss also ein ursächlicher Zusammenhang bestehen.

Bei Versagung oder Entziehung der Sozialleistung ist auch hier zu beachten, dass der Leistungsberechtigte vorher auf diese Folge schriftlich hingewiesen wurde und er seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist (§ 66 Abs. 3 SGB I). Wird die Mitwirkung später nachgeholt, kann der Leistungsträger die versagte oder entzogene Leistung bei Erfüllung der Voraussetzungen nachträglich erbringen (§ 67 SGB I).

Der Versicherte kann die Folgen fehlender Mitwirkung (Versagung oder Entziehung anderer Leistungen) nicht dadurch umgehen, dass er „einfach“ auf die von ihm nicht gewünschte Teilhabeleistung verzichtet. Zwar ist ein Verzicht auf Sozialleistungen zulässig (§ 46 Abs.1 SGB I). Das gilt allerdings nicht, wenn dadurch andere belastet oder Rechtsvorschriften umgangen werden. In diesen Fällen ist der Verzicht unwirksam (§ 46 Abs. 2 SGB I). Ein Verzicht auf notwendige Leistungen zur Teilhabe würde zur Umgehung gesetzlicher Vorschriften (z. B. über die Mitwirkungspflichten und dem Prinzip „Teilhabeleistung vor Rente“) führen und Leistungsträger belasten. Der Verzicht wäre daher nichtig.

ZUSAMMENFASSUNG

- Für den Versicherten gibt es beim Verwaltungsverfahren hinsichtlich der Leistungen zur Teilhabe Mitwirkungspflichten. Sie bestehen darin, dass er zur Aufklärung des Sachverhalts beiträgt und dabei auch ärztliche Untersuchungen akzeptiert. An angebotenen – zumutbaren – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hat er grundsätzlich teilzunehmen.
- Keine Mitwirkungspflicht besteht bei Unzumutbarkeit, z. B. bei Schaden für Gesundheit, oder bei erheblichem Eingriff in die körperliche Unversehrtheit (= Grenzen der Mitwirkung).
- Werden Mitwirkungspflichten nicht erfüllt, ergeben sich unter Umständen nachteilige Rechtsfolgen. Diese bestehen in der Ablehnung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe oder im Versagen bzw. Entziehen anderer Sozialleistungen (z. B. Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit), die nunmehr erforderlich wären.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

23. Zählen Sie die verschiedenen Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten im Zusammenhang mit dem Verfahren auf Feststellung von Leistungen zur Teilhabe auf.
24. Erklären Sie die Bezeichnung „Grenzen der Mitwirkungspflicht“, und nennen Sie die typischen Beispiele.
25. Erläutern Sie die Rechtsfolgen bei fehlender Mitwirkung.

8. Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe

LERNZIEL

- Sie können feststellen, ob die Voraussetzungen für Teilhabeleistungen vorliegen und gegebenenfalls Ausschlussgründe bestehen.

Teilhabeleistungen aus der Rentenversicherung können – Antrag bzw. Zustimmung des Betroffenen vorausgesetzt – nur bewilligt werden, wenn sowohl die persönlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB VI) als auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§ 11 SGB VI) erfüllt sind und keine Ausschlussgründe (§ 12 SGB VI) vorliegen.

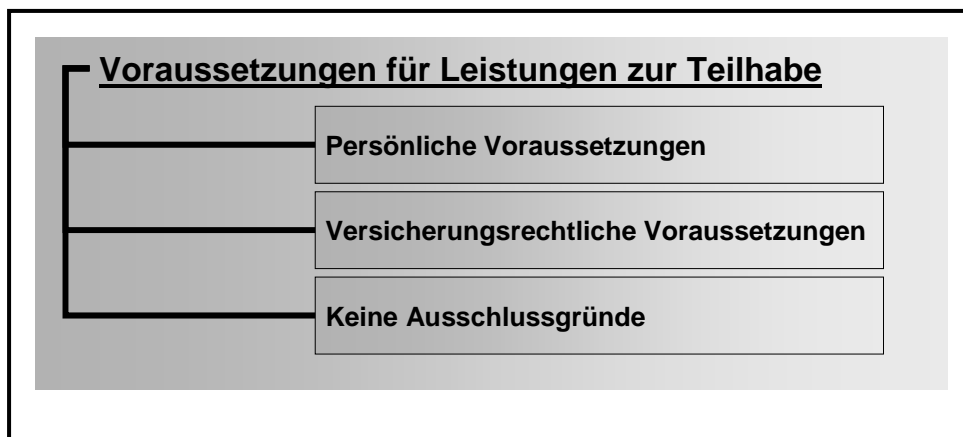


Abbildung 11: Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung

8.1 Persönliche Voraussetzungen

Als persönliche Voraussetzungen bezeichnet man im Wesentlichen die medizinischen Erfordernisse, die für Teilhabeleistungen aus der Rentenversicherung vorliegen müssen. Diese persönlichen Voraussetzungen sind (§ 10 SGB VI):

- a) erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge Krankheit oder körperlicher, geistiger bzw. seelischer Behinderung (also aus gesundheitlichen Gründen) und
- b) Erfolgsaussicht der Leistungen zur Teilhabe
 - durch voraussichtliche Abwendung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit) oder
 - durch voraussichtliche wesentliche Besserung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit oder Abwendung einer wesentlichen Verschlechterung (bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit) oder
 - durch Erhalt des (Teilzeit-) Arbeitsplatzes mittels Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (bei teilweiser Erwerbsminderung).

Die Erwerbsfähigkeit des Versicherten muss also erheblich gefährdet oder gemindert sein, und es muss außerdem eine Erfolgsaussicht der Teilhabeleistung bestehen. Von einer Erfolgsaus-

sicht ist auszugehen, wenn der Erfolg der Teilhabeleistung überwiegend – also über 50 Prozent – wahrscheinlich ist. Zur Klärung der medizinischen Fragen wird der ärztliche Dienst eingeschaltet.

8.1.1 Erwerbsfähigkeit

Unter der Erwerbsfähigkeit versteht man die Fähigkeit des Versicherten, sich unter Ausnutzung der Arbeitsmöglichkeiten, die sich ihm nach seinen Kenntnissen sowie körperlichen und geistigen Fähigkeiten im gesamten Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, einen Erwerb zu verschaffen. Gemeint ist damit die Fähigkeit zum Erwerb von Einkünften aus einer Beschäftigung oder Tätigkeit, also aus einer Erwerbstätigkeit. Hieraus erzielte Einkünfte werden als Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Lohn oder Gehalt bezeichnet.

Es muss eine erhebliche Gefährdung oder Minderung dieser Erwerbsfähigkeit vorliegen. Erhebliche Gefährdung ist anzunehmen, wenn nach dem erwarteten Verlauf der Krankheit oder der Behinderung eine Minderung der Erwerbsfähigkeit innerhalb von drei Jahren zu erwarten ist. Bei Minderung der Erwerbsfähigkeit ist als der „schwerere Fall“ eine nicht unwesentliche Einbuße in der Leistungsfähigkeit bereits eingetreten.

8.1.2 Krankheit oder Behinderung

Die Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit muss auf Krankheit bzw. körperliche, geistige oder seelische Behinderung zurückzuführen sein. Das bedeutet, dass die persönlichen Voraussetzungen nur erfüllt sein können, wenn gesundheitliche Gründe für die Leistungseinschränkung ausschlaggebend sind. Liegen andere Gründe – z. B. Arbeitslosigkeit wegen Abbaus von Arbeitsplätzen – für die Minderung der Erwerbsfähigkeit vor, sind in Betracht kommende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus der Rentenversicherung nicht zu erbringen (zuständig dann grundsätzlich Bundesagentur für Arbeit mit Leistungen aus der Arbeitsförderung bzw. der Grundsicherung für Arbeitsuchende).

Krankheit ist ein vorübergehender regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand, bei dem die geordneten Funktionsabläufe im menschlichen Körper oder Geist gestört sind. Normalerweise setzt Krankheit Behandlungsbedürftigkeit voraus oder hat Arbeitsunfähigkeit zur Folge.

Behinderung ist ein voraussichtlich über sechs Monate andauernder regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand. Er führt zu Einschränkungen oder zum Verlust von Fähigkeiten, die Voraussetzung für eine normale Lebensführung sind.

8.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind in § 11 SGB VI geregelt. Sie sind für Leistungen zur medizinische Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben teilweise unterschiedlich. Für die medizinische Rehabilitation gelten die Absätze 1, 2 und 3 der Vorschrift, während für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Absätze 1, 2a und 3 maßgebend sind. Es genügt, wenn wahlweise eine der infrage kommenden Voraussetzungen erfüllt ist. Eine bestimmte Rangfolge ist vom Gesetzgeber nicht festgelegt.

Bei der Beurteilung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen kommt es jeweils auf den Zeitpunkt der wirksamen Antragstellung an (vgl. Abschnitt 6.1.1). Soweit der Rentenversicherungsträger von Amts wegen Teilhabeleistungen erbringen will, gilt der Tag der Zustimmung des Versicherten als Zeitpunkt der Antragstellung (§ 115 Abs. 4 SGB VI).



Abbildung 12: Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung (§ 11 SGB VI)

8.2.1 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur medizinischen Rehabilitation

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind für alle Arten der Leistungen zur Teilhabe erfüllt, wenn der Versicherte die Wartezeit von 15 Jahren bei Antragstellung erreicht hat (§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI). Als Wartezeit bezeichnet man die für die jeweilige Rentenart erforderliche Mindestversicherungszeit (§ 34 Abs. 1 SGB VI). Die 15 Jahre setzen sich aus 180 Kalendermonaten anrechenbarer Zeiten im Sinne des § 51 Abs. 1 und 4 SGB VI zusammen, das heißt aus Beitragszeiten (Pflichtbeiträge und freiwillige Beiträge) und Ersatzzeiten (§ 250 SGB VI). Gegebenenfalls kommen noch Wartezeitmonate aus Versorgungsausgleich, Rentensplitting oder geringfügiger versicherungsfreier Beschäftigung hinzu (§ 52 SGB VI).

Wegen Einzelheiten zur Wartezeit sowie zu den Beitrags- und Ersatzzeiten wird auf die Studientexte Nr.19 „Wartezeiten“ und Nr. 23 „Versorgungsausgleich“ verwiesen.

Alternativ sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Teilhabeleistungen auch dann erfüllt, wenn bei Antragstellung eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen wird (§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI). Hierunter fallen die Renten wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung (§§ 43, 240 SGB VI) und im Bereich der knappschaftlichen Rentenversicherung außerdem die Rente für Bergleute wegen im Bergbau verminderter Berufsfähigkeit (§ 45 SGB VI). Auch die in der Vergangenheit bewilligten Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit sowie Invalidenrenten, die in den neuen Bundesländern im Rahmen der Vertrauensschutzregelungen (RÜG) gezahlt werden, gehören dazu. Wegen Einzelheiten zu diesen Renten wird auf den Studientext Nr.17 „Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit“ verwiesen.

Darüber hinaus sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für überlebende Ehegatten erfüllt, die im Zeitpunkt der Antragstellung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, z. B. teilweiser Erwerbsminderung, Anspruch auf große Witwen- oder Witwerrente nach § 46 SGB VI haben (§ 11 Abs. 3 SGB VI). Diese Regelung bedeutet, dass auch nichtversicherte Personen Leistungen zur Teilhabe erhalten können. Sie gelten dann – nur für das Rehabilitations- und Teilhaberecht – als Versicherte.

Die verminderte Erwerbsfähigkeit muss beim überlebenden Ehegatten der alleinige Grund für den Anspruch auf die große Witwen- oder Witwerrente sein (§ 46 Abs. 2 Nr. 3 SGB VI). Wer bei Antragstellung bereits das 45. Lebensjahr vollendet hat oder ein Kind erzieht, erfüllt diese Voraussetzung nicht. Dies ist in dem Prinzip „Teilhabeleistung vor Rente“ begründet (vgl. Abschnitt 1.2.1). Denn nur, wenn die verminderte Erwerbsfähigkeit der alleinige Grund für den Anspruch auf die große Rente ist, kann diese Rente nach Beseitigung der Erwerbsminderung in die kleine Witwen- bzw. Witwerrente „umgewandelt“ werden bzw. der Witwen- oder Witwerrentenanspruch entfällt vollständig, weil die Zweijahresfrist nach § 46 Abs. 1 Satz 2 SGB VI bereits abgelaufen ist. Der Anspruch auf die große Witwen- oder Witwerrente braucht nur dem Grunde nach zu bestehen. Ein fehlender Zahlungsanspruch infolge Einkommensanrechnung (§ 97 SGB VI) ist unschädlich. Hinsichtlich des Anspruchs auf große Witwen- bzw. Witwerrente wird auf den Studientext Nr. 18 „Renten wegen Todes“ verwiesen.

Geschiedene Ehegatten mit einem Anspruch auf große Witwen- bzw. Witwerrente (§ 243 SGB VI) erfüllen als Hinterbliebene nicht die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 Abs. 3 SGB VI. Der Begriff „überlebende Ehegatten“ bedeutet nach Auffassung der Rentenversicherungsträger, dass zum Zeitpunkt des Todes des Versicherten eine gültige Ehe bestanden haben muss. Im Übrigen werden die Bezieher einer solchen Geschiedenenrente wegen des vor dem 1.7.1977 liegenden Scheidungsdatums das 45. Lebensjahr zwischenzeitlich vollendet haben.

8.2.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen nur für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Lediglich für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – also nicht für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen außerdem unter den Bedingungen des § 11 Abs. 2 SGB VI erfüllt.

Es genügt, wenn in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung mindestens sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen belegt sind (§ 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB VI). Pflichtbeiträge in diesem Sinne sind sämtliche Arten von Beiträgen, die wegen Versicherungspflicht in der deutschen Rentenversicherung gezahlt sind oder als gezahlt gelten (§ 11 Abs. 2 Satz 2 SGB VI in Verbindung mit der Gleichstellungsklausel in § 55 Abs. 2 SGB VI). Außer den Pflichtbeiträgen

aufgrund einer versicherten Beschäftigung oder Tätigkeit (§§ 1, 2 SGB VI) gehören also z. B. auch Pflichtbeiträge aufgrund von Wehr- bzw. Zivildienstpflicht (§ 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VI), Sozialleistungsbezugs (§ 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI) oder wegen Kindererziehung (§ 56 SGB VI) dazu.

Der Zweijahreszeitraum berechnet sich nach § 26 SGB X in Verbindung mit den §§ 187 und 188 BGB und endet somit am Tag vor der Antragstellung. Die „Feiertagsregelung“ des § 26 Abs. 3 SGB X gilt bei dieser „Rückwärtsfrist“ nicht.

Beispiel:

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe	19.6.2007
Zweijahreszeitraum	19.6.2005 bis 18.6.2007

Sollten die erforderlichen sechs Pflichtbeiträge zwar nicht im eigentlichen Zweijahreszeitraum, jedoch in einem späteren – höchstens bis zur Entscheidung über den Antrag gehenden – Zeitraum vorliegen, sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ebenfalls erfüllt. In diesen Fällen unterstellen die Rentenversicherungsträger, dass der Versicherte bei entsprechender Aufklärung und Beratung (§§ 13 und 14 SGB I) den ursprünglichen Antrag zurückgenommen und einen erneuten späteren Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestellt hätte.

Beispiel:

Pflichtbeiträge	1.4.2007 bis 15.9.2007
Antrag auf Leistungen zur Teilhabe	19.8.2007
Entscheidung des Rentenversicherungsträgers	13.10.2007
Eigentlicher Zweijahreszeitraum	19.8.2005 bis 18.8.2007 = 5 KM Pflichtbeiträge
Verschobener Zweijahreszeitraum	13.10.2005 bis 12.10.2007 = 6 KM Pflichtbeiträge

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind somit erfüllt.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch erfüllt, wenn der Versicherte innerhalb von zwei Jahren nach dem Ende einer Ausbildung eine pflichtversicherte Beschäftigung oder Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt hat (§ 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI). Der Antragsteller muss also grundsätzlich von der erstmaligen Aufnahme der Berufstätigkeit nach der Ausbildung bis zur Antragstellung ununterbrochen versicherungspflichtig beschäftigt oder tätig gewesen sein. Nicht erforderlich ist, dass die Berufstätigkeit stets bei demselben Arbeitgeber ausgeübt wurde.

Unter Ausbildung ist die Schul- und Berufsausbildung zu verstehen. Ein erfolgreicher Abschluss ist nicht notwendig. Von einer Ausbildung im Sinne der Rentenversicherung ist aber nur auszugehen, wenn Zeit und Arbeitskraft hierdurch überwiegend (mehr als 20 Stunden pro

Woche) in Anspruch genommen werden. Bei mehreren Ausbildungen ist von der letzten auszugehen.

Beispiel:

Schulausbildung	1.7.1995 bis 30.6.1997
versicherte Beschäftigung	1.11.2000 bis 31.3.2002
Studium	1.10.2005 bis 15.3.2006 (Abbruch)
versicherte Beschäftigung	1.6.2007 bis 31.7.2007
Antrag auf Leistungen zur Teilhabe	15.7.2007

Die versicherte Beschäftigung ist fristgerecht am 1.6.2007 innerhalb des maßgebenden Zweijahreszeitraums (16.3.2006 bis 15.3.2008) aufgenommen worden. Die Beschäftigung wurde auch ununterbrochen bis zur Antragstellung ausgeübt. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind erfüllt.

Normalerweise muss das versicherte Arbeitsverhältnis bis zur Antragstellung bestehen. Alternativ reicht es aber aus, wenn der Versicherte bei vorher beendeter versicherter Beschäftigung oder Tätigkeit im unmittelbaren Anschluss daran ohne Unterbrechung bis zur Antragstellung arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen ist. In diesem Fall muss der Zeitraum zwischen Aufnahme der versicherten Berufstätigkeit innerhalb von zwei Jahren nach Ausbildungsende und dem Antrag lückenlos mit Pflichtbeiträgen, Arbeitsunfähigkeits- und Arbeitslosenzeiten belegt sein.

Beispiel:

Schulausbildung	11.4.2003 bis 31.3.2005
versicherte Beschäftigung	1.3.2007 bis 15.4.2007
Arbeitsunfähigkeit	16.4.2007 bis 31.7.2007
Antrag auf Leistungen zur Teilhabe	10.7.2007

Die versicherte Beschäftigung ist fristgerecht am 1.3.2007 innerhalb des maßgebenden Zweijahreszeitraumes (1.4.2005 bis 31.3.2007) aufgenommen worden. Im unmittelbaren Anschluss an diese Beschäftigung liegt bis zum Antrag Arbeitsunfähigkeit vor. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind erfüllt.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch von demjenigen erfüllt, der vermindert erwerbsfähig (also insbesondere teilweise oder voll erwerbsgemindert) ist oder bei dem dies in absehbarer Zeit (innerhalb von drei Jahren) zu erwarten ist, wenn die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren bei Antragstellung erreicht ist (§ 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB VI). Diese Wartezeit setzt sich aus 60 Kalendermonaten anrechenbarer Zeiten im Sinne des § 51 Abs. 1 und 4 SGB VI – also Beitrags- und Ersatzzeiten – und den Wartezeitmonaten aus Versorgungsausgleich, Rentensplitting oder geringfügiger versicherungsfreier Beschäftigung (§ 52 SGB VI) zusammen (vgl. hierzu den Studententext Nr. 19

„Wartezeiten“ und Studententext Nr. 23 „Versorgungsausgleich“). Die allgemeine Wartezeit kann auch vorzeitig erfüllt sein (§ 53 SGB VI).

8.2.3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen nur für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch dann erfüllt, wenn

- ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu zahlen wäre oder
- diese Leistungen unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung erforderlich sind (§ 11 Abs. 2a SGB VI).

Diese Sonderregelungen bewirken seit 1993 eine Zuständigkeitsverlagerung von der Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung) zur Rentenversicherung. Denn auch solche Versicherten, die keine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§§ 43, 45, 240 SGB VI) beziehen, können bereits dann Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus der Rentenversicherung erhalten, wenn sie Anspruch auf eine solche Rente hätten. Dies gilt unabhängig davon, ob ein Rentenantrag gestellt ist.

Ebenso kann der Rentenversicherungsträger nach durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im unmittelbaren Anschluss daran erforderliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen. In diesem Fall wird das gesamte Leistungsverfahren innerhalb der Rentenversicherung durchgeführt. Dies fördert den zügigen und kontinuierlichen Ablauf der Teilhabeleistungen.

HINWEIS:

- Sollten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur medizinischen Rehabilitation nicht erfüllt sein, können diesen Personen, z. B. nichtversicherten Ehegatten oder Kindern von Versicherten bzw. Rentnern, gegebenenfalls sonstige Leistungen (§ 31 SGB VI) bewilligt werden (vgl. hierzu Studententext Nr. 14 „Ergänzende und sonstige Leistungen, Zuzahlung“).

8.3 Ausschluss von Leistungen zur Teilhabe

Trotz Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung unzulässig, wenn Ausschlussgründe vorliegen (§ 12 Abs. 1 SGB VI). Zum Leistungsausschluss kommt es, falls aus anderen Sozialleistungsbereichen oder sonstigen Sicherungssystemen vorrangig entsprechende Leistungen zu erbringen sind oder das Erwerbsleben aus Altersgründen bereits abgeschlossen ist.

Keine Leistungen zur Teilhabe werden aus der Rentenversicherung für Versicherte in folgenden Fällen erbracht:

- Bei Teilhabeleistung wegen eines Arbeitsunfalls (einschließlich Wegeunfall) oder einer Berufskrankheit bzw. einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts.

In diesen Fällen haben vorrangig die Berufsgenossenschaften oder Versorgungsämter die Leistungen zu erbringen (vgl. Abschnitte 5.1.2 und 5.1.5).

- Bei Bezug oder Beantragung einer Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente.

In diesen Fällen ist aufgrund des Anteils der Altersrente davon auszugehen, dass das Erwerbsleben im Wesentlichen abgeschlossen und eine dauerhafte Eingliederung in das Berufsleben nicht mehr möglich ist. Teilrenten im Umfang von einem Drittel oder der Hälfte der Vollrente sind – unabhängig vom Alter des Versicherten – dagegen kein Ausschlussgrund.

- Bei einer ausgeübten Beschäftigung, aus der nach beamtenrechtlichen oder beamtenrechtsähnlichen Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist.

Hiervon sind z. B. Beamte (auf Lebenszeit), Richter und Dienstordnungs-Angestellte betroffen. Für sie sind hinsichtlich des Schutzes bei Erwerbsminderung oder Alter z. B. die beamtenmäßigen Sondersysteme zuständig. Bei Rehabilitationsbedarf haben diese Personen einen Beihilfeanspruch gegen den öffentlich-rechtlichen Dienstherrn oder Arbeitgeber bzw. Ansprüche auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gegenüber ihrer Krankenkasse. Liegen bei einem Beamten auf Widerruf oder auf Probe Versorgungsanwartschaften noch nicht vor, kann er bei Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen Teilhabeleistungen aus der Rentenversicherung erhalten.

- Bei Personen, die als Bezieher einer Altersversorgung versicherungsfrei sind.

Hiervon sind z. B. Ruhestandsbeamte wegen Alters betroffen. Bei ihnen ist das eigentliche Erwerbsleben bereits abgeschlossen. Wer aus anderen Gründen als wegen Erreichens der Altersgrenze eine Versorgung erhält, z. B. wegen Dienstunfähigkeit, ist von dem Leistungsausschluss nicht betroffen.

- Bei Personen, die eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn der Altersrente gezahlt wird.

Hiervon sind hauptsächlich die über 58-jährigen Bezieher eines Arbeitslosengeldes nach § 428 SGB III betroffen.

- Bei Untersuchungshäftlingen und Strafgefangenen.

Bei diesen Personen sind rehabilitative Maßnahmen unter Beachtung besonderer Sicherheitsvorkehrungen durch das Strafvollzugsgesetz geregelt. Als Ausnahme sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus der Rentenversicherung bei erleichtertem Strafvollzug, z. B. tagsüber Beschäftigung außerhalb der Haftanstalt, sowie jeder Art der Leistungen zur Rehabilitation bzw. Teilhabe bei Aussetzung des Strafvollzugs bzw. der Untersuchungshaft zulässig.

8.4 Wiederholung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Im weiteren Sinne zählt zu den Ausschlussregelungen auch die Vorschrift über den frühestmöglichen Beginn von Wiederholungsheilbehandlungen (§ 12 Abs. 2 SGB VI).

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden grundsätzlich nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen zur Rehabilitation erbracht, wenn deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden

sind. Der Vierjahreszeitraum berechnet sich nach § 26 SGB X in Verbindung mit den §§ 187 und 188 BGB und beginnt am Folgetag der Entlassung aus der vorherigen Heilbehandlung. Die „Feiertagsregelung“ nach § 26 Abs. 3 SGB VI ist hier nicht anzuwenden, weil dies eine Benachteiligung des Versicherten bedeuten würde (spätere Wiederholungsheilbehandlung).

Beispiel:

Medizinische Rehabilitation (Heilbehandlung)	17. 8. 2003 bis 20. 9. 2003
Vierjahreszeitraum	21. 9. 2003 bis 20. 9. 2007

Die nächste gleichartige oder ähnliche Leistung zur medizinischen Rehabilitation kann somit grundsätzlich erst am 21.9.2007 beginnen.

Gleichartige („solche“) oder ähnliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die bei der Bestimmung des Vierjahreszeitraums für Wiederholungsheilbehandlungen beachtet werden müssen, sind insbesondere:

- stationäre oder ambulante Heilbehandlungen der verschiedenen Sozialleistungsträger oder sonstigen öffentlich-rechtlichen Stellen,
- sonstige Leistungen zur Teilhabe nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 bis 4 SGB VI, z. B. Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulstkrankheiten (onkologische Nachsorge) oder Kinderheilbehandlung (Kinderrehabilitation),
- ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen (§ 40 Abs. 1 SGB V),
- stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung der Krankenversicherung (§ 40 Abs. 2 SGB V),
- Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 1 SGB V) in Form einer Mutter- bzw. Vater-Kind-Maßnahme,
- ambulante Heilkuren sowie Heilbehandlungen, für die nach den Beihilfavorschriften des öffentlichen Dienstes Zuschüsse gezahlt werden.

Nicht zu den gleichartigen oder ähnlichen Leistungen zählen Krankenbehandlungen in Form von ambulanter ärztlicher Behandlung, Krankenhausbehandlung und Vorsorgeleistungen.

Die Vierjahresfrist für die Wiederholung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation muss nicht generell eingehalten werden. Ein früherer Beginn ist zulässig, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen nach ärztlicher Beurteilung dringend erforderlich sind. Derartige gesundheitliche Gründe können z. B. sein:

- neue Krankheiten oder Behinderungen,
- erhebliche Verschlimmerung der bisherigen Krankheiten oder Behinderungen,
- erforderliche Anschlussrehabilitation,
- drohender Eintritt der Erwerbsminderung.

ZUSAMMENFASSUNG

- Leistungen zur Teilhabe können Versicherte aus der Rentenversicherung nur erhalten, wenn sowohl die persönlichen als auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind und keine Ausschlussgründe vorliegen. Als persönliche Voraussetzungen werden die medizinischen Bedingungen bezeichnet. Diese setzen erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit und eine Erfolgsaussicht der Teilhabeleistungen voraus.
- Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen schreiben den notwendigen Umfang an Versicherungszeiten oder bestimmte Rentenansprüche vor. So haben Versicherte mit einer Wartezeit von 15 Jahren und Rentner wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für sämtliche Leistungen zur Teilhabe erfüllt. Für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gibt es darüber hinaus noch erleichterte Möglichkeiten, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zu erfüllen.
- Zu einem Ausschluss von Teilhabeleistungen aus der Rentenversicherung kommt es, wenn bestimmte andere Stellen vorrangig entsprechende Leistungen zu erbringen haben oder der Betreffende altersbedingt bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist. Leistungsausschluss bedeutet auch, dass grundsätzlich die Wiederholung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erst nach vier Jahren zulässig ist.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

26. Nennen Sie die beiden persönlichen Hauptvoraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe.
27. Definieren Sie den Begriff „Erwerbsfähigkeit“.
28. Entscheiden Sie durch Ankreuzen, für welche Leistungen zur Teilhabe (A = Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, B = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.
- | | A | B |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) 13 Pflichtbeiträge wegen Kindererziehung in den letzten zwei Jahren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) allgemeine Wartezeit
(Erwerbsminderung vorläufig nicht zu erwarten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) allgemeine Wartezeit
(Erwerbsminderung in zwei Jahren zu erwarten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Wartezeit von 15 Jahren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Anspruch auf große Witwenrente
wegen Vollendung des 45. Lebensjahres
und teilw. Erwerbsminderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
29. Der Regierungsoberinspektor Erwin H. (Beamter auf Lebenszeit) benötigt dringend Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Er möchte sie aus der Rentenversicherung erhalten, weil er dort vor seiner Beamtenzeit 15 Beitragsjahre zurückgelegt hat.
- Prüfen Sie, ob Teilhabeleistungen aus der Rentenversicherung bewilligt werden können.
30. Ein Versicherter erhielt vom 18.6. bis 22.7.2004 eine stationäre Heilbehandlung.
- Stellen Sie fest, ab wann grundsätzlich gleichartige Leistungen wiederholt werden können.

9. Rentenanspruchsfiktion

LERNZIEL

- Sie können feststellen, in welchen Fällen der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe als Rentenanspruch gilt.

9.1 Fiktion von Rentenansprüchen

Bei Versicherten, die erwerbsgemindert, berufsunfähig oder im Bereich der knappschaftlichen Rentenversicherung im Bergbau vermindert berufsfähig sind, gilt unter bestimmten Voraussetzungen der beim Rentenversicherungsträger gestellte Antrag auf Leistungen zur Teilhabe als Rentenanspruch (Anspruchsfiktion nach § 116 Abs. 2 SGB VI). Zu dieser Antragsumdeutung kommt es, wenn:

- Leistungen zur Teilhabe wegen mangelnder Erfolgsaussicht abgelehnt werden oder
- Leistungen zur Teilhabe zwar durchgeführt wurden, aber nicht erfolgreich waren.

Mit der Anspruchsfiktion wird der Versicherte so gestellt, als ob er bei richtiger Einschätzung des Rehabilitations- bzw. Teilhabeerfolgs anstelle des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe gleich einen Rentenanspruch gestellt hätte. Die Fiktion verhindert somit, dass der Betroffene einen Rechtsverlust (späterer Rentenbeginn) dadurch erleidet, dass zunächst versucht wird, die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Teilhabeleistungen zu beheben. Denn die Antragsumdeutung dient – neben der Einleitung des Rentenverfahrens – der Festlegung des Rentenbeginns zu dem frühesten durch den Antrag bestimmten Zeitpunkt (§ 99 Abs. 1 SGB VI). Folgende Regel ist zu beachten:

Die Anspruchsfiktion gilt nur für Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 15, 16 SGB VI i.V.m. §§ 26 ff., 33 ff. SGB IX). Sie gilt nicht für Anträge auf sonstige Leistungen zur Teilhabe (§ 31 SGB VI).

9.2 Anspruchsfiktion ohne vorherige Leistungen zur Teilhabe

Der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gilt bei Versicherten, die erwerbsgemindert, berufsunfähig oder im Bergbau vermindert berufsfähig sind, als Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, wenn eine Erfolgsaussicht der Teilhabeleistung nicht besteht. Von dieser Umdeutung des Antrags sind diejenigen betroffen, bei denen der Antrag auf Teilhabeleistung wegen mangelnder Aussicht auf Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, also wegen fehlender persönlicher Voraussetzungen (vgl. Abschnitt 8.1), abgelehnt wurde.

Bei dieser Anspruchsfiktion kommt es nicht darauf an, dass das Bestehen der verminderten Erwerbsfähigkeit schon während des verwaltungsmäßigen Verfahrens auf Leistungen zur Teilhabe festgestellt wurde. Ausschlaggebend für die gesetzliche Fiktion ist allein das Vorliegen von teilweiser oder voller Erwerbsminderung bzw. Berufsunfähigkeit (oder im Bergbau verminderter Berufsfähigkeit) zum Zeitpunkt der Entscheidung über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe. Selbst wenn die seit diesem Zeitpunkt bestehende rentenanspruchs begründende Minde-

rung der Erwerbsfähigkeit erst nach Monaten, z. B. im Zuge eines gesonderten Rentenanspruchs, festgestellt wird, ist die für den Rentenbeginn wichtige Antragsumdeutung zu beachten.

9.3 Antragsfiktion nach durchgeführten Leistungen zur Teilhabe

Der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gilt bei Versicherten, die erwerbsgemindert, berufsunfähig oder im Bergbau vermindert berufsfähig sind, als Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, wenn die Leistungen zur Teilhabe nicht erfolgreich gewesen sind. Das ist der Fall, wenn sie die Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit oder die im Bergbau verminderte Berufsfähigkeit nicht verhindert bzw. beseitigt haben.

Für die Fiktion ist notwendig, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit bereits bei Abschluss einer vom Rentenversicherungsträger durchgeführten Leistung zur Teilhabe vorliegt. In den meisten Fällen wird diese Minderung zum Ende der Teilhabeleistungen im Rahmen der Abschlussuntersuchung am Rehabilitationort festgestellt und im Entlassungsbericht vermerkt sein (z. B.: „unter sechs Stunden leistungsfähig“).

9.4 Verfahren bei der Antragsfiktion

Aufgrund der Umdeutung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe in einen Rentenanspruch leitet der jeweilige Rentenversicherungsträger durch seine zuständige Abteilung regelmäßig das formelle Rentenverfahren ein. Die organisatorische Vorgehensweise ist bei den einzelnen Trägern unterschiedlich geregelt. Dem Versicherten werden die erforderlichen Rentenanspruchsvordrucke zugeschickt. Diese muss er ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden. Die Anspruchsvordrucke sind notwendig, weil der Versicherungsträger daraus wichtige Daten für die Bearbeitung und Entscheidung entnimmt (vgl. auch Kapitel 6 und 7). Wann die Anspruchsvordrucke an den Versicherungsträger zurückgeschickt werden, ist für den Rentenbeginn ohne Bedeutung.

9.5 Dispositionsrecht des Versicherten

Anträge – auch Rentenansprüche – sind einseitige Willenserklärungen, zu denen niemand gezwungen werden kann. Deshalb hat der Versicherte das Recht, die Antragsumdeutung seines ursprünglichen Antrags auf Teilhabeleistungen abzulehnen. Er ist insoweit in seinem Willen frei und kann disponieren (sogenanntes Dispositionsrecht). Unter Umständen ist es nämlich für ihn vorteilhafter, keinen Rentenanspruch zu stellen, weil er von einem anderen Sozialleistungsträger eine einkommensabhängige Leistung erhält, die höher als die zu erwartende Rente ist. Diese Möglichkeit besteht z. B. bei Arbeitsunfähigen, die Krankengeld beziehen. Allerdings können die Krankenkassen den Betroffenen unter Fristsetzung auffordern, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe zu stellen (§ 51 SGB V). Gilt dieser Antrag später kraft Gesetzes (§ 116 Abs. 2 SGB VI) als Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, weil Leistungen zur Teilhabe wegen fehlender Erfolgsaussicht abgelehnt wurden, kann der Versicherte diesen Antrag gegen den Willen der Krankenkasse nicht ohne Rechtsnachteile (Einstellung des Krankengeldes) zurücknehmen. Insofern spricht man von einem eingeschränkten Dispositionsrecht. Diese Einschränkung gilt entsprechend, wenn eine Agentur für Arbeit Bezüher von Arbeitslosengeld zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe auffordert (§ 125 Abs. 2 SGB III) und dieser mangels Erfolgsaussicht als Rentenanspruch gilt.

ZUSAMMENFASSUNG

- Anträge auf Leistungen zur Teilhabe werden zugunsten erwerbsgeminderter Versicherter in Rentenansprüche umgedeutet (Antragsfiktion), wenn Leistungen zur Teilhabe wegen mangelnder Erfolgsaussicht abgelehnt wurden oder die durchgeführten Leistungen erfolglos waren.
- Versicherte können diese Antragsumdeutung ablehnen, um z. B. ein höheres Krankengeld zu erhalten. Sofern der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe auf Aufforderung der Krankenkasse oder Agentur für Arbeit gestellt wurde, können sich bei Ablehnung der Antragsumdeutung Nachteile ergeben.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

31. Nennen Sie die beiden Fallgruppen, in denen der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe aufgrund gesetzlicher Fiktion in einen Rentenanspruch umgedeutet wird.
32. Kann der Versicherte der Umdeutung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe in einem Rentenanspruch widersprechen?

LÖSUNGEN DER AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

1. Im gegliederten Rehabilitationssystem gibt es keinen für alle Sozialleistungsbereiche zuständigen zentralen Leistungsträger. Die Leistungen zur Rehabilitation bzw. Teilhabe werden von verschiedenen Rehabilitationsträgern durchgeführt.

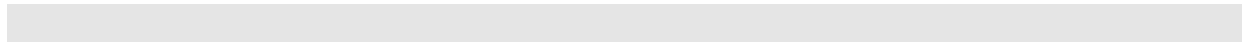
2.

Rehabilitationsträger
Krankenkassen (oder Träger der Krankenversicherung)
Bundesagentur für Arbeit (oder Agenturen für Arbeit)
Träger der Unfallversicherung (oder Berufgenossenschaften)
Rentenversicherungsträger
Landwirtschaftliche Alterskassen (oder Träger der Alterssicherung der Landwirte)
Träger der Kriegsopferversorgung/Kriegsopferfürsorge (oder Versorgungsämter)
Träger der Jugendhilfe
Träger der Sozialhilfe

3. Aufgabe der Teilhabe ist es, außer der Erhaltung auch die Besserung oder Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit zu bewirken. Eigentlicher Zweck (Ziel) der Leistungen zur Teilhabe in Beruf und Gesellschaft ist die Integration behinderter Menschen.
4. Prävention bedeutet Abwendung künftiger Leistungsminderung durch vorbeugende Leistungen.
5. Die erfolgreiche Teilhabe hat für die Rehabilitationsträger folgende wirtschaftliche Bedeutung:
 - a) Ausgabenminderung (z. B. Einsparung von Renten) und
 - b) Einnahmensteigerung (z. B. Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung).
6. Auf Ermessensleistungen („Kann-Leistungen“) besteht kein gesetzlicher Anspruch. Sie können aufgrund gesetzlicher Ermächtigung vom Versicherungsträger nach eigenem (pflichtgemäß ausgeübten) Ermessen erbracht werden.
7. Die drei Hauptleistungen zur Teilhabe sind: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen.
8. Die rechtlichen Grundlagen sind: Gesetze, Rechtsverordnungen, Gemeinsame Empfehlungen, sonstige Vereinbarungen und Richtlinien.

9. Im Ausland ist die Ausführung von Leistungen zur Teilhabe möglich, wenn sie bei gleicher Qualität wirtschaftlicher ist. Außerdem können im grenznahen Ausland Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden, wenn sie für die Aufnahme einer Berufstätigkeit notwendig sind.
10. Die wichtigsten Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation sind: ärztliche Behandlung, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Psychotherapie, Hilfsmittel, Belastungserprobung und Arbeitstherapie.
11. Heilmittel wirken äußerlich auf den Körper und dienen der Heilung, Besserung oder Linderung.
12. Hilfsmittel dienen dem Ausgleich der durch die Behinderung bedingten körperlichen Beeinträchtigungen. Diese Mittel haben keine Heilwirkung.
13. Anschlussrehabilitation bzw. Anschlussheilbehandlung (AHB).
14. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verbessern – im Gegensatz zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation – in der Regel nicht den Gesundheitszustand, sondern sie sollen auf nichtmedizinische Weise (z. B. durch Weiterbildung) den Versicherten in die Lage versetzen, eine Berufstätigkeit auszuüben.
15. Die wichtigsten Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind: Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung und Weiterbildung und berufliche Ausbildung (weitere richtige Antworten: Gründungszuschuss, sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe, Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen).
16. Zur Kraftfahrzeughilfe gehören:
 - a) finanzielle Hilfe zur Beschaffung eines Kraftfahrzeugs,
 - b) behinderungsbedingte Zusatzausstattung,
 - c) finanzielle Hilfe zur Erlangung eines Führerscheins (Fahrerlaubnis).
17. Die Weiterbildung verbessert die berufliche Qualifikation, indem neue Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt werden. Entweder wird auf bereits vorhandenes Wissen aufgebaut („Fortbildung“), oder es erfolgt eine völlige berufliche Neuorientierung („Umschulung“).
18. Es ergeben sich folgende Zuständigkeiten:
 - a) Berufsgenossenschaft,
 - b) Krankenkasse,
 - c) Rentenversicherungsträger,
 - d) Rentenversicherungsträger.
19. Der Versicherte ist in einem knappschaftlichen Betrieb beschäftigt, daher ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zuständig (§ 133 SGB VI).

20. Das Verfahren auf Feststellung der Leistungen zur Teilhabe kann auf Antrag oder von Amts wegen eingeleitet werden.
21. Handlungsfähig sind Personen nach Vollendung des 15. Lebensjahres. Das bedeutet, dass sie dann selbständig den Antrag stellen können.
22. Das Verwaltungsverfahren wird durch einen Verwaltungsakt, den Bescheid, abgeschlossen. Er muss schriftlich erteilt werden, weil über einen Anspruch auf Leistungen entschieden wird.
23. Für den Leistungsberechtigten bestehen folgende Mitwirkungspflichten: Aufklärung des Sachverhalts (Angabe von Tatsachen, Übersendung von Beweismitteln, persönliches Erscheinen, Akzeptieren ärztlicher Untersuchungen) und Teilnahme an angebotenen – notwendigen – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Heilbehandlung) und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.
24. „Grenzen der Mitwirkungspflicht“ bedeutet, dass der Versicherte in bestimmten Fällen die Mitwirkung ohne Rechtsnachteile verweigern darf. Beispiele: Versicherungsträger kann sich die Kenntnisse leichter selbst beschaffen – Unzumutbarkeit – Behandlungen mit Gefahr für Leben oder Gesundheit – Behandlungen mit erheblichen Schmerzen – erheblicher Eingriff in die körperliche Unversehrtheit – Gefahr strafrechtlicher Verfolgung.
25. Bei pflichtwidriger fehlender Mitwirkung kann es zur Ablehnung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe (bei mangelnder Mitwirkung an der Sachaufklärung) und zur Versagung oder Entziehung anderer Sozialleistungen (bei Nichtteilnahme an angebotenen Leistungen zur Teilhabe) kommen.
26. Die persönlichen Hauptvoraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe sind: erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit und Erfolgsaussicht der Teilhabeleistung.
27. Erwerbsfähigkeit ist die Fähigkeit des Versicherten, im Rahmen seiner Kenntnisse und Fähigkeiten Einkünfte aus Erwerbstätigkeit zu erzielen.
- 28.
- | | A | B |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| a) 13 Pflichtbeiträge wegen Kindererziehung in den letzten zwei Jahren | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) allgemeine Wartezeit
(Erwerbsminderung vorläufig nicht zu erwarten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) allgemeine Wartezeit
(Erwerbsminderung in zwei Jahren zu erwarten) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e) Wartezeit von 15 Jahren | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| f) Anspruch auf große Witwenrente
wegen Vollendung des 45. Lebensjahres und
teilw. Erwerbsminderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29. Auch wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, ist der Beamte auf Lebenszeit von Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung ausgeschlossen, weil er Anwartschaft auf beamtenrechtliche Versorgung hat.
 30. Die Wiederholung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist grundsätzlich nicht vor Ablauf von vier Jahren möglich. Der Versicherte kann daher erneut Leistungen ab 23.7.2008 erhalten (Vierjahresfrist: 23.7.2004 bis 22.7.2008).
 31. Der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe ist beim Vorliegen von Erwerbsminderung bzw. Berufsunfähigkeit (oder im Bergbau verminderter Berufsfähigkeit) in einen Rentenantrag umzudeuten, wenn
 - a) Leistungen zur Teilhabe abgelehnt wurden, weil eine Erfolgsaussicht nicht zu erwarten ist oder
 - b) Leistungen zur Teilhabe nicht erfolgreich gewesen sind.
 32. Der Versicherte braucht der Antragsumdeutung nicht zuzustimmen (Dispositionsrecht). Dieses Dispositionsrecht ist aber eingeschränkt, wenn die Krankenkasse oder Agentur für Arbeit zur Stellung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe aufgefordert hat.
- 

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

<i>Abbildung 1:</i>	<i>Rehabilitationsträger in Deutschland.....</i>	<i>8</i>
<i>Abbildung 2:</i>	<i>Allgemeine Zielsetzung der Teilhabe</i>	<i>11</i>
<i>Abbildung 3:</i>	<i>Der Präventions- und Rehabilitationsgedanke</i>	<i>13</i>
<i>Abbildung 4:</i>	<i>Leistungsaufgaben der Rentenversicherung</i>	<i>17</i>
<i>Abbildung 5:</i>	<i>Rechtliche Grundlagen für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe... </i>	<i>20</i>
<i>Abbildung 6:</i>	<i>Die verschiedenen Leistungen zur Teilhabe in der Rentenversicherung.....</i>	<i>23</i>
<i>Abbildung 7:</i>	<i>Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 26 bis 31 SGB IX). </i>	<i>27</i>
<i>Abbildung 8:</i>	<i>Zuständigkeiten bei medizinischen Leistungen für Abhängigkeitskranke....</i>	<i>31</i>
<i>Abbildung 9:</i>	<i>Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 Abs. 3 SGB IX)</i>	<i>35</i>
<i>Abbildung 10:</i>	<i>Die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten (§§ 60 bis 64 SGB I)</i>	<i>53</i>
<i>Abbildung 11:</i>	<i>Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung.....</i>	<i>57</i>
<i>Abbildung 12:</i>	<i>Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung (§ 11 SGB VI)</i>	<i>59</i>
<i>Tabelle 1:</i>	<i>Regelungen über eingeräumtes Ermessen der Rentenversicherungsträger bei Leistungen zur Teilhabe</i>	<i>19</i>

Verfügbare Titel der Studentext-Reihe

Nr. 1	Herath	Sozialversicherung
Nr. 2	Schmidt	Versicherungspflicht
Nr. 3	Laubenstein * Flaßkamp	Beitrags- und Meldewesen
Nr. 4	Pilatus * Schweda	Selbständige
Nr. 5	Gemeinhardt	Versicherungsfreiheit
Nr. 6	Welkisch	Freiwillige Versicherung
Nr. 7	Jungbauer	Nachversicherung
Nr. 8	Sewing	Wirksamkeit der Beitragszahlung
Nr. 9	Weber	Beitragsersatzung
Nr. 10	Föhlinger	Anerkennung von Beitragszeiten
Nr. 11	Moser	Fremdrentenrecht
Nr. 12	Löschau	Leistungen zur Teilhabe
Nr. 13	Schmitz	Übergangsgeld
Nr. 14	Greif * Naumann	Ergänzende und sonstige Leistungen, Zuzahlung
Nr. 15	Mellmann * Knobloch	Rentantragsverfahren
Nr. 16	Schmidt	Renten wegen Alters
Nr. 17	Benen * Traube	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
Nr. 18	Brettschneider	Renten wegen Todes
Nr. 19	Reinhardt	Wartezeiten
Nr. 20	Reinhardt	Rentenrechtliche Zeiten
Nr. 21	Reinhardt	Rentenberechnung
Nr. 22	Viergutz	Zusammentreffen von Renten und Einkommen
Nr. 23	Glückmann-Paul	Versorgungsausgleich
Nr. 24	Stix * Diener	Pfändung, Abtretung, Aufrechnung von Renten
Nr. 25	Weißberger	Rentenzahlverfahren, Vorschüsse und Verzinsung
Nr. 26	Prestel	Erstattungsansprüche der Leistungsträger
Nr. 27	Hallmann * Witthöft	Verwaltungsverfahren I (SGB I)
Nr. 28	Knipping	Verwaltungsverfahren II (SGB X)
Nr. 29	Zepke * Schumacher	Krankenversicherung der Rentner
Nr. 30	Sona	Über- und zwischenstaatliches Recht, Auslandsrenten
Nr. 31	Herold	Datenverarbeitung in der Rentenversicherung
Nr. 32	Hessert	Datenschutz in der Rentenversicherung
Nr. 33	Badum * Geigenberger	Arbeits- und Dienstrecht
Nr. 34	Cebulla	Knappschaftsrecht I: Versicherung und Beitrag
Nr. 35	Stehr * Böttcher	Knappschaftsrecht II: Leistungen

Nr. 36	Schmidt	Sozialgerichtsgesetz
Nr. 37	Löw	Arbeitskreis für Informationstechnologie in der GRV
Nr. 38	Jäger * Reich	Lern- und Arbeitstechniken
Nr. 39	Jäger * Reich	Kommunikation – Kooperation
Nr. 40	Paulick * Scholz	Altersvorsorge (in Vorbereitung)



Deutsche
Rentenversicherung
Bund

Susanne Greif
Volker Naumann

**Ergänzende und sonstige
Leistungen zur Teilhabe
sowie Zuzahlungen**

Deutsche Rentenversicherung

Studententexte für Sozialversicherungsfachangestellte

Stand: 1. Januar 2007

Susanne Greif
Volker Naumann

Ergänzende und sonstige Leistungen zur Teilhabe sowie Zuzahlungen

Studententext Nr. 14



1. Auflage 1993

12. Auflage 2007 (Rechtsstand 01.01.2007)

© Deutsche Rentenversicherung Bund - Herausgeber

Fachgutachter: Volker Naumann

Koordination: Die Bildungsabteilung -Trägerübergreifende Koordinierungsstelle-

Berner Straße 1, 97084 Würzburg,

Telefon (0931) 60 02-281, Fax (09 31) 60 02-390 281,

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Deutschen Rentenversicherung unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme, soweit dies nicht zu Lehr- und Lernzwecken im Auftrag oder auf Weisung der Deutschen Rentenversicherung geschieht.

Inhalt

1. Ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	6
1.1 Haushaltshilfe (§§ 44, 54 SGB IX)	7
1.1.1 Weiterführung des Haushalts	8
1.1.2 Fehlen einer zur Weiterführung des Haushalts geeigneten Person.....	9
1.1.3 Vorhandensein eines Kindes	10
1.1.4 Sachleistung: „Haushaltshilfe“	11
1.1.5 Höhe der Kostenerstattung	12
1.1.6 Mitnahme oder anderweitige Unterbringung des Kindes	16
1.1.7 Dauer des Anspruchs auf Haushaltshilfe	17
1.1.8 Kosten für die Betreuung von Kindern	17
1.2 Reisekosten (§ 53 SGB IX).....	18
1.2.1 Fahrkosten und Transportkosten (§ 53 Abs. 1 SGB IX).....	18
1.2.2 Entfernungspauschale (§ 53 Abs. 4 SGB IX)	19
1.2.3 Verpflegungskosten (§ 53 Abs. 1 SGB IX).....	20
1.2.4 Begleitperson.....	21
1.2.5 Familienheimfahrten (§ 53 Abs. 2 und 3 SGB IX)	21
1.3 Rehabilitationssport (§ 44 Abs. 1 SGB IX)	24
2. Sonstige Leistungen zur Teilhabe.....	26
2.1 Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI).....	26
2.1.1 Richtlinien	27
2.1.2 Voraussetzungen und Art der Leistungen	27
2.1.3 Die Leistungen im Einzelnen und Zuständigkeit	27
2.2 Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI).....	30
2.2.1 Richtlinien	30
2.2.2 Voraussetzungen	31
2.2.3 Art der Leistungen.....	31
2.2.4 Durchführung der Leistungen und Zuständigkeit	31
2.3 Onkologische Nachsorgeleistungen bei malignen Geschwulst- und Systemerkrankungen (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI).....	33
2.3.1 Richtlinien	33
2.3.2 Voraussetzungen	33
2.3.3 Wiederholung von Nachsorgeleistungen sowie Zuständigkeit	36
2.4 Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI).....	37
2.4.1 Richtlinien	37
2.4.2 Voraussetzungen	38
2.4.3 Leistungen an Berechtigte im Ausland	39
2.4.4 Umfang und Dauer der Leistungen und Zuständigkeit	40
2.5 Zuwendungen für Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI)	41
2.5.1 Richtlinien	41
2.5.2 Begriffsbestimmungen	41
3. Zuzahlung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und	

bei sonstigen Leistungen (§ 32 SGB VI)	43
3.1 Zuzahlung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	43
3.1.1 Darstellung der beiden Fallgruppen	43
3.1.2 Regelbetrag der Zuzahlung	44
3.1.3 Anrechnung bereits geleisteter Zuzahlungen	44
3.1.4 Anrechnung bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitationen, die über einen Jahreswechsel hinweg andauern	46
3.2 Zuzahlung bei stationären sonstigen Leistungen zur Teilhabe nach § 31 SGB VI..	48
3.3 Befreiung von der Zuzahlungsverpflichtung "kraft Gesetzes"	49
3.4 Befreiung von der Zuzahlung in Fällen der unzumutbaren Belastung (§ 32 Abs. 4 SGB VI).....	51
3.4.1 Richtlinien für die Befreiung von der Zuzahlung	51
3.4.2 Befreiungsmöglichkeiten im Einzelnen	53
LÖSUNGEN DER AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG	59
4. Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen.....	64
5. Verfügbare Titel der Studententext-Reihe	65

1. Ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die ergänzenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vgl. Abbildung 1) sind unselbstständige Leistungen, die stets von der Durchführung einer Rehabilitation als Hauptleistung abhängig sind. Die erforderliche Durchführung von Leistungen zur Teilhabe der Rentenversicherungsträger ist zu einem erheblichen Teil von der uneingeschränkten Mitwirkung des Rehabilitanden abhängig. Der Erfolg einer Maßnahme könnte gefährdet sein, wenn Versicherte aus Sorge um das Wohlergehen ihrer Kinder zu sehr von der eigentlichen Leistung zur medizinischen Rehabilitation abgelenkt werden. Um solche Hemmnisse auszuschließen, hat der Gesetzgeber die ergänzenden Leistungen durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz eingeführt. Zu den ergänzenden Leistungen gehören zum Beispiel Übergangsgeld (vgl. Studententext 13 "Übergangsgeld"), Haushaltshilfe, Reisekosten.



Abbildung 1: Übersicht zu ergänzenden Leistungen

1.1 Haushaltshilfe (§§ 44, 54 SGB IX)

LERNZIELE

- Sie können die einzelnen ergänzenden Leistungsarten nennen und die Leistungsvoraussetzungen für Haushaltshilfe beschreiben.
- Sie können die Besonderheit bei Verwandten und Verschwägerten bis zum zweiten Grad in Verbindung mit Haushaltshilfe erklären.
- Sie können die Möglichkeiten in Zusammenhang mit unbezahltem Urlaub einer im Haushalt lebenden Person erläutern.
- Sie können die Höchstbegrenzungen bei der Festsetzung von Ansprüchen auf Haushaltshilfe darlegen.
- Sie können den Anspruch auf Übernahme von Kinderbetreuungskosten feststellen.
- Sie können den Anspruch auf Haushaltshilfe feststellen und die Höhe festsetzen.

Unter der Tätigkeit einer Haushaltshilfe versteht man

- Kinderbetreuung und
- Haushaltsführung, wie kochen, waschen, putzen und einkaufen.

Das Diagramm zeigt die rechtliche Grundlage der Haushaltshilfe. Oben links steht § 28 SGB VI, darunter **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation**. Ein Kasten links enthält § 44 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX Haushaltshilfe. Ein Kasten rechts listet die Aufgaben einer Haushaltshilfe auf. Zwei Illustrationen zeigen eine Kinderbetreuung und eine Haushaltsführung.

§ 28 SGB VI
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

§ 44 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX
Haushaltshilfe

Zu den Aufgaben einer Haushaltshilfe gehören folgende Tätigkeiten:

Kinderbetreuung bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres

Haushaltsführung wie z.B. kochen, putzen, waschen, einkaufen,...

Abbildung 2: Haushaltshilfe

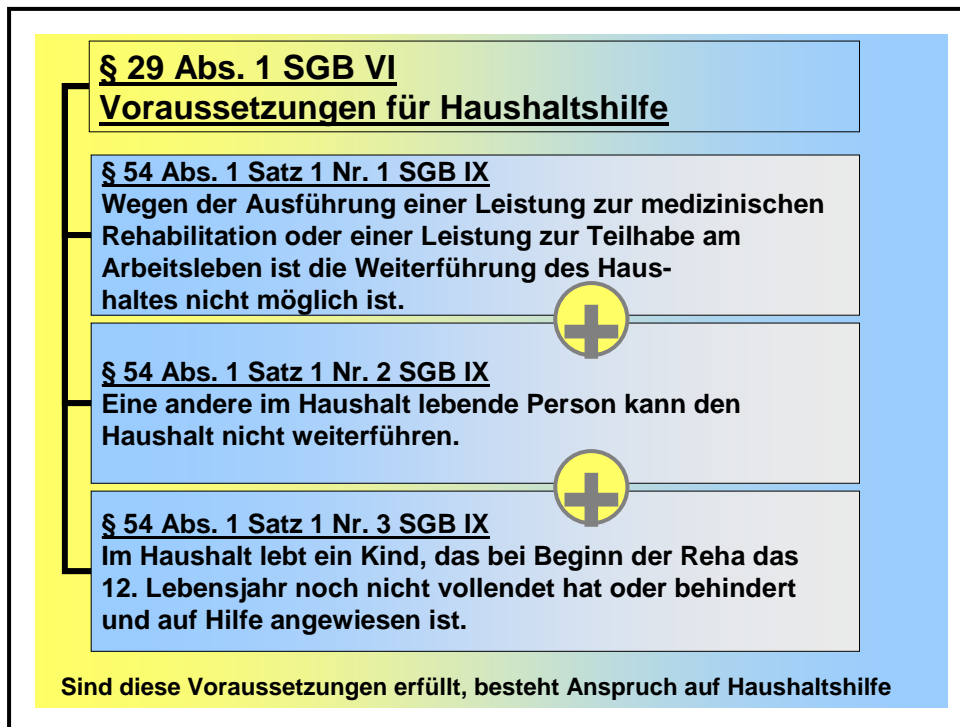


Abbildung 3: Voraussetzungen für Anspruch auf Haushaltshilfe

Nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB IX (vgl. Abbildung 3) ist eine der Voraussetzungen für die Gewährung einer Haushaltshilfe, dass der Versicherte während der Leistungen zur Teilhabe außerhalb seines Haushalts untergebracht ist. Dies ist bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation immer der Fall. Bei ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist der Anspruch auf Haushaltshilfe abhängig vom Umfang der zeitlichen Abwesenheit von zu Hause.

1.1.1 Weiterführung des Haushalts

In der vorgenannten Vorschrift (vgl. Abbildung 3) ist allerdings noch eine weitere Voraussetzung enthalten. Der Anspruch auf Haushaltshilfe wird davon abhängig gemacht, dass der Versicherte den Haushalt bisher, das heißt unmittelbar vor Beginn der Leistung, selbst geführt hat. Dies ergibt sich aus der Formulierung, in der von "Weiterführung des Haushalts" gesprochen wird. Es muss daher nachgewiesen oder zumindest glaubhaft gemacht werden, dass die Führung des Haushalts vom Versicherten selbst vorgenommen wurde.

Eine Gewährung dieser Leistung wäre nicht möglich, wenn der Haushalt bisher schon von Dritten (Hausangestellte) geführt wurde. Es muss also zwingend eine Veränderung in der Haushaltsführung als Folge der Leistung zur Teilhabe entstanden sein.

Beispiel 1:

Auf Grund der ganztägigen Erwerbstätigkeit beider Ehegatten wird seit einiger Zeit der Haushalt von der Tante der Versicherten vollständig geführt.

Lösung:

In diesem Fall ist ein Anspruch auf Haushaltshilfe nicht gegeben, da die Haushaltsführung bisher von der Versicherten nicht selbst, sondern von einer Dritten erledigt wurde.

Sind beide Ehegatten zugleich erwerbstätig, ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die Erledigung der wesentlichen Hausarbeiten einschließlich Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder anderweitig sichergestellt ist (Besuch einer Kindertagesstätte, Mitbetreuung durch Nachbarn usw.). In diesem Fall steht keine Haushaltshilfe zu.

Sind beide Ehegatten aber zu unterschiedlichen Zeiten (Gegenschicht) beschäftigt, besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe. In diesem Fall ist davon auszugehen, dass die Haushaltsführung geteilt wird, und jeder der Eheleute den Haushalt und die Kinder jeweils zu der Zeit betreut, während der andere seiner Beschäftigung nachgeht.

Beispiel 2:

Der Versicherte Hugo L. arbeitet mit seiner Frau in Gegenschicht. Er arbeitet von 7.00 bis 16.30 Uhr und seine Frau von 15.30 bis 21.00 Uhr. Der Haushalt und das Kind wurden bisher von beiden Eheleuten versorgt. Herr L. nimmt voraussichtlich im Oktober an einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation teil.

Lösung:

Hier besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe, da durch die Teilnahme an der Rehabilitation eine Versorgungslücke entsteht. Während der Zeit von 15.30 bis 16.30 Uhr war der Haushalt und das Kind schon vor der Leistung zur medizinischen Rehabilitation unverorgt. Damit besteht für diese Stunde kein Anspruch auf Haushaltshilfe.

1.1.2 Fehlen einer zur Weiterführung des Haushalts geeigneten Person

Ferner ist die Gewährung der Haushaltshilfe davon abhängig, dass eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann (vgl. Abbildung 3). Hiermit ist eine Rangfolge in der Weise geschaffen worden, dass die Fortführung des Haushalts in erster Linie von den Haushaltsmitgliedern selbst sicherzustellen ist. Eine Ausnahme besteht dann, wenn das in Frage kommende Haushaltsmitglied aus einem besonderen Grund die Haushaltsführung nicht übernehmen kann. Dafür können berufliche sowie während der Aus- und Fortbildung auch schulische Verpflichtungen ausschlaggebend sein. Des Weiteren können auch körperliche oder altersmäßige Gründe die Person hindern, den Haushalt zu führen.

Beispiel:

In einem Haushalt lebt neben den Eheleuten und den Kindern auch die pflegebedürftige Mutter der Versicherten. Die Versicherte ist Hausfrau, der Ehemann ist ganztags erwerbstätig.

Lösung:

Da die Hausarbeiten bisher von der Versicherten selbst verrichtet wurden und eine andere im Haushalt lebende Person hierfür nicht herangezogen werden kann, besteht Anspruch auf Haushaltshilfe. Der Ehegatte ist auf Grund seiner Erwerbstätigkeit, die Mutter wegen der eigenen Pflegebedürftigkeit an der Weiterführung des Haushalts gehindert.

Die Frage, ob auch Jugendliche, die im Haushalt leben, zur Weiterführung herangezogen werden können, ist im Einzelfall zu prüfen. Auch hier sind schulische und berufliche Verpflichtungen zu berücksichtigen.

Zu prüfen ist in jedem Fall, ob Haushaltsmitglieder zumindest teilweise die Haushaltsführung übernehmen können. Ist der Ehegatte z.B. nur nach „Feierabend“ bzw. an den Wochenenden oder während eines bezahlten Urlaubes zur Haushaltsführung in der Lage, steht Haushaltshilfe lediglich in entsprechend eingeschränktem Umfang zu. Das heißt im Normalfall werden für fünf Tage der Woche Kosten erstattet. Hiervon kann abgewichen werden, wenn tatsächlich eine Versorgung auch an den Wochenenden z.B. infolge Auslandsmontage, nicht möglich ist.

Ein durchgehender Anspruch, also auch während arbeitsfreier Tage besteht auch dann, wenn ein allein erziehender Versicherter an einer Leistung zur Teilhabe teilnimmt.

1.1.3 Vorhandensein eines Kindes

Weitere Voraussetzung für die Gewährung von Haushaltshilfe ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Als Kind in diesem Sinne kommt jedes auf Dauer im Haushalt lebende Kind in Betracht, ohne Rücksicht darauf, ob es zum Versicherten rechtlich in einer Angehörigenbeziehung steht.

Beispiel 1:

In der Zeit vom 19.07.2007 bis 09.08.2007 wird eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt. Die Tochter Ilona, geb. am 22.07.1995, lebt im Haushalt. Für die gesamte Leistung zu medizinischen Rehabilitation wird Haushaltshilfe beantragt.

Lösung:

Eine Haushaltshilfe steht zu, da das Kind bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Beispiel 2:

Der Haushalt eines älteren Ehepaares wurde bisher alleine von der Versicherten geführt. Im Haushalt lebt außerdem seit längerer Zeit das siebenjährige Enkelkind, dessen allein erziehende Mutter eine Berufstätigkeit ausübt.

Lösung:

Der Anspruch auf Haushaltshilfe ist gegeben, da eine Veränderung in der Haushaltsführung entsteht, das Enkelkind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und im Haushalt der Versicherten dauerhaft lebt.

Für Kinder, die behindert sind, gilt die Altersbegrenzung grundsätzlich nicht. Behindert und auf Hilfe angewiesen sind Kinder, die nicht nur vorübergehend und in erheblichem Umfang der Pflege und Beaufsichtigung bedürfen. Die Aufhebung der Altersgrenze von 12 Jahren gilt nur für Kinder, bei denen die Behinderung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres eingetreten ist.

Beispiel 3:

Ein Kind, geboren am 23.10.1976, erlitt infolge eines Unfalles im Alter von 17 Jahren Verletzungen, die dauernde Hilfebedürftigkeit auslösten. Für die Mutter des Kindes wird im Jahr 2007 eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt.

Lösung:

Ein Anspruch auf Haushaltshilfe besteht, obwohl das Kind das zwölfte Lebensjahr bereits vollendet hat, da das Kind behindert und die Behinderung vor Vollendung des 18. Lebensjahres eingetreten ist.

1.1.4 Sachleistung: „Haushaltshilfe“

In den Abschnitten 1.1.1 und 1.1.2 wurde festgehalten, dass der Anspruch auf Haushaltshilfe vom Entstehen einer Versorgungslücke abhängig ist. Daraus können wir ableiten, dass die "Haushaltshilfe-Tätigkeiten" Verrichtungen sind, die Einkauf und Zubereitung von Mahlzeiten, Pflege von Wohnung und Kleidung beinhalten. Eine weitere wichtige Aufgabe ist die Betreuung und Beaufsichtigung der Kinder.

Nach § 54 Abs.1 letzter Satz SGB IX müssen wir für die endgültige Feststellung der Leistung eine weitere Rechtsgrundlage berücksichtigen. Es handelt sich hierbei um eine Vorschrift aus dem Recht der Krankenversicherung, nämlich § 38 Abs. 4 SGB V. Nach dieser Vorschrift ist die Haushaltshilfe dem Grunde nach von den Leistungsträgern (Krankenkassen oder Rentenversicherungsträger etc.) als Sachleistung zu gewähren. Das heißt, dass die einzelnen Träger Personen zu Verfügung stellen müssten, welche die Tätigkeit einer Haushaltshilfe wahrnehmen.

Da die Reha-Träger über hierfür geeignetes Personal nicht verfügen, ist der Versicherte berechtigt, sich eine Ersatzkraft selbst zu beschaffen. Diese Verfahrensweise ist aus der Sicht aller Beteiligten sinnvoll. Für die Leistungsträger ist eine Anstellung von entsprechenden Personen nicht praktikabel, weil eine volle Auslastung dieser Kräfte nicht möglich wäre. Der Versicherte hat zudem die Möglichkeit, eine Person seines Vertrauens mit der Weiterführung des Haushalts sowie der Betreuung der Kinder zu beauftragen.

1.1.5 Höhe der Kostenerstattung

Eine Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe soll in angemessener Höhe vorgenommen werden. Es werden vom Kostenträger im Normalfall keine besonderen Bedingungen an die Ersatzkraft gestellt.

Die Kostenerstattung für die Inanspruchnahme einer Ersatzkraft soll die typischen Aufwendungen wie

- Vergütung der Tätigkeit,
- Fahrkosten,
- Verdienstausfall

abdecken.

Durch die Formulierung "in angemessener Höhe" soll eine überzogene Forderung der Haushaltshilfe bzw. des Versicherten verhindert werden. Der tägliche Höchstbetrag wird aus 2,5 Prozent der sich aus § 18 SGB IV ergebenden monatlichen Bezugsgröße, auf- oder abgerundet auf den nächsten geraden, durch zwei teilbaren Euro-Betrag, ermittelt. Ist die Differenz zwischen dem errechneten Betrag und dem nächsthöheren sowie dem nächstniedrigerem geraden Betrag gleich, wird zu Gunsten des Versicherten aufgerundet.

Durch diese Regelung findet eine Anpassung an die wirtschaftlichen Verhältnisse statt, weil die Bezugsgröße in der Regel jährlich ansteigt.

Feststellung des täglichen Höchstbetrages

Die monatliche Bezugsgröße für 2007 beträgt	2450,00 Euro
Davon wären 2,5 Prozent	61,25 Euro
Der tägliche Höchstbetrag ist	62,00 Euro

Als weitere Begrenzung ist eine Beschränkung der Anzahl der täglichen Einsatzstunden vorgenommen worden. Hierbei ist man von einem "normalen" Arbeitstag ausgegangen. Der Einsatz einer Haushaltshilfe ist im Höchstfall im Umfang von acht Stunden zu erstatten. Soweit die Ersatzkraft täglich weniger als acht Stunden erforderlich ist, ist als stündlicher Höchstbetrag ein Achtel des maßgeblichen Höchstsatzes zu erstatten. Das bedeutet für das Jahr 2007

7,75 Euro je Stunde.

Mit den genannten Höchstbeträgen sind alle anfallenden Aufwendungen einschließlich etwa entstehender Fahrkosten abgegolten.

Bei der angemessenen Zahl der Einsatzstunden kann der Rentenversicherungsträger seinen Ermessensspielraum nutzen. Das heißt, dass bei dem nötigen Einsatz von weniger als acht Stunden täglich die Umstände des Einzelfalles ausschlaggebend sind. Hier können insbesondere auch die sozialen Verhältnisse sowie die Anzahl, das Alter und der Gesundheitszustand der Kinder eine Rolle spielen.

Beispiel 1:

Die Versicherte Franziska P. nimmt an einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation teil. Vor dieser Leistung hat sie ihr behindertes Kind ganztags versorgt. Ihr Ehemann arbeitet täglich von 13.00 bis 20.00 Uhr.

Lösung:

Der Vater könnte unter normalen Umständen das Kind bis 13.00 Uhr versorgen und den Haushalt führen. Eine Versorgungslücke wäre also nur für die Dauer von sieben Stunden (13-20 Uhr) entstanden. Die Behinderung erfordert jedoch eine intensive ganztägige Betreuung, deshalb muss in diesem Fall eine höhere Stundenzahl angesetzt werden. Jedoch darf auch hier die tägliche Höchstgrenze von acht Stunden nicht überschritten werden.

Ein weiteres Beispiel für den bestehenden Ermessensspielraum ergibt sich, wenn eine im Haushalt lebende, ganztägig beschäftigte Person (meistens Ehegatte) unbezahlten Urlaub nimmt, durch die Rehabilitation jedoch nur eine Versorgungslücke von 6 Stunden entsteht. In diesem Fall ist trotz der Versorgungslücke von lediglich 6 Stunden eine Erstattung von 8 Stunden angemessen. Der Betreuungsperson entsteht ein, diese Vorgehensweise rechtfertigender, vollständiger Entgeltausfall. Zudem ist es bei unbezahltem Urlaub für den Beschäftigten sowie dessen Arbeitgeber nicht zumutbar, wenn für die restlichen zwei Stunden noch gearbeitet werden würde.

In Bezug auf die Höhe der Kostenerstattung muss noch eine grundsätzliche Ausführung zu den Einsatzstunden gemacht werden.

Die Höhe der Gesamtvergütung für die Haushaltshilfe ist im Wesentlichen von der Zahl der Einsatzstunden im Haushalt abhängig. In welchem Umfang diese Stunden notwendig sind, hängt vom Einzelfall ab und liegt somit auch wieder im Ermessen des Rentenversicherungsträgers. Unbestritten ist jedoch, dass während Zeiten, in denen das Kind anderweitig „versorgt“ ist, zum Beispiel in der Schule oder im Kindergarten, nicht in vollem Umfang die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe besteht. Nicht jeden Tag muss während der Abwesenheit des Kindes ein Hausputz oder Grosseinkauf vorgenommen werden.

Beispiel 2:

Ein Kind befindet sich täglich von 8.00 bis 12.00 Uhr im Kindergarten. Der Ehemann der Versicherten geht von 7.00 bis 16.00 Uhr zur Arbeit. Die Versicherte ist Hausfrau und versorgt das Kind sowie den Haushalt. Während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation übernimmt dies eine Nachbarin.

Lösung:

Eine echte Versorgungslücke des Kindes entsteht in der Zeit von 7.00 bis 8.00 und von 12.00 bis 16.00 Uhr. Eine Erstattung kann jedoch für die Zeit von 7.00 bis 9.00 Uhr und von 11.00 bis 16.00 Uhr vorgenommen werden, da neben der Betreuung des Kindes noch weitere „Haushaltstätigkeiten“ wie Waschen, Bügeln, Putzen, Einkaufen usw. zu erledigen sind.

Wenn sich der Versicherte eine Ersatzkraft selbst nicht beschaffen kann, besteht auch die Möglichkeit, eine Ersatzkraft einer karitativen Einrichtung in Anspruch zu nehmen. Die Notwendigkeit, eine Ersatzkraft einer solchen Einrichtung in Anspruch zu nehmen, wäre auch gegeben, wenn besondere familiäre Verhältnisse in dem zu versorgenden Haushalt vorliegen.

Beispiel 3:

In einem Haushalt leben drei Kleinkinder, wovon eines an Diabetes erkrankt ist. Die allein erziehende Mutter nimmt an einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation teil.

Lösung:

Hier sind die Kosten für eine Ersatzkraft einer Einrichtung zu übernehmen. Bei dem vorliegenden Fall ist unbestritten eine qualifizierte Kraft erforderlich, da die Betreuung, vor allem des erkrankten Kindes, besondere Fähigkeiten (Abgabe von Insulin, Kochen einer speziellen Diät etc.) erfordert.

Trotzdem wird vom Versicherten erwartet, dass er bei der Beschaffung von Ersatzkräften in erster Linie auf Verwandte und Bekannte zurückgreift. Der Grund liegt darin, dass den Einrichtungen, die solche Fachkräfte zur Verfügung stellen, weitaus höhere Gebührensätze zu erstatten sind (z.B. werden in Baden-Württemberg pro Tag bis nahezu 200 Euro bezahlt). Darüber hinaus werden bei dieser Personengruppe die entstandenen Fahrkosten zusätzlich erstattet.

Eine in der Praxis häufig vorkommende Konstellation ist, dass die Haushaltshilfe mit dem Versicherten bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert, dann kommt eine Kostenerstattung grundsätzlich nicht in Betracht (vgl. Abbildung 4).

Verwandte bis zum zweiten Grad (§ 1589 BGB):

- Eltern,
- Kinder (einschließlich der ehelich erklärten und angenommenen Kinder),
- Großeltern,
- Enkelkinder,
- Geschwister.

Verschwägte bis zum zweiten Grad (§ 1590 BGB):

- Stiefeltern,
- Stiefkinder,
- Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehegatten),
- Schwiegereltern,
- Schwiegerkinder (Schwiegersohn/Schwiegertochter),
- Schwiegerenkel (Ehegatten der Enkelkinder),
- Großeltern des Ehegatten,
- Stiefgroßeltern,
- Schwager/Schwägerin.

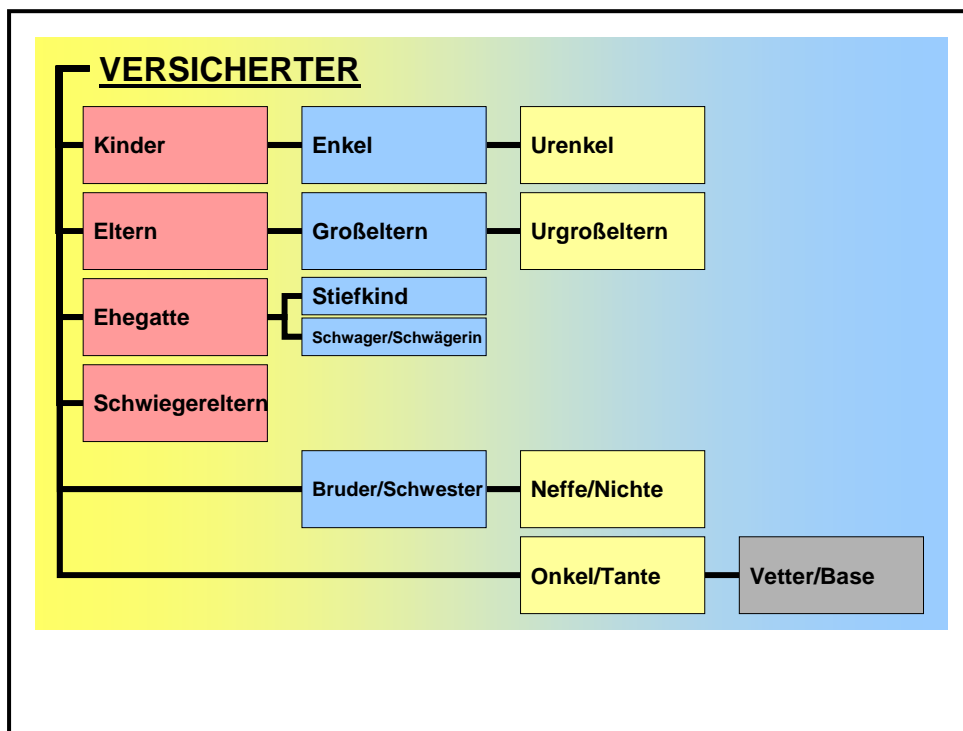


Abbildung 4: Verwandtschaft und Schwägerschaft

Bei diesen Personen können wir davon ausgehen, dass sie eine besondere "sittliche und moralische" Verpflichtung haben, ihre Hilfe anzubieten. Eine Kostenerstattung bei Verwandten und Verschwägerten bis zum 2. Grad kann dennoch erfolgen, sofern Fahrkosten und Verdienstausfall entstehen. Auch hier kann jedoch die Erstattung nur in „angemessener Höhe“ erfolgen. Das bedeutet, der maximale Erstattungsbetrag pro Tag beträgt für das laufende Jahr 62.- Euro.

Beispiel 4:

Die Ersatzkraft ist die Schwester des Versicherten. Haushaltshilfe ist nur für eine Woche, und zwar vom 13.08.2007 (Montag) bis 17.08.2007 (Freitag) täglich acht Stunden erforderlich. Die Ersatzkraft weist für die Anreise am 13.08.2007 und die Rückreise am 17.08.2007 Fahrkosten in Höhe von insgesamt 170.- Euro nach.

Lösung:

Bei der Schwester des Versicherten handelt es sich um eine Verwandte bis zum 2. Grad. Daher werden nur die tatsächlich entstandenen Kosten in „angemessener Höhe“ erstattet. Die Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft wäre bei einem achtstündigen Einsatz 2,5v.H. der monatlichen Bezugsgröße, also 62.- Euro. Der Einsatz der Haushaltshilfe war an fünf Tagen mit jeweils acht Stunden erforderlich. Berechnung: 5 x 62 Euro = 310 Euro. Die Fahrkosten überschreiten den Höchstbetrag nicht und sind in Höhe von 170 Euro zu erstatten.

Bei nachgewiesenem höherem Verdienstausschlag kann **im Einzelfall** eine Erstattung über den oben angegebenen Höchstsatz, maximal bis zur Höhe der geltenden Beitragsbemessungsgrenze erfolgen.

Beispiel 5:

Ein Verwandter bis zum 2. Grad leistet im Jahr 2007 Haushaltshilfe für insgesamt 16 Werkzeuge. Für jeden dieser Tage entsteht ihm ein Nettoverdienstausschlag von 75.- Euro.

Lösung:

Der nachgewiesene Nettoverdienstausschlag liegt unter der täglichen Beitragsbemessungsgrenze von 175,00 (151,67) Euro. Es sind daher $16 \times 75 = 1200$.- Euro zu erstatten.

Generell gilt, dass nicht mehr erstattet wird, als vom Versicherten beantragt wurde.

Beispiel 6:

Eine nicht verwandte bzw. verschwägerte Ersatzkraft macht geltend, für 11 Stunden täglich Haushaltshilfe geleistet zu haben, wobei sie pro Stunde eine Aufwandsentschädigung von 5.- Euro fordert.

Lösung:

Es ist eine Begrenzung der täglichen Einsatzstunden auf 8 Stunden vorzunehmen. Des Weiteren ist nur der geltend gemachte Aufwandsersatz anzusetzen. Pro Tag werden $8 \times 5 = 40$.- Euro erstattet.

1.1.6 Mitnahme oder anderweitige Unterbringung des Kindes

In § 54 Abs. 2 SGB IX wird die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung des Kindes geregelt. Es besteht die Möglichkeit, dass der Versicherte das Kind in die Behandlungsstätte mitnimmt, wenn dessen Versorgung anderweitig nicht gewährleistet ist. Von dieser Möglichkeit wird hauptsächlich bei Langzeitmaßnahmen, zum Beispiel Entwöhnungsbehandlungen, Gebrauch gemacht.

Beispiel 1:

Eine alleinerziehende Versicherte nimmt das noch nicht schulpflichtige Kind mit in die medizinische Rehabilitation. Hierfür berechnet die Reha-Klinik 40.- Euro pro Tag. Das zweite schulpflichtige Kind wird während der Rehabilitation in der Nachbarfamilie betreut.

Lösung:

Zu erstatten sind sowohl 40.- Euro an die Reha-Klinik, als auch bis zu 62.- Euro für die Nachbarfamilie.

Teilweise wird das sonst im Haushalt lebende Kind während der Rehabilitation des Versicherten außerhalb des eigenen Haushaltes versorgt. Es ist in der Praxis unter Umständen leichter, ein Kind bei Bekannten unterzubringen, als eine Haushaltshilfe zu beschaffen. Wird diese Form der Versorgung des Kindes gewählt, sind die nachgewiesenen Kosten bis zum Höchstbetrag zu erstatten.

Bei der Unterbringung in einer Kindertagesstätte oder Kinderkrippe sind ebenfalls die nachgewiesenen Kosten, höchstens der Betrag für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft zu erstatten. War das Kind bereits bisher in einer solchen Einrichtung untergebracht, sind nur die Mehrkosten, die auf Grund der Leistungen zur Teilhabe entstehen, zu übernehmen.

Beispiel 2:

Ein Kind befand sich bisher fünf Stunden in einer Tagesstätte und verbleibt anlässlich der Rehabilitation der allein erziehenden Mutter acht Stunden in dieser Einrichtung.

Lösung:

Hier können nur noch die Kosten für drei Stunden übernommen werden, da eine Veränderung durch die Rehabilitation nur für diese Zeit eintritt.

1.1.7 Dauer des Anspruchs auf Haushaltshilfe

Die Dauer und damit die zeitliche Begrenzung richtet sich nach der erbrachten Leistung zur Teilhabe, welche die Haushaltshilfe notwendig macht. Für den Aufnahme- bzw. Entlassungstag wird ebenfalls die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe angenommen.

Vereinzelt kann es erforderlich werden, die Ersatzkraft vor dem Antritt der Rehabilitation in den Haushalt einzuweisen und sie mit den besonderen Verhältnissen vertraut zu machen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn im Haushalt ein behindertes Kind lebt und der Hilfskraft die besonderen Pflegemethoden gezeigt werden müssen. Die hierdurch entstehenden Aufwendungen gehören bereits zur Haushaltshilfe.

1.1.8 Kosten für die Betreuung von Kindern

Besteht kein Anspruch auf Haushaltshilfe, können die Rehabilitationsträger sogenannte Kinderbetreuungskosten nach § 54 Abs.3 SGB IX übernehmen. Voraussetzung ist, dass unvermeidbare Kosten durch die Ausführung der Leistung zur Teilhabe entstehen.

Die Kinderbetreuungskosten betragen 130.- Euro je Kind und Monat.

Besteht lediglich ein Anspruch für Teilmonate werden pro Tag $1/30 = 4,33$ Euro erstattet.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

1. Welche Voraussetzung für einen Anspruch auf Haushaltshilfe ist zwingend?
2. Wie ist die Altersbegrenzung bei Kindern festgelegt bzw. bei welchen Personen gibt es keine Altersbegrenzung?
3. Welcher Zeitpunkt ist hinsichtlich der Altersbegrenzung bei gesunden Kindern entscheidungserheblich?
4. Für welche Entscheidung ist ausschlaggebend, ob die Haushaltshilfe bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist?
5. Welche Höchstgrenzen gibt es bei einer selbstbeschafften Ersatzkraft?
6. Unter welchen Umständen kann eine Fachkraft einer Organisation mit der Haushaltshilfe betraut werden?
7. Für eine Versicherte wird in der Zeit vom 13.09.2007 bis 04.10.2007 eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt. Im Haushalt leben noch die Tochter, geb. 21.01.1996 und der berufstätige Ehemann. Die Versicherte war zuletzt Hausfrau. Sie beauftragt eine Nachbarin mit der Betreuung des Kindes und des Haushaltes für die Zeit ihrer Abwesenheit. Die Forderung der Nachbarin beträgt für acht Stunden täglich 45.- Euro. In welcher Höhe können Kosten für die Haushaltshilfe erstattet werden?

1.2 Reisekosten (§ 53 SGB IX)**LERNZIELE**

- Sie können die Voraussetzung für die Gewährung von Reisekosten nennen.
- Sie können die einzelnen Reisekosten benennen sowie ihre Besonderheiten erläutern.
- Sie können das Verfahren bei der Kostenübernahme für Familienheimfahrten erklären.

1.2.1 Fahrkosten und Transportkosten (§ 53 Abs. 1 SGB IX)

Grundsätzlich werden die Fahrkosten für die Benutzung eines

- regelmäßig verkehrenden und die geringsten Kosten verursachenden

Beförderungsmittels erstattet.

Es ist darauf zu achten, dass die jeweils günstigste und damit billigste Verbindung gewählt wird. Diese Bedingungen treffen in der Regel für öffentliche Verkehrsmittel zu (zum Beispiel Bahnfahrt

2. Klasse). Auch sollen mögliche Fahrpreismäßigungen in Anspruch genommen werden (zum Beispiel auf Grund einer Schwerbehinderung).

Sollte wegen Art und Schwere der Behinderung kein günstigeres Beförderungsmittel erreichbar oder zumutbar sein, werden auch die Kosten für folgende Transportmittel übernommen:

- Bahnfahrt 1. Klasse,
- Mietwagen/Taxi,
- Krankentransportfahrzeug.

Es ist jeweils im Einzelfall zu entscheiden, welches der oben genannten Transportmittel verwendet werden soll.

Von einer behinderungsbedingten Unzumutbarkeit der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel ist insbesondere bei Nachweis einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (GdB) von mindestens 80% sowie dem Vermerk „G“ (Gehbehinderung) im Behindertenausweis bzw. ausschließlich bei dem Vermerk „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung) im Behindertenausweis auszugehen. Darüber hinaus gehen die Träger der Rentenversicherung bei bestimmten Maßnahmentearten (z.B. Anschlussrehabilitation) grundsätzlich von der Unzumutbarkeit aus.

Beispiel:

Für einen Versicherten soll nach der Implantation eines künstlichen Hüftgelenkes eine Anschlussrehabilitation (AR) durchgeführt werden. Der Versicherte ist noch stark gehbehindert, dadurch ist ihm auch die Benutzung seines Pkws nicht möglich. Ein Angehöriger, der den Transport übernehmen könnte, steht nicht zur Verfügung.

Lösung:

Auf Grund der Schwere der Erkrankung ist die Benutzung des öffentlichen Verkehrsmittels nicht zumutbar. Hier kommt die Erstattung der Kosten für ein Krankentransportfahrzeug bzw. ein Taxi in Betracht, da die Benutzung eines Privat-PKW ebenfalls nicht möglich ist.

Gepäcktransportkosten werden grundsätzlich, in der Regel für zwei Koffer, erstattet. Es besteht allerdings keine Gepäckversicherung. Darüber hinausgehende Kosten, z.B. Transportkosten für ein Fahrrad usw., werden nicht übernommen.

1.2.2 Entfernungspauschale (§ 53 Abs. 4 SGB IX)

Bei Benutzung eines privateigenen Kraftfahrzeuges ist als Fahrkosten eine Entfernungspauschale nach § 53 Abs.4 SGB IX zu leisten, auch wenn ein regelmäßig verkehrendes Beförderungsmittel hätte benutzt werden können.

Als Entfernungspauschale ist bei **Pendlern** für jeden vollen Kilometer der Entfernung zwischen Wohnung und Ausführungsort (einfache Strecke) der Betrag von 0,36 € für die ersten 10 Kilometer und 0,40 € für jeden weiteren Kilometer anzusetzen.. Hierbei ist die Höchstgrenze gem. §111 SGB III in Höhe von 269.-€ zu beachten.

Bei einer **auswärtigen Unterbringung** ist für die An- und Abreise sowie für Familienheimfahrten (vgl. Ziff.1.2.5) eine Entfernungspauschale von 0,40 € für jeden vollen Kilometer der Entfernung anzusetzen.

Beispiel 1:

Ein Versicherter fährt mit seinem PKW von seinem Wohnort nach Bad Wurzach Rehabilitationsklinik. Er benutzt sein Kraftfahrzeug. Die gefahrene Strecke der An- und Rückreise beträgt 621 km.

Lösung:

Für die Benutzung des Privatwagens werden 0,40 € der einfachen Strecke (310 volle Kilometer) erstattet.

Die Entfernungspauschale würde für 310 km je 0,40 € insgesamt 124.-Euro betragen.

Beispiel 2:

Ein Versicherter besucht im Rahmen einer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Meisterschule. Der Unterricht findet von Montag bis Freitag statt. Der Versicherte legt die einfache Strecke von 42 km täglich mit seinem PKW zurück.

Lösung:

Ausgehend von einem Monat mit 20 Werktagen ergibt sich folgende Berechnung:

Tägliche Erstattung:

10 km x 0,36 €	3,60 Euro
32 km x 0,40 €	12,80 Euro
20 Tage x 16,40€ = 328.-Euro	

dieser Betrag liegt über der Höchstgrenze. Es sind daher 269.-Euro auszuführen.

1.2.3 Verpflegungskosten (§ 53 Abs. 1 SGB IX)

Verpflegungskosten werden nur dann gewährt, wenn eine zwingende Abwesenheit vom Wohn-/Aufenthaltort des Versicherten von mehr als acht Stunden vorliegt. Das heißt, bei einer Reisedauer

bis zu acht Stunden	=	kein Verpflegungskostenersatz,
mehr als acht Stunden	=	Gewährung von Verpflegungskosten.

Die Erstattung erfolgt nach dem Bundesreisekostengesetz (BRKG). Es werden die Pauschalsätze des § 9 BRKG zu Grunde gelegt. Mit Wirkung vom 01.01.1997 wurde das BRKG geändert. Danach beträgt das Verpflegungsgeld bei einer Fahrtdauer:

- | | |
|--|-------------|
| – von mindestens acht und weniger als vierzehn Stunden | 6,00 Euro |
| – von mindestens vierzehn und weniger als vierundzwanzig Stunden | 12,00 Euro. |
| – von vierundzwanzig Stunden | 24,00 Euro. |

Beispiel:

Eine Versicherte ist von ihrem Wohnort bis zur Reha - Einrichtung neun Stunden unterwegs.

Lösung:

Es werden Verpflegungskosten in Höhe von 6,00 Euro erstattet. Die Reisedauer betrug mehr als acht Stunden, jedoch weniger als vierzehn Stunden.

1.2.3.1 Besonderheiten bei ambulanten Leistungen zur Teilhabe

Bei Pendlern, die länger als 8 Stunden von zuhause abwesend sind, wird anstelle Verpflegungsgeld ein Zuschuss zum Mittagessen in Höhe einer monatlichen Pauschale von 70,30 Euro gewährt. Bei Teilmonaten beträgt der „Tagessatz“ 3,80 Euro.

1.2.4 Begleitperson

Die Reisekosten werden auch übernommen für eine Begleitperson, die nach ärztlicher Beurteilung erforderlich ist. Beispielsweise werden bei Entwöhnungsbehandlungen die Kosten für eine Begleitperson grundsätzlich erstattet.

Eine Kostenerstattung erfolgt in dem Umfang, wie bereits in den Abschnitten 1.2.1 bis 1.2.3 genannt. Ein evtl. entstandener Verdienstausschlag kann nur erstattet werden, wenn sich die Begleitung über den gesamten Maßnahmezeitraum (z.B. bei Kinderheilbehandlungen) erstreckt. Die Höhe richtet sich nach dem Bruttoarbeitsentgelt, maximal bis zur Beitragsbemessungsgrenze.

1.2.5 Familienheimfahrten (§ 53 Abs. 2 und 3 SGB IX)

Ursprünglich waren die Familienheimfahrten nur für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorgesehen. Man war der Ansicht, dass vor allem bei länger dauernden Leistungen der Kontakt zu der Familie, sonstigen Angehörigen und Bekannten sehr wichtig und notwendig sei. Zwischenzeitlich wurde jedoch aus den gleichen Gründen die Möglichkeit der Familienheimfahrten auch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgeweitet.

Das Gesetz sieht die Erstattung der Reisekosten im Regelfall für zwei Heimfahrten im Monat vor (vgl. Abbildung 6). Die Familienheimfahrten an Feiertagen wie Ostern oder Weihnachten oder anlässlich von Ferien werden auf die Gesamtzahl der Familienheimfahrten angerechnet.

Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gilt ein anderer Anspruchszyklus. Während der ersten acht Wochen besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme von Familienheimfahrten. Im Anschluss an diesen Acht-Wochen-Zeitraum werden für jeden weiteren Monat die Kosten für zwei Familienheimfahrten übernommen (vgl. Abbildung 5).

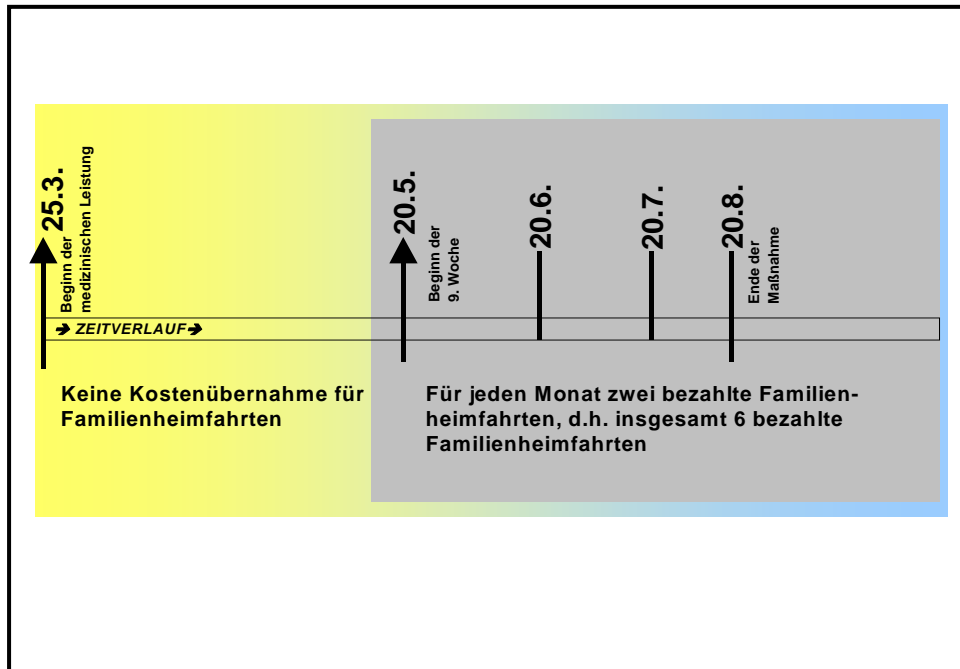


Abbildung 5: Kostenübernahme der Familienheimfahrten bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

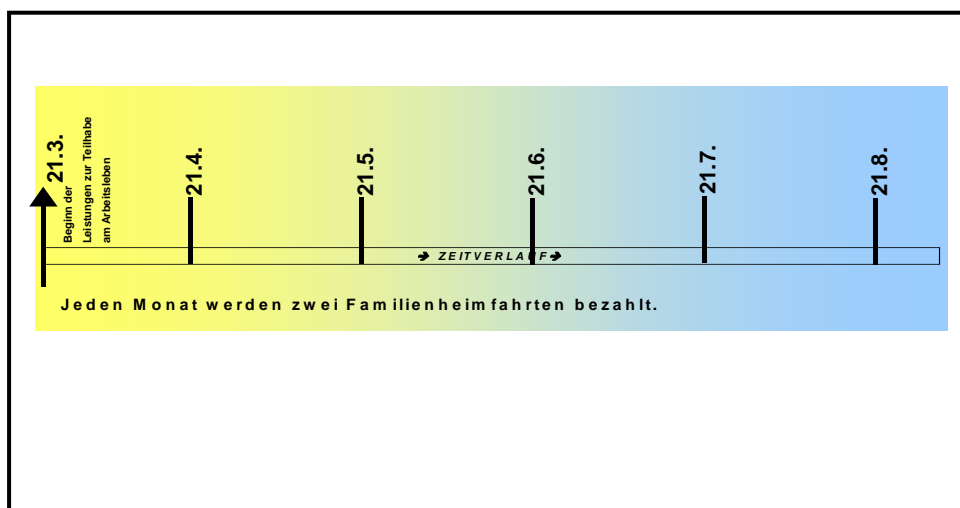


Abbildung 6: Kostenübernahme der Familienheimfahrten bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Sollte eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zwar über 8 Wochen, jedoch keinen weiteren Monat andauern, gilt folgende Regelung: Bei Fortdauer von mindestens 14 Tagen erhält der Versicherte eine bezahlte Familienheimfahrt.

Beispiel:

Ein Versicherter nimmt in der Zeit vom 20.09.2007 bis 06.12.2007 an einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation teil. Er beabsichtigt zweimal nach Hause zu fahren.

Lösung:

Es können nur die Kosten für eine Familienheimfahrt erstattet werden, da die Leistung zwar 8 Wochen, jedoch keinen ganzen "weiteren" Monat andauert. Nachdem die Dauer der Leistung mehr als 14 Tage über die "8-Wochengrenze" hinausgeht, sind die Kosten für eine Familienheimfahrt zu erstatten.

Zusätzlich zu den vorgenannten Familienheimfahrten können im Falle des Todes oder einer lebensbedrohenden Krankheit von Angehörigen die Kosten für weitere Familienheimfahrten übernommen werden.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

8. Ein Versicherter nimmt an einer ganztägig ambulanten Leistung zur med. Rehabilitation teil. Die Maßnahme umfasst insgesamt 23 Therapietage. Zur täglichen Anreise benutzt der Versicherte seinen PKW. Die einfache Entfernung zwischen dem Wohnort des Versicherten und der Reha- Einrichtung beträgt 13 km. Wie hoch sind die dem Versicherten zu erstattenden Fahrkosten?
9. Bei welchen Personengruppen ist eine Begleitperson häufig notwendig?
10. Unter welchen Voraussetzungen werden Verpflegungskosten während der An- und Rückreise übernommen?
11. Ein Versicherter nimmt an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben teil. Diese beginnt am 12.11.2007 und dauert drei Monate. Wie viele Familienheimfahrten werden vom Rentenversicherungsträger übernommen?
12. Gleicher Sachverhalt wie Frage 11, jedoch nimmt der Versicherte an einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation teil. Wie ist dann die Entscheidung bezüglich der Kosten für die Familienheimfahrt?

1.3 Rehabilitationssport (§ 44 Abs. 1 SGB IX)

LERNZIELE

- Sie können die Definition des Rehabilitationssports und des Funktionstrainings nennen sowie zwischen beiden Begriffen unterscheiden.
- Sie können den Zweck des Rehabilitationssports/Funktionstrainings erläutern und die Zuständigkeit für diese Leistung feststellen.

Die Träger der Rehabilitation haben für diesen Leistungsbereich eine Gesamtvereinbarung getroffen. Diese Vereinbarung soll sicherstellen, dass Rehabilitationssport (früher Behindertensport) und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach einheitlichen Grundsätzen gewährt bzw. gefördert werden. In dieser Vereinbarung wird klar zwischen Rehabilitationssport und Funktionstraining unterschieden. Hiernach wirkt der Rehabilitationssport mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf den Versicherten ein, um insbesondere die Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Kraft zu stärken. Das Funktionstraining hingegen wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und der Ergotherapie gezielt auf spezielle Körperregionen der Versicherten (z.B. auf Muskeln, Gelenke usw.). Zu den Funktionstrainingsarten zählen Trocken- und Wassergymnastik. Sowohl der Rehabilitationssport als auch das Funktionstraining können grundsätzlich bei jeder Behinderungsart in Betracht kommen. Das Funktionstraining wird hauptsächlich bei Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane eingesetzt.

Nach der heutigen Ansicht, auch im Hinblick auf die Qualitätssicherung einer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, gewinnt der Rehabilitationssport/Funktionstraining zunehmend an Bedeutung. Auch sollen die Versicherten aktiv an der Sicherung des Rehabilitationserfolges mitwirken, indem sie gelernte Übungen nach der Rehabilitationsleistung zu Hause fortsetzen. Nachdem durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) eine Wiederholungsmaßnahme erst nach 4 Jahren möglich ist, wird der Rehabilitationssport/Funktionstraining vermehrt in Anspruch genommen.

Der Sinn und Zweck des Rehabilitationssports / Funktionstrainings ist es, das Rehabilitationsziel zu erreichen oder zu sichern; das heißt also, den Versicherten auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern. Des Weiteren soll durch den Rehabilitationssport bzw. Funktionstrainings, der unter ärztlicher Betreuung / Überwachung stattfindet, der Versicherte in die Lage versetzt werden, die sportlichen Übungen später selbständig fortzuführen. Es werden verschiedene Arten des Rehabilitationssports durchgeführt. Vor allem sind dies Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen und Bewegungsspiele in Gruppen.

Bei der Frage nach dem zuständigen Leistungsträger für den Rehabilitationssport / Funktionstraining muss man grundsätzlich feststellen, dass für den ambulanten Rehabilitationssport die Krankenversicherung zuständig ist. Der Rentenversicherungsträger ist nur dann zuständig, wenn sich die Notwendigkeit zum Rehabilitationssport während einer vom Rentenversicherungsträger durchgeführten Leistung zur medizinischen Rehabilitation ergibt. Folgende Voraussetzungen für die Gewährung des Rehabilitationssports bzw. Funktionstrainings müssen erfüllt sein:

- Diese Leistungen müssen vom Arzt der Reha-Klinik verordnet sein.
- Der Rehabilitationssport muss unter ärztlicher Betreuung und Überwachung stattfinden.
- Das Funktionstraining muss unter fachkundiger Anleitung und Überwachung stattfinden.

- Diese Leistungen müssen in Gruppen durchgeführt werden.

Der Rehabilitationssport/Funktionstraining wird längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten gewährt. Rehabilitationssport kann in Ausnahmefällen bis zu zwölf Monaten, zum Beispiel bei Rückenmarkschäden, gewährt werden.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

13. Worin besteht der Unterschied zwischen Freizeitsport und Rehabilitationssport?
 14. Nach einer Bandscheibenoperation ohne anschließende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation soll ein Versicherter am Rehabilitationssport teilnehmen. Wer ist in diesem Fall der Kostenträger für den Rehabilitationssport?
 15. Für wie viele Monate wird Rehabilitationssport gewährt?
-

2. Sonstige Leistungen zur Teilhabe

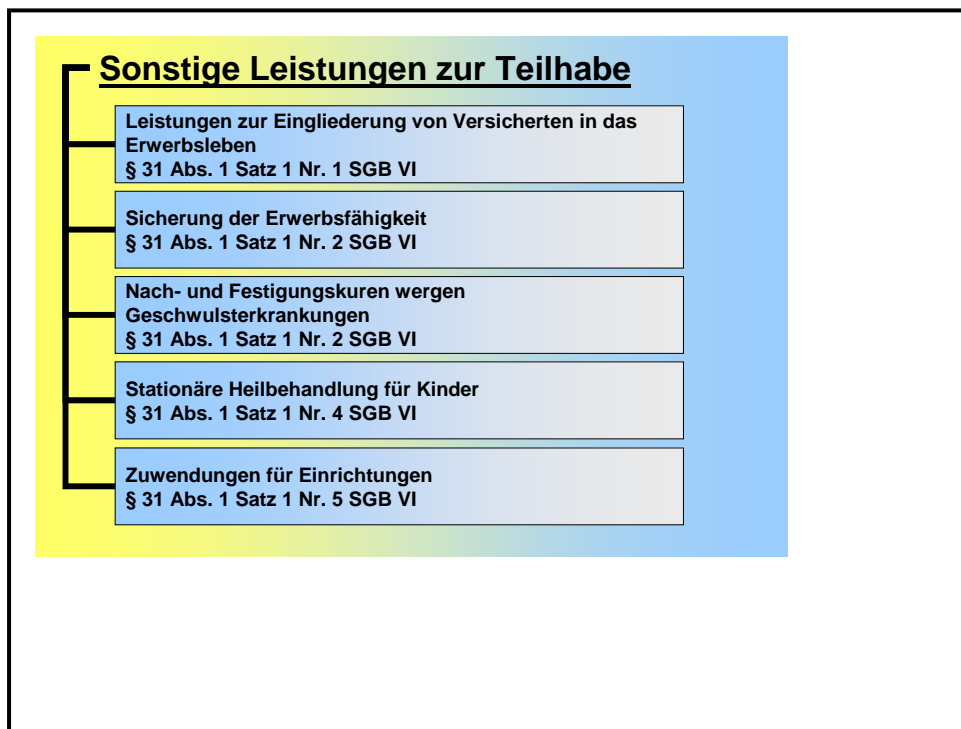


Abbildung 7: Sonstige Leistungen zur Teilhabe

2.1 Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI)

LERNZIELE

- Sie können die oben genannten Leistungen aufzählen und die Anspruchsvoraussetzungen für diese Leistungen im Einzelfall prüfen.
- Sie können den Leistungsumfang sowie den zuständigen Leistungsträger bestimmen.
- Sie können die Nachsorgeleistungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI von denjenigen nach § 15 SGB VI i.V.m. §§ 26 – 32 SGB IX abgrenzen.

2.1.1 Richtlinien

Sämtliche sonstigen Leistungen zur Teilhabe (vgl. Abbildung 7) werden nach § 31 Abs. 2 Satz 2 SGB VI nur auf Grund gemeinsamer Richtlinien der Träger der Rentenversicherung erbracht, die im Benehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erlassen werden. Diesem Richtlinienerfordernis sind die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nachgekommen. Im Dezember 1991 wurden die "Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI für Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben" erlassen. Diese Richtlinien bilden die Grundlage für die Leistungserbringung durch die Träger der Rentenversicherung.

2.1.2 Voraussetzungen und Art der Leistungen

Die Voraussetzungen für diese sonstigen Leistungen entsprechen im Wesentlichen denjenigen für die Leistungen nach § 15 SGB VI i. V. m. §§ 26 – 32 SGB IX. Insoweit wird auf Studientext Nr. 12 "Leistungen zur Teilhabe" verwiesen.

Sonstige Leistungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI kommen nur dann in Betracht, wenn die erforderlichen Leistungen nicht bereits als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder als ergänzende Leistungen erbracht werden können.

2.1.3 Die Leistungen im Einzelnen und Zuständigkeit

(1) *Rehabilitationsvorbereitung*

Therapieverlauf und -erfolg hängen in hohem Maße von der Motivation und den Erwartungen der Patienten sowie ihrer Bereitschaft zur aktiven Teilnahme ab, sodass eine gezielte Vorbereitung auf die Rehabilitation sinnvoll ist. Zur Rehabilitationsvorbereitung nach § 4 der Richtlinien können gehören (vgl. auch Abbildung 8):

- vorbereitende Informationsveranstaltungen vor einer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation;
- die Übernahme der Kosten für ein Vorgespräch in einer Rehabilitationseinrichtung zur Bestimmung einer geeigneten Klinik bzw. eines angemessenen therapeutischen Ansatzes, insbesondere bei Vorliegen psychischer und psychosomatischer Erkrankungen;
- die Übernahme von Kosten für eine Gewichtsreduktion oder Nikotinentwöhnung, wenn diese nach Auffassung des Arztes des Rentenversicherungsträgers für den Erfolg der Rehabilitationsleistung erforderlich erscheint.

Beispiel 1:

Ein Versicherter beantragt eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Der zuständige Rentenversicherungsträger stellt fest, dass die Hauptursache für die Rehabilitationsbedürftigkeit ein Bluthochdruck ist, der möglicherweise in Zusammenhang steht mit dem erheblichen Übergewicht des Versicherten. (Zum Zeitpunkt der Antragstellung wiegt der Versicherte 115 kg bei einer Körpergröße von 178 cm).

Der ärztliche Dienst des Rentenversicherungsträgers ist der Auffassung, dass eine stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur dann Aussicht auf Erfolg hat, wenn der Versicherte bereits vor Antritt der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sein Übergewicht um mindestens fünf Kilogramm reduziert hat.

Lösung:

Der zuständige Rentenversicherungsträger gewährt also vorläufig nicht unmittelbar die stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, sondern übernimmt zunächst die Kosten für ein jeweils an zwei aufeinander folgenden Wochenenden durchgeführtes Seminar, in welchem Hinweise zur Gewichtsreduktion und zur diätetischen Lebensweise gegeben werden.

(2) Rehabilitationsnachsorge

Auf dem Gebiet der Nachsorge stellt sich die Frage, ob die einzelnen Maßnahmen als sinnvolle Fortsetzung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation den Vorschriften nach §15 SGB VI i. V. m. §§ 26 – 32 SGB IX zuzuordnen sind, oder ob es sich möglicherweise um "klassische Nachsorgeleistungen" nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI handelt.

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung haben sich darauf verständigt, als Kriterium für die Abgrenzung die zeitliche Abfolge der einzelnen Leistungen zu verwenden. So ist eine nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation durchgeführte Nachsorgemaßnahme prinzipiell dann § 15 SGB VI zuzuordnen, wenn sie **nicht später als drei Monate** nach Abschluss dieser Leistung angetreten wird und **nicht länger als sechs Monate** dauert.

Beispiel 2:

Ein Versicherter befindet sich in stationärer Rehabilitationsleistung vom 21.09.2007 bis 12.10.2007. Der Versicherte ist Diabetiker, bereits während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wurde ihm verdeutlicht, wie wichtig eine krankheitsangepasste Ernährung für ihn ist. Der zuständige Rentenversicherungsträger hält es für erforderlich, auch nach Beendigung dieser Leistung eine weitere Unterrichtung des Versicherten in Ernährungsfragen durchzuführen, um den Gesamtrehabilitationserfolg zu sichern.

Der Leistungsträger erklärt sich daher bereit, die Teilnahmekosten für ein Seminar zu übernehmen, welches in der Zeit vom 30.11.2007 bis 02.12.2007 von der Volkshochschule am Wohnort des Versicherten durchgeführt wird, und in dessen Rahmen vertiefend Ernährungsfragen speziell für Diabetiker behandelt werden.

Lösung:

Nachdem die Drei-Monats-Frist (vom 13.10.2007 bis 12.01.2008) noch nicht abgelaufen ist, werden die Kosten für die Nachsorgeleistung (Seminarteilnahmegebühren, auf Antrag auch Fahrkosten) im Rahmen von § 15 SGB VI übernommen. Sofern die Nachsorgeleistungen außerhalb der Drei-Monats-Frist begonnen werden, sind sie der Vorschrift des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI zuzuordnen.

Mögliche weitere Einzelleistungen zur Rehabilitationsnachsorge sind (vgl. auch Abbildung 8):

- Ernährungs-/Diätberatung und -schulung zum Beispiel für übergewichtige Versicherte, Diabetiker und magenoperierte Patienten,
- Maßnahmen zur Verhaltensänderung, zum Beispiel Nikotinentwöhnung, Stressbewältigung, Entspannungstherapie,
- Einzelkrankengymnastik/Gehschule/Rückenschule,
- Schmerzbewältigungstraining,
- weiterführende ambulante Psychotherapie.

Die Zuständigkeit bei diesen Leistungen bestimmt sich wie bei den "Hauptleistungen" nach §§ 125 ff. SGB VI.

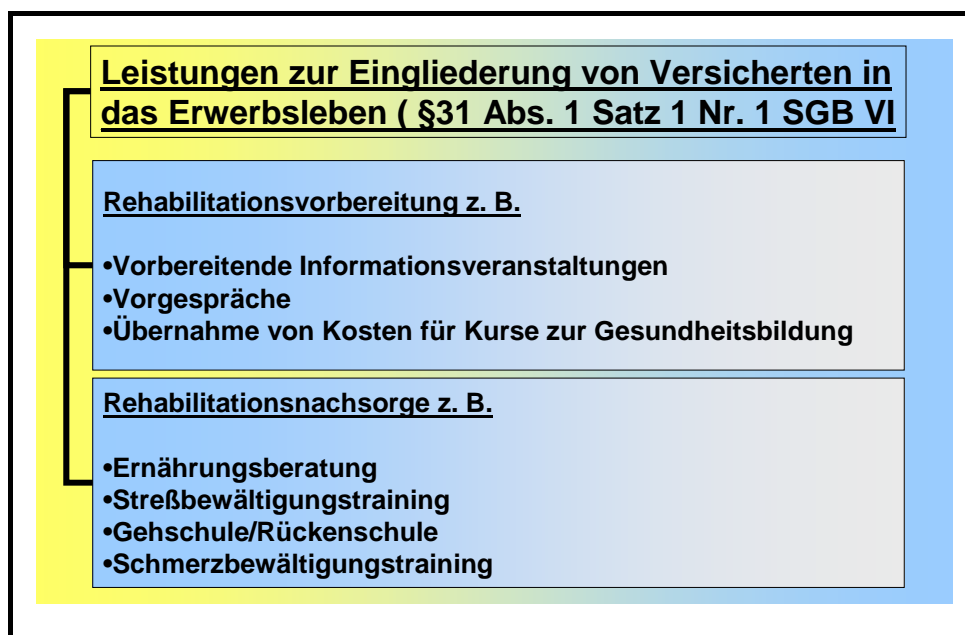


Abbildung 8: Leistungen zur Eingliederung

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

16. Welche Voraussetzungen müssen vorliegen, damit Leistungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI gewährt werden können?
17. In welche beiden "Grobkategorien" lassen sich die Leistungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI unterteilen?
18. Auf welcher Basis (Rechtsgrundlagen) werden die in diesem Abschnitt beschriebenen Leistungen erbracht?
19. Wie lassen sich die Nachsorgeleistungen nach § 15 SGB VI von denjenigen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI abgrenzen?
20. Nennen Sie ein Beispiel für eine Vorsorgeleistung.
21. Nennen Sie ein Beispiel für eine Nachsorgeleistung.

2.2 Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI)

LERNZIELE

- Sie können die genannten Leistungen aufzählen und die Anspruchsvoraussetzungen für diese Leistungen im Einzelfall prüfen.
- Sie können die oben genannten Leistungen von den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI i. V. m. §§ 26 – 31 SGB IX abgrenzen sowie den zuständigen Leistungsträger bestimmen.
- Sie können den Zeitraum bestimmen, nach dessen Ablauf erneut Präventionsleistungen gewährt werden können.

2.2.1 Richtlinien

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung haben auch für diesen Leistungsbereich gemeinsame Richtlinien erlassen. Diese "Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 2 Satz 2 SGB VI über stationäre medizinische Leistungen für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben (Richtlinien zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit)" bilden die Grundlage für die Leistungserbringung durch die Träger der Rentenversicherung.

2.2.2 Voraussetzungen

Die Voraussetzungen für die in diesem Abschnitt behandelten Leistungen (künftige Bezeichnung "Präventionsleistungen") unterscheiden sich wesentlich von den Voraussetzungen der Leistungen nach § 15 SGB VI. Die Präventionsleistungen werden nicht erst erbracht, wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert ist, sondern es genügt, wenn beim Versicherten erste krankheitsbedingte Störungen auftreten. Zudem muss der Versicherte eine Beschäftigung im Sinne von § 2 Abs. 4 der vorgenannten Richtlinien ausüben.

Die Träger der Rentenversicherung haben bewusst darauf verzichtet, einzelne Berufe zu benennen (zum Beispiel Fernfahrer, Fliesenleger, Gastwirt, Kellner, Krankenschwester oder Metzger) die dem Grunde nach gesundheitsgefährdend sein könnten, sondern man hat sich darauf verständigt, Merkmale von Beschäftigungen und Tätigkeiten herauszuarbeiten, aus denen sich eine besondere Gefährdung ableiten lässt.

Bei den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§ 3 der Richtlinien) fällt auf, dass im Gegensatz zu der Regelung bei allgemeinen Rehabilitationsleistungen die Voraussetzung "Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit" (§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI) sowie "Erfüllung der allgemeinen Wartezeit bei bereits vorliegender oder drohender Erwerbsminderung" (§ 11 Abs. 2 Nr. 3 SGB VI) fehlen. Dies ist dadurch begründet, dass es sich bei den Präventionsleistungen generell um – aus medizinischer Sicht – "leichtere Fälle" handelt. Bei einer bereits vorliegenden oder drohenden Erwerbsminderung kann davon aber keinesfalls ausgegangen werden.

2.2.3 Art der Leistungen

Bei diesen Leistungen steht der vorbeugende Gedanke absolut im Vordergrund. Dies ergibt sich auch aus § 4 der Richtlinien. Der Versicherte muss lernen, verantwortungsvoll mit seiner Gesundheit umzugehen und so die Gefahren, welche sich aus seiner Beschäftigung ergeben, möglichst gering zu halten.

Beispiel:

Für einen Berufskraftfahrer ist es wichtig, Entspannungstechniken oder andere gymnastische Übungen zu erlernen, mit deren Hilfe den negativen Auswirkungen, welche die ständig sitzende Haltung zum Beispiel auf die Wirbelsäule hat, entgegengewirkt werden kann.

2.2.4 Durchführung der Leistungen und Zuständigkeit

Das Bestimmungsrecht des Rentenversicherungsträgers nach § 13 Abs. 1 SGB VI gilt auch für diese Art von Leistungen. Vor allem die Rehabilitationseinrichtung wird vom Träger der Rentenversicherung bestimmt.

Auch bei den Leistungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGBVI gilt für Wiederholungen die "Vier-Jahres-Regelung", die für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI in § 12 Abs. 2 SGB VI geregelt ist. Allerdings gilt diese Vier-Jahres-Frist nur für Leistungen der gleichen Kategorie.

Beispiel:

Eine Präventionsleistung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI wurde durchgeführt in der Zeit vom 21.08.2003 bis 11.09.2003. Wann kann wieder eine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gewährt werden?

Lösung:

Die nächste Präventionsleistung kann frühestens am 12.09.2007 beginnen. Sofern sich aber das Leistungsvermögen des Versicherten zum Beispiel im Januar 2007 so verschlechtert hat, dass die Voraussetzungen für eine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI vorliegen, ist die Vier-Jahres-Frist nicht von Bedeutung.

Die Zuständigkeit bei diesen Leistungen bestimmt sich wie bei den "Hauptleistungen" nach §§ 125 ff. SGB VI.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

22. Welche Voraussetzungen müssen vorliegen, damit Leistungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI gewährt werden können?
23. Worin liegt, was die medizinischen Voraussetzungen angeht, der wesentliche Unterschied zwischen den Präventionsleistungen und den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI?
24. Worin liegt, was die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen angeht, der Unterschied zwischen den Präventionsleistungen und den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI?
25. Worin unterscheiden sich die Präventionsleistungen nach Art und Inhalt (Therapieansatz) von den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI?
26. Welche Regelungen wurden hinsichtlich der zeitlichen Abfolge von Präventionsleistungen getroffen?
27. Beeinflusst die Gewährung von Präventionsleistungen eine mögliche Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI in der Form, dass eine Frist abgewartet werden muss?

2.3 Onkologische Nachsorgeleistungen bei malignen Geschwulst- und Systemerkrankungen (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI)

LERNZIELE

- Sie können die persönlichen Voraussetzungen für diese Leistungen nennen sowie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür im Einzelfall prüfen.
- Sie können feststellen, welche Kinder anspruchsberechtigt sind.
- Sie können feststellen, in welchen Fällen derartige Leistungen ausgeschlossen sind.
- Sie können darlegen, in welchem zeitlichen Rahmen diese Leistungen erbracht werden können und sind in der Lage, im Einzelfall die Einhaltung des Zeitrahmens zu prüfen.
- Sie können den zuständigen Leistungsträger bestimmen.

2.3.1 Richtlinien

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung haben auch für diesen Leistungsbereich gemeinsame Richtlinien erlassen. Diese "Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI für Versicherte, Rentner sowie ihre Angehörigen für die Erbringung von onkologischen Nachsorgeleistungen bei malignen Geschwulst- und Systemerkrankungen (Ca-Richtlinien)" bilden die Grundlage für die Leistungserbringung durch die Träger der Rentenversicherung. (Die aktuelle Fassung trat zum 01.04.98 in Kraft)

2.3.2 Voraussetzungen

(1) *Persönliche Voraussetzungen*

Voraussetzung für die Durchführung von onkologischen Nachsorgeleistungen ist generell, dass die Akutbehandlung – welche in der Regel in einem Krankenhaus durchgeführt wird – abgeschlossen ist. Unter Akutbehandlung (Primärbehandlung)in diesem Sinne sind in erster Linie Operationen sowie die nach-operative Versorgung, aber auch eine Bestrahlungsbehandlung zu verstehen.

Nachsorgeleistungen werden nicht in erster Linie – wie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI – mit dem Ziel erbracht, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen; vielmehr ist hier das Ziel der Rehabilitationsleistung , dass die Behinderungen, die sich aus der Erkrankung ergeben, positiv beeinflusst werden.

(2) *Versicherungsrechtliche Voraussetzungen*

Ein besonderes Merkmal dieser Leistungsart ist es, dass nicht nur Versicherte anspruchsberechtigt sind, sondern auch Rentenbezieher sowie nichtversicherte Angehörige. Bei der Prüfung des Versichererstatus wird ausschließlich auf § 11 SGB VI abgehoben. Es sind demzufolge die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI nahezu identisch mit denen für Nachsorgeleistungen.

Von diesem Grundsatz gibt es eine Ausnahme: Bei den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Nachsorgeleistungen fehlt die Alternative "Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren". Auf diese Alternative wurde bewusst verzichtet, da bei dieser Leistungsart grundsätzlich unterstellt werden kann, dass eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bereits vorliegt oder droht. Insoweit genügt es bei den Nachsorgeleistungen, wenn die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt ist.

Anspruchsberechtigt für den Bereich der Nachsorgeleistungen sind auch Rentenbezieher. Die Bestimmung enthält keinerlei Einschränkungen, sodass grundsätzlich jeder Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung die Voraussetzungen erfüllt. Insoweit sind anspruchsberechtigt:

- Bezieher von Rente wegen Alters,
- Bezieher von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit,
- Bezieher von Rente wegen Todes.

Neben den vorgenannten Personen sind weiterhin anspruchsberechtigt deren Ehegatten sowie deren Kinder. Dabei muss der Angehörige selbst keinerlei Voraussetzungen erfüllen; demzufolge ist ein Angehöriger beispielsweise auch dann anspruchsberechtigt, wenn er selbst überhaupt keinen Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt hat.

Aus § 3 der Richtlinien ist zu entnehmen, wer als Kind im Sinne der Richtlinien anzusehen ist. Paragraf 48 Abs. 4 und Abs. 5 SGB VI ist dabei analog anzuwenden.

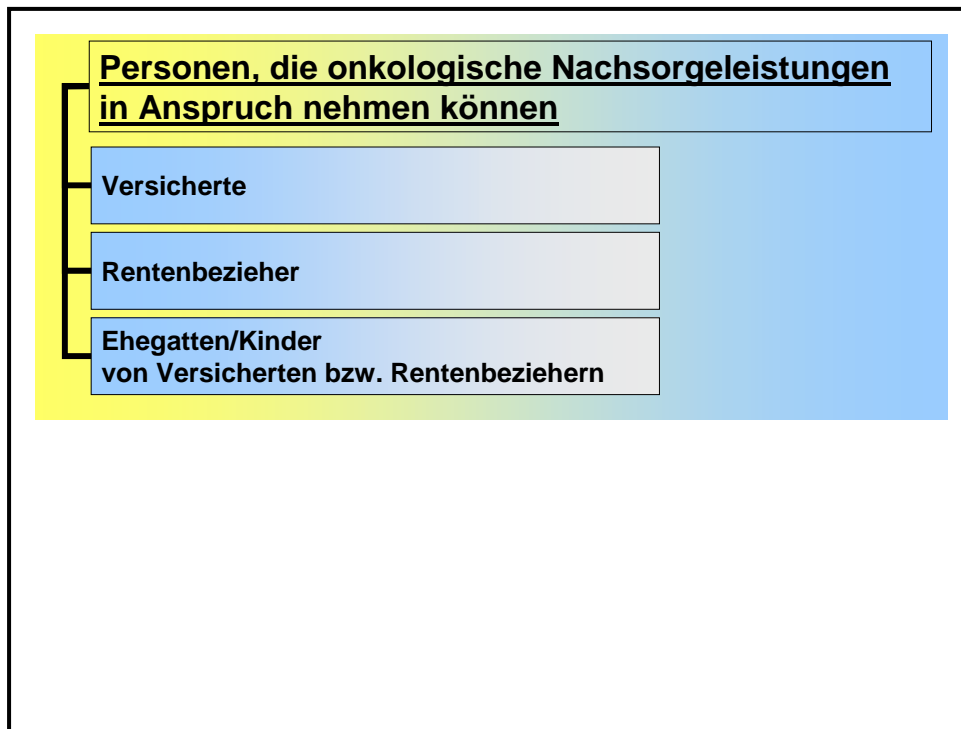


Abbildung 9: Anspruchsberechtigte für Nachsorgeleistungen

Beispiel 1:

Am 18.10.2007 wird eine Nachsorgeleistung für das Kind Tobias Hahn, geboren am 02.12.1989, aus der Versicherung seines Vaters Paul Hahn beantragt. Der Vater hat die allgemeine Wartezeit erfüllt.

Lösung:

Zum Zeitpunkt der Antragstellung hat das Kind des Versicherten das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, es besteht daher Anspruch auf eine Nachsorgeleistung. Der Vater (Versicherter) hat die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt.

Beispiel 2:

Am 05.07.2007 wird für Susanne Sommer, geboren am 04.04.1981, aus der Versicherung ihres Vaters, der eine Rente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht, eine Nachsorgeleistung beantragt. Frau Sommer hat bislang noch keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt, seit dem Abschluss ihrer Schulausbildung absolviert sie ein Studium der Medizin.

Lösung:

Es besteht Anspruch auf eine Nachsorgeleistung. Zum Zeitpunkt der Antragstellung hat Frau Sommer zwar das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 27. Lebensjahr vollendet, zudem befindet sie sich in Schulausbildung. Der Vater (Versicherter) hat auf Grund des Bezuges der Rente wegen Alters die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt.

Paragraf 12 SGB VI findet auch bei Nachsorgeleistungen Anwendung (vgl. Ausführungen Studententext Nr. 12 "Leistungen zur Teilhabe").

2.3.3 Wiederholung von Nachsorgeleistungen sowie Zuständigkeit

Nachsorgeleistungen werden bis zum Ablauf eines Jahres nach beendeter Primärbehandlung gewährt. Darüber hinaus können spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Primärbehandlung Maßnahmen im Einzelfall erbracht werden, wenn erhebliche Funktionsstörungen entweder durch die Tumorerkrankung selbst, oder durch Komplikationen bzw. Therapiefolgen vorliegen.

Beispiel 1:

Bei der Versicherten Karla Schäfer wurde im Herbst 2006 ein Tumor an der linken Brust diagnostiziert. Zwei Wochen später, am 13.11.2006 wurde die Brust operativ entfernt, der Aufenthalt im Akut-Krankenhaus endete am 22.11.2006.

Auf ihren entsprechenden Antrag bewilligte der zuständige RV-Träger der Versicherten eine Nachsorgeleistung als Anschlussrehabilitation, die in der Zeit vom 29.11.2006 – 20.12.2006 durchgeführt wurde. Am 04.10.2007 geht erneut ein Antrag auf eine Nachsorgeleistung bei der Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg ein. Der Ärztliche Dienst der Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg stellt fest, dass die medizinischen Voraussetzungen für eine solche Leistung wieder vorliegen.

Lösung:

Die Leistung muss gewährt werden, da innerhalb der Jahres-Frist (23.11.2006 bis 22.11.2007) die wiederholte Gewährung einer Nachsorgeleistung möglich ist.

Beispiel 2:

Der Versicherte Norbert K. erkrankte an Prostatakrebs und musste sich deshalb einer Krankenhausbehandlung unterziehen, die von 06.09.2005 bis 14.09.2005 dauerte. Kurz darauf wurde eine Anschlussrehabilitation (AR), vom 27.09.2005- 25.10.2005 durchgeführt. Am 07.05.2007 stellt der Versicherte erneut ein Antrag auf onkologische Nachsorgeleistungen. Der ärztliche Sachverständige des zuständigen RV-Trägers stellt fest, dass immer noch erhebliche Funktionsstörungen bei Herrn K. vorliegen.

Lösung:

Nachdem in diesem Fall erhebliche Funktionsstörungen festgestellt werden, verlängert sich die Frist für die Wiederholungsbehandlungen auf zwei Jahre (v. 15.09.2005 bis 14.09.2007). Die beantragte Leistung ist zu bewilligen.

Die Zuständigkeit bei diesen Leistungen bestimmt sich wie bei den "Hauptleistungen" nach §§ 125 ff. SGB VI.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

28. Worin liegt hinsichtlich der medizinischen Voraussetzungen der größte Unterschied zwischen den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI und onkologischen Nachsorgeleistungen?
29. In welche drei Kategorien lassen sich die anspruchsberechtigten Personen für Leistungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI einordnen?
30. Nach welchen drei Alternativkriterien prüft man den Versichertenstatus bei onkologischen Nachsorgeleistungen?
31. Unter welchen Voraussetzungen kann ein Kind, welches bereits das 27. Lebensjahr vollendet hat, aus der Versicherung eines Elternteils eine onkologische Nachsorgeleistung erhalten?
32. Ist die Auffassung richtig, dass ein Versicherter lediglich Anspruch auf eine onkologische Nachsorgeleistungen nach Abschluss der Primärbehandlung hat? (Bitte Antwort näher begründen.)

2.4 Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI)

LERNZIELE

- Sie können die persönlichen Voraussetzungen für Kinderheilbehandlungen nennen und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen im Einzelfall prüfen.
- Sie können feststellen, in welchen Fällen derartige Leistungen ausgeschlossen sind.
- Sie können den Kindstatus im Einzelfall feststellen und den Zeitraum bestimmen, nach dessen Ablauf erneut Kinderheilbehandlungen gewährt werden können.
- Sie können den zuständigen Leistungsträger bestimmen.

2.4.1 Richtlinien

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung haben auch für diesen Leistungsbereich gemeinsame Richtlinien erlassen. Diese "Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI für Kinderheilbehandlungen " bilden die Grundlage für die Leistungserbringung durch die Träger der Rentenversicherung.

2.4.2 Voraussetzungen

(1) *Persönliche Voraussetzungen*

Die Krankheitsbilder, welche die Inanspruchnahme von Kinderheilbehandlungen rechtfertigen, sind in § 2 Abs. 1 der Richtlinien aufgezählt. Es handelt sich dabei aber nicht um eine ausschließliche Aufzählung, da in den Richtlinien die Formulierung "insbesondere" verwendet wird.

Bei Kinderheilbehandlungen hat der Rentenversicherungsträger nicht zu prüfen, ob die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist. Es genügt vielmehr, dass eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dies Einfluss auf die spätere Erwerbstätigkeit haben kann.

Kinderheilbehandlungen werden grundsätzlich nicht erbracht, bei akuten Krankheiten und Infektionskrankheiten (Diphtherie oder Scharlach).

(2) *Versicherungsrechtliche Voraussetzungen*

Anspruchsberechtigt für diese Leistungsart sind die Kinder von Versicherten, die Kinder von Beziehern einer Rente wegen Alters oder von Beziehern einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Zudem sind die Kinder anspruchsberechtigt, die selbst eine Waisenrente beziehen (vgl. Abbildung 10).

Sofern es sich bei den Rehabilitanden um Kinder von "Versicherten" handelt, ist wieder der Versichertenstatus anhand der Aufzählung in § 11 SGB VI zu prüfen. Es sind demzufolge die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Versicherte weitgehend identisch mit denen für Kinderheilbehandlungen.

Von diesem Grundsatz gibt es allerdings eine Ausnahme: In den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Kinderheilbehandlungen fehlt die Alternative "Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren" stattdessen genügt die Erfüllung der allgemeinen Wartezeit. "Versicherter" ist somit auch, wer die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt hat, selbst wenn eine Erwerbsminderung nicht vorliegt bzw. droht.

Anspruchsberechtigt sind weiterhin die Kinder von

- Beziehern einer Rente wegen Alters,
- Beziehern einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Darüber hinaus sind die Bezieher einer Waisenrente anspruchsberechtigt.

Natürlich muss im Rahmen des Verwaltungsverfahrens auch eine Prüfung dahingehend stattfinden, ob es sich bei dem Kind, für welches die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beantragt wurde, um ein Kind im Sinne von § 3 Abs. 2 der Richtlinien handelt. Paragraf 48 Abs. 4 und 5 SGB VI ist dabei analog anzuwenden.

Zuletzt darf das Kind nicht selbst „Versicherter“ sein. Sollte es z.B. 6 Pflichtbeiträge in den letzten 2 Jahren vor der Antragstellung haben, bestünde ein vorrangiger Anspruch auf Leistungen zur med. Rehabilitation aus „eigener Versicherung“.

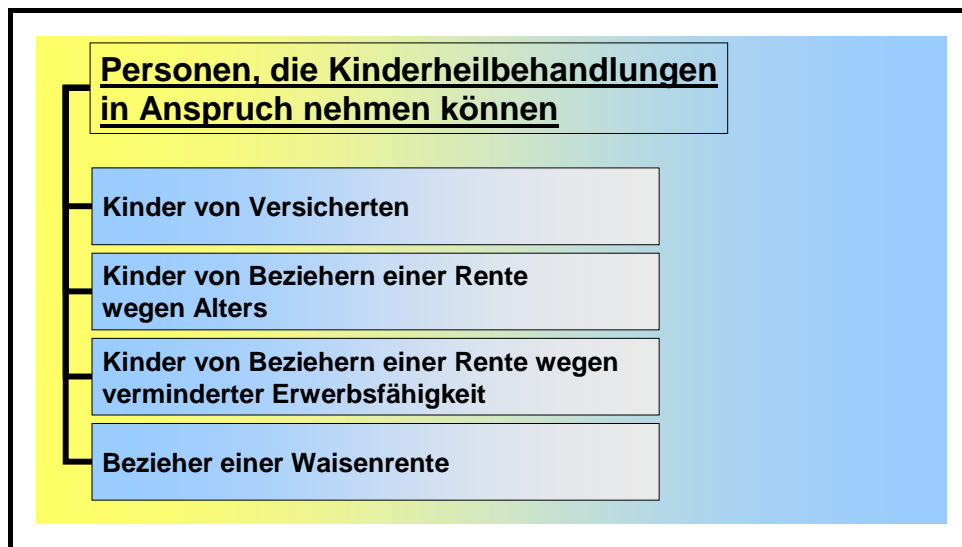


Abbildung 10: Anspruch auf Kinderheilbehandlungen

(3) Wiederholung von Kinderheilbehandlungen

Für Kinderheilbehandlungen findet § 12 Abs. 2 SGB VI Anwendung (vgl. Ausführungen in Studientext Nr. 12 "Leistungen zur Teilhabe").

2.4.3 Leistungen an Berechtigte im Ausland

Ein Leistungsausschluss für Kinder mit Wohnsitz im Ausland ist nicht vorgesehen. Für Kinder mit Wohnsitz im Ausland können bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 111 Abs. 1 SGB VI durch den Versicherten oder Rentenempfänger, Kinderheilbehandlungen im Inland bewilligt werden.

Beispiel:

Das Kind Jasmin Önal ist zehn Jahre alt und leidet an einer schweren Erkrankung der Atemwege. Jasmin hat ihren Wohnsitz in Ankara (Türkei). Der Vater von Jasmin, Turgul Önal, lebt schon seit acht Jahren in Stuttgart und ist seit dieser Zeit auch versicherungspflichtig beschäftigt. Herr Önal beantragt eine Kinderheilbehandlungen für Jasmin.

Lösung:

Es besteht ein Anspruch auf Kinderheilbehandlungen. Die medizinischen sowie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind erfüllt. Die Tatsache, dass das Kind im Ausland lebt, steht einer Leistungserbringung nicht entgegen.

2.4.4 Umfang und Dauer der Leistungen und Zuständigkeit

In § 5 Abs. 2 der Richtlinien über Kinderheilbehandlungen ist ausdrücklich festgelegt, dass die Unterbringung einer Begleitperson möglich ist, sofern dies medizinische Gründe erfordern.

Beispiel:

Die Versicherte Daniela Ziegler ist allein erziehend. Ihre acht Jahre alte Tochter Sarah ist hochgradig übergewichtig. Das Übergewicht ist nach ärztlicher Einschätzung die Hauptursache für den ständigen Bluthochdruck des Kindes. Die Versicherte arbeitet halbtags und ist schon seit etwa 15 Jahren versicherungspflichtig in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Lösung:

Im Rahmen der Durchführung der Kinderheilbehandlungen ist es besonders wichtig, dass das Kind eine Ernährung erhält, die es ihm ermöglicht, das Übergewicht zu reduzieren. Es nützt allerdings wenig, wenn zwar während der Kinderheilbehandlungen eine gesunde Ernährung erfolgt, das Kind aber nach Beendigung der Rehabilitation wieder in alte Essgewohnheiten verfällt. Insoweit ist es erforderlich, dass die Mutter das Kind begleitet und während der Kinderheilbehandlungen zum gesundheitsbewussten Kochen angeleitet wird.

Der Träger der Rentenversicherung übernimmt daher nicht nur die Kosten der Kinderheilbehandlungen, sondern auch die Kosten, welche durch die Begleitperson entstehen, also Reisekosten, Kosten für die Unterbringung sowie Ersatz des Verdienstaufschlags. Dieser wird in Höhe des Bruttoarbeitsentgelts, maximal bis zur Höhe der geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung erstattet. Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit achten die Rentenversicherungsträger darauf, dass die Erstattung des Verdienstaufschlages nicht besonders kostenaufwendig wird. Dies lässt sich erreichen, indem man darauf hinwirkt, dass gegebenenfalls der nicht erwerbstätige Elternteil die Begleitung übernimmt. Es ist zudem möglich, nur die Kosten für die Begleitung des Kindes anlässlich der An- und Rückreise zu übernehmen. In diesem Fall werden nur die Fahrkosten erstattet. Eine Erstattung des Verdienstaufschlages entfällt, da es der Begleitperson zuzumuten ist für diesen geringen zeitlichen Aufwand Urlaub zu nehmen.

Kinderheilbehandlungen sollen für vier Wochen erbracht werden. Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist um das Rehabilitationsziel zu erreichen.

Die Zuständigkeit bei diesen Leistungen bestimmt sich wie bei den "Hauptleistungen" nach §§ 125 ff. SGBVI.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

33. In welche vier Kategorien lassen sich die Anspruchsberechtigten für Leistungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI einordnen?
34. Welcher medizinische Sachverhalt kann dazu führen, dass Kinderheilbehandlungen trotz schwerer Erkrankung des Kindes nicht durchgeführt werden?
35. Nach welchen drei Alternativkriterien prüft man den Versichertenstatus bei Kinderheilbehandlungen?
36. Unter welchen Voraussetzungen kann ein Kind, welches bereits das 27. Lebensjahr vollendet hat, eine Kinderheilbehandlungen beanspruchen?
37. Ein Kind leidet an chronischen Beschwerden der Atemwege. Aus ärztlicher Sicht ist es nicht zu umgehen, dass für das Kind jedes Jahr eine Kinderheilbehandlungen in einer Klinik an der Nordsee durchgeführt wird. Der zuständige Leistungsträger lehnt die jährliche Gewährung einer Kinderheilbehandlungen ab, als Begründung verweist sie auf die entsprechenden Richtlinien, nach denen nur alle vier Jahre solche Leistungen erbracht werden können. Ist die Auffassung des Rentenversicherungsträgers richtig?

2.5 Zuwendungen für Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI)

LERNZIEL

- Sie können die in Frage kommenden Leistungen sowie Beispiele für eine Institutsförderung nennen.

2.5.1 Richtlinien

Für diese Leistungen sieht das Gesetz den Erlass "Gemeinsamer Richtlinien" nicht vor. Ein solches Richtliniengebot besteht nur für die Leistungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr.1 bis 4 SGB VI.

2.5.2 Begriffsbestimmungen

Zuwendungen sind Geldmittel, die an Einrichtungen außerhalb des Rentenversicherungsträgers zur Erfüllung der Aufgaben im Sinne des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI geleistet werden. Zuwendungen in diesem Sinne sind daher nicht Leistungen, auf die der Empfänger einen dem Grund und der Höhe nach unmittelbar durch Rechtsvorschriften begründeten Anspruch hat.

Einrichtungen müssen keine juristischen Personen sein. Auch Zuwendungen an natürliche Personen (Privatpersonen) kommen in Betracht.

Rehabilitation ist im Sinne der §§ 9 bis 31 SGB VI und §§ 1 – 67 SGB IX zu verstehen, also auch unter Einschluss der Leistungen bei besonders gesundheitsgefährdenden Beschäftigungen. Soweit die Forschung bzw. Förderung auch andere Bereiche betrifft, insbesondere Rehabilitationsleistungen anderer Sozialleistungsträger, steht dies einer Zuwendung nicht entgegen.

Beispiel 1:

Nicht selten wird nach Ablauf einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom leitenden Arzt der Rehabilitationsklinik eine ergänzende Leistung verordnet. Eine solche Leistung kann zum Beispiel ein Rheumafunktionstraining sein, also eine angeleitete Gymnastik, welche der Versicherte bei einer Gruppe seines Wohnortes absolviert. (Es handelt sich dabei um eine Leistung nach § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX).

Die Organisation, die dafür Sorge trägt, dass solche Gymnastikgruppen unter der fachkundigen Anleitung eines ausgebildeten Therapeuten bestehen, ist häufig die Rheuma-Liga. Es ist also davon auszugehen, dass die Rheuma-Liga (ein Verein) die Rehabilitation fördert. Die Träger der Rentenversicherung können daher an die Rheuma-Liga Zuwendungen leisten, welche dann von der Rheuma-Liga in der Regel dafür verwendet werden, die Therapeuten fortzubilden oder deren Honorare teilweise zu bestreiten.

Beispiel 2:

Das Forschungsinstitut X bietet einem Rentenversicherungsträger an zu erforschen, in welcher Weise sich die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf die Berentungspraxis der Rentenversicherungsträger auswirkt. Es soll also erforscht werden, inwieweit durch den gezielten Einsatz von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Berentungseintritt hinausgeschoben oder gänzlich vermieden werden kann. Das Forschungsprojekt soll im Zeitrahmen von einem Jahr abgewickelt werden, das Forschungsinstitut setzt hierfür einen wissenschaftlichen Mitarbeiter ein, sowie eine Sekretärin. Dem Forschungsinstitut entstehen insoweit Kosten von circa 150.000,00 Euro. Da es sich eindeutig um eine Forschung auf dem Gebiet der Rehabilitation handelt, kann der zuständige Rentenversicherungsträger die Gesamtkosten für das Forschungsprojekt auf der Grundlage von § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI übernehmen.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

38. Beschreiben Sie die zwei Kategorien der Förderung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI.
39. Nennen Sie Beispiele für eine solche Förderung.

3. Zuzahlung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und bei sonstigen Leistungen (§ 32 SGB VI)

3.1 Zuzahlung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

LERNZIELE

- Sie können die zwei Fallgruppen der Zuzahlung benennen sowie deren zeitliche Begrenzung darstellen.
- Sie können die "14-Tage-Fälle" benennen.
- Sie können erklären, unter welchen Bedingungen bereits geleistete Zuzahlung anrechenbar ist.

3.1.1 Darstellung der beiden Fallgruppen

Das Gesetz unterscheidet zwei Fallgruppen der Zuzahlung (vgl. Abbildung 11). Es sind dies:

- a) allgemeine Leistungen zur medizinischen Rehabilitationen; für diese Fälle sieht der Gesetzgeber keinen die Zuzahlung begrenzenden Zeitraum vor. Da aber in den Richtlinien für die Befreiung von der Zuzahlung eine zeitliche Begrenzung von 42 Tagen (vgl. Abschnitt 3.4.1, § 3 der Richtlinien) geschaffen wurde, soll im Folgenden von "42-Tage-Fällen" gesprochen werden.
- b) Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitationen, die sich an eine Krankenhausbehandlung ergänzend anschließen (Anschlussrehabilitation). Bei dieser Fallgruppe sieht das Gesetz eine Begrenzung auf 14 Tage vor, weswegen die Bezeichnung "14-Tage-Fälle" entstanden ist.

Bei der Prüfung, ob eine Anschlussrehabilitation vorliegt, kommt es nicht darauf an, wie groß der Zeitraum ist, der zwischen der Krankenhausbehandlung und der stationären Rehabilitationsleistung liegt. Entscheidend ist vielmehr, dass es einen Zusammenhang zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung gibt. Davon kann regelmäßig ausgegangen werden, wenn dasselbe Krankheitsbild behandelt wird. Geht also einer stationären Entwöhnungsmaßnahme eine Entgiftung, die im Krankenhaus durchgeführt wurde, voraus, so ist die Entwöhnung, was die Zuzahlung angeht, als Anschlussrehabilitation zu werten.

In jüngster Zeit werden Operationen, die früher ausschließlich im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes durchgeführt wurden, zunehmend auch ambulant durchgeführt. Dies geschieht, indem sich der Versicherte nur einen Tag – dem Operationstag – im Krankenhaus aufhält. Teilweise werden die Operationen auch in Arztpraxen durchgeführt. Eine nach dieser Operation auf Grund derselben Indikation durchgeführte Leistung zur medizinischen Rehabilitation gilt, was die Zuzahlung angeht, ebenfalls als "Anschlussrehabilitation".

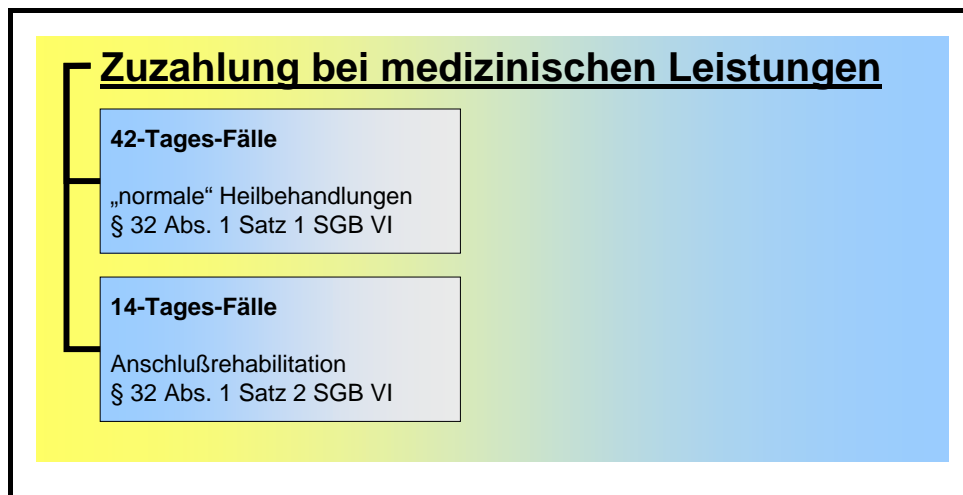


Abbildung 11: Fallgruppen der Zuzahlung

3.1.2 Regelbetrag der Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt bei beiden Fallgruppen grundsätzlich 10,00 Euro täglich vgl. § 32 Abs. 1 SGB VI i.V. mit §§ 40 Abs. 5 und Abs. 6, 61 Satz 2 SGB V.

3.1.3 Anrechnung bereits geleisteter Zuzahlungen

Die gesetzliche Bestimmung sieht vor, dass die innerhalb eines Kalenderjahres an einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geleistete Zuzahlung anzurechnen ist. Eine Ergänzung erhält diese Regelung durch die Zuzahlungsrichtlinien (vgl. Abschnitt 3.4.1); demzufolge sind alle Tage der Zuzahlung an den Rentenversicherungsträger (§ 32 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 SGB VI) und an Krankenkassen (§§ 39, 40 SGB V) innerhalb eines Kalenderjahres zu berücksichtigen und gegenseitig anzurechnen.

Es ist nicht in jedem Fall erforderlich, dass eine tatsächliche Zahlung erfolgte. So werden Zeiten des Aufenthalts im Krankenhaus auch dann auf die nach § 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI bestehende Zuzahlungspflicht von 14 Tagen angerechnet, wenn wegen Erreichens der Belastungsgrenze in der Krankenversicherung ein Befreiungstatbestand gegeben war (§ 62 Abs. 1 SGB V) und Zahlungen an die Krankenversicherung tatsächlich nicht geleistet wurden.

Beispiel 1:

Krankenhausbehandlung vom 18.10.2007 bis 25.10.2007 = acht Tage; Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V an Krankenkasse geleistet für acht Tage. Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (AR) vom 02.11.2007 bis 23.11.2007 = 22 Tage.

Lösung:

Die bereits an die Krankenkasse geleistete Zuzahlung ist bei der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen; deshalb Zuzahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI an den RV-Träger nur noch vom 02.11.2007 bis 07.11.2007 für sechs Tage.

Beispiel 2:

Krankenhausbehandlung vom 14.08.2007 bis 21.08.2007 = acht Tage; Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V an Krankenkasse geleistet für acht Tage. Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (keine AR) vom 07.11.2007 bis 19.12.2006 = 43 Tage.

Lösung:

Die an die Krankenkasse geleistete Zuzahlung ist zu berücksichtigen, von den maximal 42 Zuzahlungstagen sind acht Tage abzusetzen, daher Zuzahlung nach § 32 Abs.1 Satz 1 SGB VI vom 07.11.2007 bis 10.12.2007 für 34 Tage.

Beispiel 3:

Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (AR) - nach ambulanter Operation, daher keine Zuzahlung an Krankenkasse - vom 18.01.2007 bis 15.02.2007 = 29 Tage; Zuzahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI vom 18.01.2007 bis 31.01.2007 = 14 Tage. Weitere stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (keine AR) vom 11.10.2007 bis 22.11.2007 = 43 Tage.

Lösung:

Zuzahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 1 SGB VI vom 11.10.2007 bis 07.11.2007 = 28 Tage, da die für die AR geleistete Zuzahlung anzurechnen ist.

Beispiel 4:

Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (keine AR, zum Beispiel Maßnahme wegen Stoffwechselerkrankung) vom 15.01.2007 bis 15.02.2007 = 32 Tage; Zuzahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 1 SGB VI an den RV-Träger für 31 Tage. (Der Aufnahmetag und der Entlassungstag gelten bei der Festsetzung der Zuzahlung als ein Tag – §3 Satz 3 der Zuzahlungsrichtlinien). Weitere Stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (AR nach ambulanter Operation, daher keine Zuzahlung an Krankenkasse) vom 19.10.2007 bis 09.11.2007 = 22 Tage.

Lösung:

In diesem Fall müsste während der AR für maximal 14 Tage zugezahlt werden. Da aber die "jährliche Zuzahlungsverpflichtung" von 42 Tagen überschritten wird, ist nur noch für 11 Tage zuzuzahlen, da 31 "Vortage" anrechenbar sind.

3.1.4 Anrechnung bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitationen, die über einen Jahreswechsel hinweg andauern

1. Grundsatz

Wenn bei einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Zuzahlungsverpflichtung im alten Jahr erfüllt wurde, ergibt sich für das neue Jahr keine erneute Zuzahlungsverpflichtung.

Beispiel 1:

Stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation (AR nach ambulanter Operation) vom 14.12.2006 bis 11.01.2007 = 29 Tage. Zuzahlung vom 14.12.2006 bis 27.12.2006 = 14 Tage.

Lösung:

Keine erneute Zuzahlung für die Zeit vom 01.01.2007 bis 11.01.2007

2. Grundsatz

Wurde im alten Jahr auf Grund der geringen Behandlungstage der Zuzahlungsverpflichtung nicht in vollem Umfang nachgekommen, ist für die noch fehlenden Tage im neuen Kalenderjahr eine Zuzahlung zu leisten.

Beispiel 2:

Stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation (AR nach ambulanter Operation) vom 22.12.2006 bis 12.01.2007 = 22 Tage.

Lösung:

Zuzahlung vom 22.12.2006 bis 31.12.2006 =	10 Tage
und vom 01.01.2007 bis 04.01.2007 =	<u>4 Tage</u>
insgesamt	14 Tage

3. Grundsatz

Bei so genannten "einheitlichen Leistungsfällen" entsteht durch den Jahreswechsel keine erneute Zuzahlungsverpflichtung, sofern die Verpflichtung vollständig im alten Jahr "abgeleistet" wurde.

Beispiel 3:

Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 Abs. 4 SGB V vom 02.12.2006 bis 23.12.2006. Zuzahlung geleistet für 22 Tage. Stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (AR) vom 04.01.2007 bis 25.01.2007 = 22 Tage.

Lösung:

Für die Anschlussrehabilitation ist eine Zuzahlung nicht zu leisten. (Von einem einheitlichen Leistungsfall kann ausgegangen werden, da die Reha-Leistung aus dem selben Grund notwendig wurde wie die Krankenhausbehandlung, und auch ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen den Leistungen besteht; anrechenbar sind daher 22 „Vortage“, damit ist die maximale jährliche „Zuzahlungsverpflichtung“ von 14 Tagen erreicht.)

4. Grundsatz

Eine im neuen Kalenderjahr bereits entrichtete Zuzahlung ist anzurechnen, sofern im selben Kalenderjahr erneut eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich wird.

Beispiel 4:

Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (keine AR) vom 14.12.2006 bis 04.01.2007 = 22 Tage; Zuzahlung geleistet für 21 Tage. (Aufnahme- und Entlassungstag gelten bei der Festsetzung der Zuzahlung als ein Tag.) Stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (AR nach ambulanter Operation) vom 13.09.2007 bis 04.10.2007 = 22 Tage.

Lösung:

Die im Januar 2007 bereits geleisteten vier Tage sind anzurechnen (nachdem Aufnahme- und Entlassungstag als ein Tag zählen, ist unklar, ob man den ersten oder den letzten Tag der Maßnahme als Zuzahlungstag berechnet. Im Zweifel sollte man zu Gunsten des Versicherten entscheiden und in diesem Fall den Entlassungstag als Zuzahlungstag rechnen.) Deshalb ist für die zweite stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation nur noch die Zuzahlung vom 13.09.2007 bis 22.09.2007 = 10 Tage zu leisten.

5. Grundsatz

Sofern bei einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation, die während der letzten Tage eines Kalenderjahres beginnt, keine Zuzahlung zu leisten ist, weil in diesem Kalenderjahr bereits die Zuzahlungsverpflichtung erfüllt wurde, tritt nach dem Jahreswechsel für dieselbe Leistung keine erneute Zuzahlungspflicht ein.

Beispiel 5:

Krankenhausbehandlung vom 11.11.2006 bis 03.12.2006. Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V für 23 Tage. Stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (AR) vom 15.12.2006 bis 12.01.2007 = 29 Tage.

Lösung:

Für die Leistung zur medizinischen Rehabilitation wird eine Zuzahlungsforderung nicht erhoben. Sofern eine weitere stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Jahr 2007 gewährt wird, entsteht dann aber die vollständige Zuzahlungsverpflichtung.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

40. Worin unterscheiden sich die beiden Fallgruppen der Zuzahlung?
41. Innerhalb welcher Zeiteinheit kann bereits geleistete Zuzahlung berücksichtigt werden?
42. Der Versicherte Lange war in der Zeit vom 11.03.2007 bis 20.03.2007 im Krankenhaus. Hier hatte er die Zuzahlung an die Krankenkasse zu leisten. Vom 05.04.2007 bis 03.05.2007 nahm H. Lange an einer Anschlussrehabilitation teil. Wie verhält es sich mit seiner Zuzahlungsverpflichtung während der AR?
43. Die Versicherte Petra Kurz nahm in der Zeit vom 15.01.2007 bis 26.02.2007 an einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation wegen einer psychosomatischen Erkrankung teil. Für welche Zeit muss die Versicherte zuzahlen?
44. In der Zeit vom 15.12.2006 bis 31.12.2006 befand sich der Versicherte Gin zur Entgiftung im Krankenhaus. Die Zuzahlung wurde an die Krankenkasse geleistet. Die stationäre Entwöhnungsbehandlung wurde vom 22.01.2007 bis 14.05.2007 durchgeführt.

Hat Herr Gin während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Zuzahlung zu leisten?

3.2 Zuzahlung bei stationären sonstigen Leistungen zur Teilhabe nach § 31 SGB VI

LERNZIELE

- Sie können die Zuzahlungsverpflichtung bei stationären und sonstigen Leistungen nennen und den Zuzahlungsschuldner feststellen.

Die Zuzahlungsverpflichtung entsteht auch bei sonstigen Leistungen zur Teilhabe, (§ 32 Abs. 2 SGB VI) es kann sich dabei handeln um:

- stationäre medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI) oder

Zuzahlung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und bei sonstigen Leistungen (§ 32 SGB VI)

- Onkologische Nachsorgeleistungen bei malignen Geschwulst- und Systemerkrankungen (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr.3 SGB VI).

Bei Kinderheilbehandlungen muss generell nicht zugezahlt werden, auch wenn das Kind das 18. Lebensjahr bereits vollendet hat.

Der Adressat der Zuzahlung (Zuzahlungsschuldner) ist im Gesetz eindeutig genannt, es ist immer der Versicherte/Rentenbezieher, aus dessen Versicherung die Leistung gewährt wird.

Beispiel:

Die Ehefrau eines Versicherten beantragt für sich eine onkologische Nachsorgeleistung.

Lösung:

Der Zuzahlungsschuldner ist der Ehemann, an diesen ist der vom Rentenversicherungsträger zu erlassende Zuzahlungsbescheid zu richten.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

45. Für das Kind Silvia, geboren am 10.06.1986, wird eine Kinderheilbehandlung im Jahr 2007 durchgeführt. Wie verhält es sich mit der Zuzahlungsverpflichtung?
46. Für die Ehefrau eines Versicherten wird eine onkologische Nachsorgeleistung in der Zeit vom 17.08.2007 bis 07.09.2007 durchgeführt. Für wie viele Tage ist Zuzahlung zu leisten, und wer ist der "Zuzahlungspflichtige"?

3.3 Befreiung von der Zuzahlungsverpflichtung "kraft Gesetzes"

LERNZIELE

- Sie können die gesetzlich vorgesehenen Befreiungsmöglichkeiten von der Zuzahlungsverpflichtung benennen.
- Sie können den Zusammenhang zwischen Übergangsgeldbezug und Zuzahlungsverpflichtung darlegen.

In § 32 Abs. 1 u. 3 SGB VI sind zwei gesetzliche Befreiungsmöglichkeiten vorgesehen. Es sind dies:

- die "Nicht-Vollendung" des 18. Lebensjahres des Versicherten/Rentners, wobei der entscheidungserhebliche Zeitpunkt derjenige der Rehabilitationsantragstellung ist, und

- der Bezug von Übergangsgeld, das nach § 46 Abs. 1 Satz 3 SGB IX begrenzt ist.

Sofern also ein Versicherter während einer stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Übergangsgeld bezieht, bei welchem entsprechend der Bestimmung des § 46 Abs. 1 Satz 3 SGB IX die Begrenzung auf 75 Prozent bzw. 68 Prozent durchgeführt wurde, besteht neben dem Bezug dieses begrenzten Übergangsgeldes keine Verpflichtung zur Zuzahlung.

In nahezu sämtlichen "Übergangsgeldzahlfällen" ist das Übergangsgeld begrenzt, eine Ausnahme bildet lediglich das Übergangsgeld im Anschluss an eine Leistung der Arbeitsverwaltung (§ 21 Abs. 4 SGB VI).

Beispiel 1:

Stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation (keine AR) wird in der Zeit vom 17.08.2007 bis 07.09.2007 durchgeführt. Ab Beginn der Leistung besteht Anspruch auf Übergangsgeld, welches nach § 46 Abs. 1 SGB IX begrenzt ist.

Lösung:

Vollständige Befreiung von der Zuzahlung, weil ab Beginn der Leistungen Übergangsgeld bezogen wird, das nach § 46 Abs. 1 Satz 3 SGB IX begrenzt ist.

Beispiel 2:

Stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation (keine AR) wird in der Zeit vom 12.07.2007 bis 02.08.2007 durchgeführt. Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung endet am 14.07.2007. Ab dem Folgetag erhält der Versicherte Übergangsgeld, welches nach § 46 Abs. 1 SGB IX begrenzt ist.

Lösung:

Für die Zeit vom 12.07.2007 bis 14.07.2007 ist zuzuzahlen. Ab dem 15.07.2007 wird der Versicherte von der Zuzahlung befreit, weil Übergangsgeld bezogen wird, das nach § 46 Abs. 1 Satz 3 SGB IX begrenzt ist.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

47. Welche Personengruppen sind kraft Gesetzes von der Zuzahlungspflicht befreit?

48. Ein Versicherter führt in der Zeit vom 12.10.2007 bis 02.11.2007 eine stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen einer Stoffwechselerkrankung durch. Der Versicherte hat bis 30.10.2007 Entgeltfortzahlungsanspruch, und ab 31.10.2007 erhält er Übergangsgeld, welches nach § 46 Abs. 1 Satz 3 SGB IX begrenzt ist.

Wie verhält es sich mit der Zuzahlungsverpflichtung?

3.4 Befreiung von der Zuzahlung in Fällen der unzumutbaren Belastung (§ 32 Abs. 4 SGB VI)

LERNZIELE

- Sie können darlegen, welche Personen auf Antrag völlig von der Zuzahlung befreit werden können.
- Sie können die Voraussetzungen benennen, unter denen Versicherte teilweise von der Zuzahlung befreit werden können.
- Sie können die Höhe der teilweisen Zuzahlung feststellen.

3.4.1 Richtlinien für die Befreiung von der Zuzahlung

Der Gesetzgeber hat die Träger der Rentenversicherung ermächtigt, selbst Kriterien für die Definition von "unzumutbarer Belastung" zu erarbeiten.

Richtlinien für die Befreiung von der Zuzahlung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe vom 01.07.1997 in der Fassung vom 10.März 2005

§ 1 Befreiung von Amts wegen

- (1) Eine Zuzahlung zu den in Anspruch genommenen stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen stationären Leistungen haben nicht zu leisten Versicherte/Rentner:
- die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;
 - die Übergangsgeld beziehen. Für Versicherte, die neben dem Übergangsgeld noch zusätzlich Erwerbseinkommen beziehen, findet § 2 Anwendung;
 - aus deren Versicherung Leistungen für Kinder erbracht werden, auch wenn die Kinder das 18. Lebensjahr vollendet haben.
- (2) Sind die in § 2 geregelten Voraussetzungen für eine vollständige oder teilweise Befreiung von der Zuzahlungspflicht nach der Aktenlage offenkundig und bedarf es keiner weiteren Ermittlungen durch den Rentenversicherungsträger, erfolgt die (vollständige/teilweise) Befreiung von der Zuzahlungspflicht auch ohne Antrag des Versicherten/Rentners.

§ 2 Befreiung auf Antrag

(1) Vollständige Befreiung

Auf Antrag werden von der Zuzahlungspflicht vollständig befreit Versicherte/Rentner:

- deren monatliches Netto-Erwerbseinkommen oder deren Erwerbsersatzeinkommen 40% der monatlichen Bezugsgröße nach §18 Abs.1 SGB IV nicht übersteigt. Erwerbseinkommen und Erwerbsersatzeinkommen sind zusammenzurechnen.
- die Hilfe zum Lebensunterhalt beziehungsweise Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch beziehen, unabhängig von Art und Höhe dieser Leistungen.

(2) Teilweise Befreiung

Eine teilweise Befreiung gemäß der Zuzahlungstabelle der Rentenversicherungsträger in der jeweils geltenden Fassung kommt in Betracht für Versicherte (§ 46 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX),

- a) die ein Kind (§ 32 Abs.1, 3 bis 5 Einkommenssteuergesetz) haben,
- b) die pflegebedürftig sind, wenn ihr Ehegatte oder Lebenspartner*, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft leben, sie pflegt und deswegen eine Erwerbstätigkeit nicht ausübt, oder
- c) deren Ehegatte oder Lebenspartner*, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft leben, pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat.

Sie hat zu erfolgen, wenn der Unterschiedsbetrag zwischen den tatsächlichen Netto-Einnahmen und einem fiktiv errechneten Übergangsgeld (§46 Abs.1 SGB IX) den Zuzahlungsbetrag nach § 32 Abs. 1 Satz 1 SGB VI täglich nicht erreicht. Der die Zuzahlung bestimmende Differenzbetrag ist auf volle 50 Cent bzw. den vollen Euro abzurunden. Erwerbseinkommen und Erwerbsersatzeinkommen sind zusammenzurechnen.

(3) Eine teilweise Befreiung kommt ebenfalls in Betracht für Versicherte, die als Arbeitnehmer des Bergbaus im Zeitpunkt der Antragstellung ständige Arbeiten unter Tage oder diesen gleichgestellte Arbeiten verrichten und Anspruch auf Bergmannsprämie nach § 1 des Gesetzes über Bergmannsprämien in der Fassung vom 7.Mai 1980 haben. Die Befreiung wird auf die Höhe begrenzt, in der dieser Personenkreis durch den Wegfall der Bergmannsprämie zusätzlich belastet wird.

§ 3**Dauer der Zuzahlung und Anrechnung bisher geleisteter Zuzahlungen**

Die Zuzahlung muss höchstens für 42 Tage geleistet werden. Wurden mehrere Leistungen erbracht, sind alle Tage der Zuzahlung an den Rentenversicherungsträger und an die Krankenkassen innerhalb eines Kalenderjahres zu berücksichtigen und gegenseitig anzurechnen. Der Aufnahmetag und der Entlassungstag gelten bei der Festsetzung der Zuzahlung als ein Tag.

§ 4**Nachweise**

Der Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung ist unter Beifügung einer Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers oder einer behördlichen Bescheinigung (z.B. Rentenbescheid) mit dem Antrag auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einzureichen. Maßgebend sind grundsätzlich die Verhältnisse im Kalendermonat vor der Antragstellung auf die Rehabilitationsleistung.

§ 5**Zuzahlung für Ehegatten oder Lebenspartner**

Bei sonstigen Leistungen zur Teilhabe für Ehegatten oder Lebenspartner* sind bei der Prüfung der Befreiung von der Zuzahlung die Verhältnisse der Versicherten/Rentner maßgebend.

* Im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes – LpartG vom 16.02.2001

3.4.2 Befreiungsmöglichkeiten im Einzelnen**(1) Paragraf 1 der Befreiungsrichtlinien**

Über diese erweiterte Befreiungsmöglichkeit für Übergangsgeldbezieher ist nunmehr sichergestellt, dass jeder Bezieher von Übergangsgeld von der Zuzahlung zu befreien ist. Eine Einschränkung gilt allerdings beim Personenkreis der Selbständigen. Hier kann es vorkommen, dass zugleich Übergangsgeld und Erwerbseinkommen bezogen werden. In diesen Fällen kann eine Befreiung von der Zuzahlung nach § 1 der Richtlinien nicht ausgesprochen werden. Es bleibt zu prüfen, ob die Befreiung nach § 2 der Richtlinien erfolgen kann.

(2) Paragraf 2 Abs. 1 und 2 der Befreiungsrichtlinien

Paragraf 2 der Befreiungsrichtlinien sieht eine teilweise oder völlige Befreiung von der Zuzahlung für Betreute vor, deren Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen bestimmte Grenzen nicht erreichen. Dabei sind die genannten Einkommen zusammenzurechnen. Bezieht beispielsweise ein Versicherter eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung in Höhe von netto = 450,00 Euro, und geht er darüber hinaus einer Beschäftigung nach, bei der er ein monatliches Nettoentgelt von 870,00 Euro erzielt, dann beträgt das für die Zuzahlung maßgebliche Einkommen insgesamt 1320,00 Euro.

Die häufigsten Entgeltersatzleistungen sind:

- Versichertenrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Kurzarbeiter- oder Überbrückungsgeld,
- Pensionen,
- Betriebsrenten,
- Mutterschaftsgeld,
- Krankengeld (soweit es nicht ausschließlich auf eigener Beitragsleistung beruht),
- Übergangsgeld,
- Arbeitslosengeld / Arbeitslosengeld II,
- Unterhaltsgeld nach dem SGB III
- Verletztenrente der Unfallversicherung als Erwerbsersatzeinkommen im Sinne der Zuzahlungsrichtlinien gilt nur der Teil der Verletztenrente, der den Betrag übersteigt, der bei gleichem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit als Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz gezahlt würde

Grundrenten nach dem BVG/ALG sowie Hinterbliebenenrenten stellen keine Entgeltersatzleistungen dar.

(3) Befreiung wegen geringfügiger Einnahmen (Paragraf 2 Abs. 1 der Richtlinien)

Die Befreiung erfolgt auf Antrag des Versicherten/Rentners, sofern seine vorerwähnten Einnahmen 40 Prozent der Bezugsgröße nicht übersteigen. Im Jahr 2007 gilt die Grenze von 980,00 Euro. Versicherte, die weder Erwerbseinkommen noch Ersatzeinkommen bezogen haben, die aber aus ihrer eigenen Versicherung eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhalten, sind vollständig von der Zuzahlung zu befreien. Dies gilt für alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussrehabilitation. Zudem entfällt die Zuzahlung bei Leistungsbezug nach dem SGB II.

(4) Teilweise Befreiung (§ 2 Abs. 2 der Befreiungsrichtlinien)

Die teilweise Befreiung kommt für jeden Versicherten in Betracht. Für den Umfang der Befreiung ist es allerdings von Bedeutung, ob der Versicherte ein Kind im Sinne des § 32 Abs.1, 3 bis 5 Einkommenssteuergesetz hat, oder ob ein "Pflegetatbestand" nach § 46 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB IX vorliegt.

Dem infolge der teilweisen Befreiung zu ermittelnden Zuzahlungsbetrag liegt der auf den Kalendertag bezogene Differenzbetrag zu Grunde, wie er sich aus den tatsächlichen Nettoeinnahmen und einem fiktiv errechneten Übergangsgeld nach § 46 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX ergibt. Der Betrag ist immer auf volle 50 Cent abzurunden. Hintergrund für diese Regelung ist auch der Grundsatz, Bezieher einer Entgeltfortzahlung gegenüber den Beziehern von Übergangsgeld wirtschaftlich weder besser noch schlechter zu stellen.

Beispiel 1:

Ein Versicherter mit 16-jährigem Kind bezieht ein monatliches Nettoentgelt in Höhe von 981,00 Euro. Dies entspricht einem täglichen Nettoarbeitsentgelt in Höhe von 32,70 Euro.

- a) Der Versicherte bezieht Übergangsgeld nach § 46 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB IX, eine Zuzahlung ist demzufolge nicht zu leisten (§ 32 Abs. 3 SGB VI), das Übergangsgeld beträgt 75 Prozent des Nettoentgelts = 24,53 Euro, die "wirtschaftliche Einbuße" des Versicherten beläuft sich auf täglich 8,17 Euro.
- b) Der Versicherte bezieht Entgeltfortzahlung (100% des zuletzt bezogenen Nettoentgelts), der Zuzahlungsbetrag nach § 2 Abs. 2 der Richtlinien entspricht dem Differenzbetrag zwischen dem Nettoentgelt = 32,70 Euro und dem fiktiven Übergangsgeld = 24,53 Euro = 8,17 Euro, abgerundet auf 8,00 Euro.

Die "wirtschaftliche Einbuße" ist damit bei Fallgruppe a) und b) annähernd gleich.

Die Prüfung der teilweisen Befreiung kann insoweit auch anhand der Tabelle 1 erfolgen.

Medizinische Leistungen			
mtl. Nettoeinkommen	mit Kind/Pflege- bedürftigkeit	mtl. Nettoeinkommen	ohne Kind/Pflege- bedürftigkeit
bis 980,- Euro*	keine Zuzahlung	bis 980,- Euro*	keine Zuzahlung
ab 981,- Euro	8,00 Euro	ab 981,- Euro	10,00 Euro
ab 1.020,- Euro	8,50 Euro		
ab 1.080,- Euro	9,00 Euro		
ab 1.140,- Euro	9,50 Euro		
ab 1.200,- Euro	10,00 Euro		

*) Neue Bezugsgröße nach § 18 SGB IV beträgt 2450,-Euro monatlich, Grenzbetrag demzufolge bei 980,- Euro

Tabelle 1: Staffelbeträge

Die Aufstellung berücksichtigt die Vorgabe von § 2 Abs. 2 Satz 3 der Richtlinien. Demzufolge ist der die Zuzahlung bestimmende Differenzbetrag auf volle 50 Cent abzurunden.

Beispiel 2:

Das Nettoarbeitsentgelt eines Versicherten beträgt 1040,00 Euro. Der Versicherte hat ein Kind, welches das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Der Versicherte hat während der gesamten stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation Anspruch auf Entgeltfortzahlung.

Lösung:

Das tägliche Nettoentgelt beträgt $1040,00 \text{ Euro} : 30 \text{ Tage} = 34,67 \text{ Euro}$, davon $75\% = 26,00 \text{ Euro}$ ("fiktives Übergangsgeld"). Man berechnet: $34,67 \text{ Euro} - 26,00 \text{ Euro} = 8,67 \text{ Euro}$, dieser Betrag ist abzurunden. Der Zuzahlungsbetrag beläuft sich somit auf 8,50 Euro.

Bei Anwendung der Tabelle 1 liegt der Versicherte in dem Bereich ab 1020,00 Euro und unter 1080,00 Euro. Der Zuzahlungsbetrag beträgt somit 8,50 Euro.

(5) Paragraf 4 der Befreiungsrichtlinien

Grundsätzlich sind die wirtschaftlichen Verhältnisse bei Beginn der Leistung maßgebend. Da jedoch nach § 4 der Befreiungsrichtlinien der Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung mit dem Antrag auf Leistung zur medizinischen Rehabilitation einzureichen ist, soll bei der Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse in der Regel auf den Monat vor der Antragstellung abgestellt werden. Es ist jedoch zu beachten, dass sich bis zum Beginn der Leistung Änderungen hinsichtlich der Einnahmen und auch der Bezugsgröße ergeben können. Ergibt sich hierdurch für den Versicherten möglicherweise eine Befreiung von der Zuzahlung bzw. eine Minderung der Zuzahlungsverpflichtung ("Änderung zu Gunsten des Versicherten") ist bei einer erneuten Antragstellung auf die Verhältnisse bei Beginn der Leistung abzustellen.

Beispiel 3:

Ein lediger kinderloser Versicherter erhält auf seinen Antrag vom 09.08.2007 eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom 13.09.2007 – 04.10.2007 = 22 Tage.

Im Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung wird für den Monat Juli vom Arbeitgeber ein Nettoverdienst von 985,00 Euro bescheinigt.

Nach der Rehabilitation teilt der Versicherte dem Rentenversicherungsträger mit, dass er seit dem 01.08.2007 bei einem neuen Arbeitgeber beschäftigt ist. Der neue Arbeitgeber bescheinigt für den August einen Nettoverdienst von 900,00 Euro.

Lösung:

Die wirtschaftlichen Verhältnisse vor der Antragstellung würden dazu führen, dass der Versicherte eine Zuzahlung von 10,00 Euro für 21 Tage zu leisten hätte. Durch die Veränderung in den wirtschaftlichen Verhältnissen bei Beginn der Rehabilitation liegt das Nettoentgelt unter 40% der Bezugsgröße und somit unter 980,00 Euro, daher wird der Versicherte vollständig von der Zuzahlung befreit.

(6) *Paragraf 5 der Befreiungsrichtlinien*

Wird eine onkologische Nachsorgeleistung für einen Angehörigen durchgeführt, so ist der Versicherte/Rentner der Zuzahlungsschuldner. Für die (teilweise) Befreiung von der Zuzahlung sind daher allein die Verhältnisse des Versicherten/Rentners maßgebend.

Beispiel 4:

Einer Frau wird eine onkologische Nachsorgeleistung aus der Versicherung ihres Ehemannes gewährt. Die Frau war selbst nie in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert. Sie ist selbständig und bezieht ein Erwerbseinkommen von ca. 3000,00 Euro pro Monat. Der Ehemann ist lediglich teilzeitbeschäftigt und bezieht aus dieser Beschäftigung ein Nettoentgelt von 670,00 Euro monatlich.

Lösung:

Maßgeblich sind die Einkommensverhältnisse des **Versicherten**. Nach dem Gesetzeswortlaut ist lediglich zu prüfen, inwieweit der Versicherte unzumutbar belastet ist. Im vorliegenden Fall verfügt der Versicherte über Erwerbseinkommen. Einschlägig sind insoweit die Befreiungsrichtlinien. Da die Einkünfte des Versicherten unter dem Betrag von 980,00 Euro liegen, hat eine vollständige Befreiung von der Zuzahlung zu erfolgen.

Beispiel 5:

Eine weibliche Versicherte erhält eine onkologische Nachsorgeleistung. Die Versicherte verfügt derzeit selbst über keine Einkünfte. Sie hat auf Grund einer früheren Beschäftigung die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die beantragte Leistung zur Teilhabe erfüllt. Die Versicherte ist verheiratet, in häuslicher Gemeinschaft leben neben dem Ehemann noch ein Kind. Der Ehemann erzielt ein Nettoarbeitsentgelt von monatlich 1.200,00 Euro, das Kind verfügt über keine Einkünfte.

Lösung:

Es handelt sich um eine Leistung aus der eigenen Versicherung der Frau. Es kommt daher bei der Zuzahlung allein auf die Einkommensverhältnisse der Frau an. Sie verfügt über keine Einkünfte, unterschreitet damit die 980,00 Euro -Grenze und ist somit vollständig von der Zuzahlung befreit.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

49. Welcher "Wert" wird bei der Prüfung der Befreiung von der Zuzahlung in allen Fällen herangezogen?
50. Welche der nachfolgenden Leistungen werden als Entgeltersatzleistungen im Sinne der Befreiungsrichtlinien herangezogen?
- a) Versichertenrenten
 - b) Hinterbliebenenrenten
 - c) Unfallrenten
 - d) Übergangsgeld
51. Aus welchem Grund sollen Entgeltfortzahlungsempfänger Zuzahlung leisten?
52. Für den in Stuttgart lebenden Versicherten Paul Richter wurde in der Zeit vom 19.11.2007 bis 10.12.2007 eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation (keine AR) durchgeführt. Laut Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung verdient Herr R. monatlich netto 990,00 Euro. Er hat eine zehnjährige Tochter. Sein Entgeltfortzahlungsanspruch endet am 30.11.2007.
Für welche Zeit und in welcher Höhe hat der Versicherte die Zuzahlung zu leisten?
53. Was ist der entscheidungserhebliche Zeitraum für die Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse im Hinblick auf die Zuzahlung?

LÖSUNGEN DER AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

1. Alle in § 54 Abs. 1 SGB IX genannten Voraussetzungen müssen erfüllt sein.
2. Grundsätzlich darf das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet sein. Bei behinderten Kindern gibt es keine Altersbegrenzung.
3. Für die Prüfung des Alters des Kindes ist der Beginn der Haushaltshilfe ausschlaggebend.
4. Für die Feststellung, in welcher Höhe Kosten erstattet werden.
5. Haushaltshilfe wird in angemessener Höhe gewährt. Hierunter versteht man einen täglichen Höchstsatz von 2,5 Prozent der monatlichen Bezugsgröße, auf- oder abgerundet auf den nächsten geraden Euro -Betrag. Außerdem gibt es eine Höchstgrenze der Einsatzstunden von täglich acht Stunden.
6. Wenn die besonderen familiären Verhältnisse eine Fachkraft erforderlich machen. So zum Beispiel, wenn mehrere Kleinkinder im Haushalt leben. Oder wenn sich der Versicherte eine Ersatzkraft nicht selbst beschaffen kann.
7. Prüfung der Voraussetzungen nach § 54 Abs. 1 SGB IX:
 - Teilnahme an Rehabilitation in der Zeit vom 13.09.2007 bis 04.10.2007.
 - Weiterführung des Haushaltes durch die Versicherte dadurch nicht möglich.
 - Nachdem der Ehemann berufstätig ist, ist eine andere im Haushalt lebende Person gehindert, diesen weiterzuführen.
 - Im Haushalt lebt die Tochter, die bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Nachdem alle Voraussetzungen erfüllt sind, besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe. Nach § 38 Abs. 4 SGB V ist Haushaltshilfe in angemessenem Umfang zu erstatten. Die Forderung beträgt für acht Stunden 45,00 Euro. Der Höchstanspruch (2007 = 62,00 Euro) wird nicht überschritten, folglich sind die 45,00 Euro täglich pro Werktag zu erstatten.

8. Nachdem der Versicherte täglich pendelt, erhält er für die ersten 10 km 0,36€ und für jeden weiter km 0,40€.
Daraus ergibt sich folgende Berechnung:
 $10 \text{ km} \times 0,36 \text{ €} = 3,60 \text{ €}$
 $3 \text{ km} \times 0,40 \text{ €} = 1,20 \text{ €}$
Anspruch pro Tag: $4,80 \text{ €} \times 23 \text{ Tage} = 110,40 \text{ €}$
9. Bei Kinderheilbehandlungen sowie Entwöhnungsheilbehandlungen.
10. Bei einer Reisedauer von mehr als acht Stunden zwischen Wohn-/Aufenthaltort und Rehabilitationseinrichtung.
11. Bei einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, die drei Monate dauert, werden 6 Familienheimfahrten bezahlt.

12. Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nach Ablauf von acht Wochen zwei Familienheimfahrten im Monat gewährt. Bei einer Reha-Dauer von insgesamt 12 Wochen wären es also zwei Familienheimfahrten.
13. Beim Reha-Sport ist die medizinische Notwendigkeit gegeben.
14. Da der Reha-Sport nach einer Operation notwendig wird, ist die Krankenversicherung für die Kostenübernahme zuständig.
15. Der Reha-Sport wird im Normalfall längstens für sechs Monate, im Ausnahmefall für zwölf Monate gewährt.
16. Es müssen dieselben Voraussetzungen erfüllt sein wie für Leistungen nach § 15 SGB VI (versicherungsrechtliche und persönliche Voraussetzungen nach §§ 10 und 11 SGB VI).
17. Rehabilitationsvorbereitung und Rehabilitationsnachsorge.
18. Auf der Basis der gesetzlichen Bestimmung (§ 31 Abs. 1 Nr. 1 Satz 1 SGB VI) und auf Grund der "Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung für Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben".
19. Nachsorgeleistungen werden § 15 SGB VI zugeordnet, wenn sie nicht später als drei Monate nach Abschluss der Hauptleistung angetreten werden und nicht länger als sechs Monate andauern.
20. Vorgespräch, vorbereitende Informationsveranstaltungen, Übernahme von Kosten für Kurse zur Gesundheitsbildung.
21. Schmerzbewältigungstraining, Ernährungsberatung, Stressbewältigungstraining, Gehschule, Rückenschule.
22. Persönliche Voraussetzungen, Ausübung einer gesundheitsgefährdenden Beschäftigung, versicherungsrechtliche Voraussetzungen.
23. Bei Präventionsleistungen genügt es, wenn erste krankheitsbedingte Störungen auftreten.
24. Die Voraussetzungen "Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit" und "Erfüllung der allgemeinen Wartezeit bei bereits vorliegender oder drohender Erwerbsminderung" werden bei den Präventionsleistungen nicht gefordert.
25. Maßnahmen zur "Krankheitsvorbeugung", sowie aktive Therapien (Gymnastik, Nordic Walking, Aquajogging)stehen im Vordergrund.
26. Präventionsleistungen werden nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind.
27. Nein, eine Frist muss nicht abgewartet werden.
28. Allgemeine Leistungen werden gewährt, wenn die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wiederhergestellt werden kann. Bei Nachsorgeleistungen genügt es, dass die Behinderung, die sich aus der Krankheit ergeben, positiv beeinflusst werden.

29. Versicherte, Bezieher einer Rente, Angehörige von Versicherten oder Rentenbeziehern.
- 30 a) Sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung in den letzten zwei Jahren.
- 30 b) Erfüllung der allgemeinen Wartezeit.
- 30 c) Bis zur Antragstellung Ausübung einer Beschäftigung oder Tätigkeit, die innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung aufgenommen wurde, oder Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zur Antragstellung.
31. Wenn bei dem Kind die Schul- oder Berufsausbildung durch den gesetzlichen Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst unterbrochen oder verzögert wurde.
32. Die Auffassung ist falsch. Es können mehrere onkologische Nachsorgeleistungen gewährt werden (zum Beispiel – in Ausnahmefällen – auch drei solche Maßnahmen).
33. Versicherte, Bezieher einer Rente wegen Alters, Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Bezieher einer Waisenrente.
34. Wenn das Kind an einer akuten Krankheit bzw. Infektionskrankheit leidet.
- 35 a) Sechs Kalendermonate mit Pflichtbeitragszeiten in den letzten zwei Jahren.
- 35 b) Erfüllung der allgemeinen Wartezeit.
- 35 c) Bis zur Antragstellung Ausübung einer Beschäftigung oder Tätigkeit, die innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung aufgenommen wurde, oder Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zur Antragstellung.
36. Wenn bei dem Kind die Schul- oder Berufsausbildung durch den gesetzlichen Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst unterbrochen oder verzögert wurde.
37. Die Auffassung des Rentenversicherungsträgers ist nicht richtig. Sofern, wie in diesem Fall, dringende gesundheitliche Gründe eine vorzeitige Leistungserbringung erfordern, ist die Vier-Jahres-Regelung nicht anzuwenden (vgl. § 12 Abs. 2 SGB VI).
38. Zuwendungen für Institutionen, welche die Rehabilitation fördern; Zuwendungen für Institutionen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen.
39. Förderung von Institutionen, die kranke Menschen betreuen (Rheuma-Liga, Krebsverband, Suchtkrankenhilfe); Förderung eines Forschungsinstitutes, das untersucht, ob nach Durchführung einer stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die durchschnittlichen "Arbeitsunfähigkeitstage" geringer wurden.
40. In der Dauer der Zuzahlungsverpflichtung. 42 Tage sind bei allgemeinen Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu leisten, 14 Tage bei Leistung zur medizinischen Rehabilitationen, die sich an einen Krankenhausaufenthalt anschließen (Anschlussrehabilitation).
41. Innerhalb eines Kalenderjahres.

42. Da er eine AR erhält, handelt es sich nach § 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI um einen "14-Tage-Fall". Nachdem er im selben Kalenderjahr bereits für zehn Tage Zuzahlung geleistet hat, muss er während der Rehabilitation noch für vier Tage Zuzahlung leisten.
43. Bei der Rehabilitation handelt es sich um eine Leistung mit einer Zuzahlungsverpflichtung nach § 32 Abs. 1 Satz 1 SGB VI. Die Versicherte muss für längstens 42 Tage zuzahlen. Die Rehabilitation dauert einschließlich An- und Abreise 43 Tage (wobei An- und Abreisetag als ein Tag gelten). Frau Kurz muss für 42 Tage Zuzahlung leisten.
44. Durch die vorausgegangene Entgiftung im Akutkrankenhaus gilt die Entwöhnung als Anschlussrehabilitation. Bei der Entgiftung und der Entwöhnungsbehandlung handelt es sich um so genannte "einheitliche Leistungsfälle".

Der Versicherte hat während der Entgiftung in der Zeit vom 15.12.2006 bis 31.12.2006 bereits für 17 Tage eine Zuzahlung geleistet. Durch den Jahreswechsel entsteht für die Entwöhnungsbehandlung keine erneute Zuzahlungsverpflichtung, weil Herr Gin die Zuzahlung im alten Jahr vollständig abgeleistet hat.

45. Bei Kinderheilbehandlung entfällt eine Zuzahlungsverpflichtung (§ 1 Zuzahlungsrichtlinien).
46. Bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation handelt es sich, nachdem keine Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist, um keine Anschlussrehabilitation und somit um einen "42-Tage-Fall". Es ist für 21 Tage zuzuzahlen (Dauer der Maßnahme, An- und Abreisetag gelten als ein Tag).

Zuzahlungspflichtig ist auf Grund des Wortlautes des Gesetzes immer der Versicherte/Rentenbezieher, nicht dessen Angehörige.

47. Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (§ 32 Abs. 1 SGB VI); Bezieher von Übergangsgeld, welches nach § 46 Abs. 1 SGB IX begrenzt ist (§ 32 Abs. 3 SGB VI).
48. Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitationen wegen einer Stoffwechselerkrankung sind höchstens 42 Tage Zuzahlung zu leisten. Da der Versicherte jedoch ab 31.10.2007 Übergangsgeld bezieht, welches nach § 46 Abs. 1 S. 3 SGB IX begrenzt ist, ist er ab diesem Zeitpunkt von der Zuzahlung befreit. Er muss also vom 12.10.2007 bis 30.10.2007 = 19 Tage zuzahlen.
49. Die jeweils aktuelle Bezugsgröße nach § 18 SGB IV.
50. Versichertenrenten und Übergangsgeld.
51. Es soll eine Gleichstellung der wirtschaftlichen Einbuße wie bei Übergangsgeldbezieher erreicht werden.

52. Auf Grund der Rehabilitation muss der Versicherte 10,00 Euro für längstens 42 Tage Zuzahlung leisten. Auf Grund seines Antrages auf Befreiung von der Zuzahlung ist sein fiktives Übergangsgeld zu ermitteln.

$990,00 : 30 = 33 \text{ Euro, davon } 75 \text{ Prozent} = 24,75 \text{ Euro.}$

Seine wirtschaftliche Einbuße beträgt weniger als 10,00 Euro, nämlich 8,25 Euro, abgerundet 8,00 Euro. Somit muss er nur 8,00 Euro täglich Zuzahlung leisten. Ab 01.12.2007 erhält er Übergangsgeld, welches nach § 46 Abs. 1 S.3 SGB IX begrenzt ist. Damit ist er ab diesem Zeitpunkt von der Zuzahlung befreit. Er muss für die Zeit vom 19.11.2007 bis 30.11.2007 = 12 Tage je 8,00 Euro zuzahlen.

53. Grundsätzlich ist der Monat vor der Antragstellung auf Leistungen zur Rehabilitation heranzuziehen.

4. Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

<i>Abbildung 1:</i>	<i>Übersicht zu ergänzenden Leistungen</i>	<i>6</i>
<i>Abbildung 2:</i>	<i>Haushaltshilfe</i>	<i>7</i>
<i>Abbildung 3:</i>	<i>Voraussetzungen für Anspruch auf Haushaltshilfe</i>	<i>8</i>
<i>Abbildung 4:</i>	<i>Verwandtschaft und Schwägerschaft</i>	<i>15</i>
<i>Abbildung 5:</i>	<i>Kostenübernahme der Familienheimfahrten bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</i>	<i>22</i>
<i>Abbildung 6:</i>	<i>Kostenübernahme der Familienheimfahrten bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....</i>	<i>22</i>
<i>Abbildung 7:</i>	<i>Sonstige Leistungen zur Teilhabe.....</i>	<i>26</i>
<i>Abbildung 8:</i>	<i>Leistungen zur Eingliederung</i>	<i>29</i>
<i>Abbildung 9:</i>	<i>Anspruchsberechtigte für Nachsorgeleistungen</i>	<i>35</i>
<i>Abbildung 10:</i>	<i>Anspruch auf Kinderheilbehandlungen.....</i>	<i>39</i>
<i>Abbildung 11:</i>	<i>Fallgruppen der Zuzahlung.....</i>	<i>44</i>
<i>Tabelle 1:</i>	<i>Staffelbeträge</i>	<i>55</i>

5. Verfügbare Titel der Studentext-Reihe

Nr. 1	Herath	Sozialversicherung
Nr. 2	Schmidt	Versicherungspflicht
Nr. 3	Laubenstein * Flaßkamp	Beitrags- und Meldewesen
Nr. 4	Pilatus * Schweda	Selbständige
Nr. 5	Sauer * Gemeinhardt	Versicherungsfreiheit
Nr. 6	Bechmann	Freiwillige Versicherung
Nr. 7	Jungbauer	Nachversicherung
Nr. 8	Sewing	Wirksamkeit der Beitragszahlung
Nr. 9	Weber	Beitragsersatzung
Nr. 10	Föhlinger	Anerkennung von Beitragszeiten
Nr. 11	Moser	Fremdrentenrecht
Nr. 12	Löschau	Leistungen zur Teilhabe
Nr. 13	Thomeit * Schmitz	Übergangsgeld
Nr. 14	Greif * Naumann	Ergänzende und sonstige Leistungen zur Teilhabe sowie Zuzahlung
Nr. 15	Störmann	Rentenantragsverfahren
Nr. 16	Schmidt	Renten wegen Alters
Nr. 17	Künzler * Benen * Traube	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
Nr. 18	Brettschneider	Renten wegen Todes
Nr. 19	Reinhardt	Wartezeiten
Nr. 20	Reinhardt	Rentenrechtliche Zeiten
Nr. 21	Reinhardt	Rentenberechnung
Nr. 22	Poguntke	Zusammentreffen von Renten und Einkommen
Nr. 23	Glaß	Versorgungsausgleich
Nr. 24	Stix * Diener	Pfändung, Abtretung, Aufrechnung von Renten
Nr. 25	Weißberger	Rentenzahlverfahren, Vorschüsse und Verzinsung
Nr. 26	Prestel	Erstattungsansprüche der Leistungsträger
Nr. 27	Hallmann * Witthöft	Verwaltungsverfahren I (SGB I)
Nr. 28	Knipping	Verwaltungsverfahren II (SGB X)
Nr. 29	Zepke * Schumacher	Krankenversicherung der Rentner
Nr. 30	Sona	Über- und zwischenstaatliches Recht, Auslandsrenten
Nr. 31	Herold	Datenverarbeitung in der Rentenversicherung
Nr. 32	Hessert	Datenschutz in der Rentenversicherung
Nr. 33	Badum * Bienmüller * Geigenberger	Arbeits- und Dienstrecht
Nr. 34	Epping * Martin	Knappschaftsrecht I: Versicherung und Beitrag
Nr. 35	Stehr * Böttcher	Knappschaftsrecht II: Leistungen
Nr. 36	Schmidt	Sozialgerichtsgesetz
Nr. 37	Löw	Arbeitskreis für Informationstechnologie in der GRV

Tel: 0561-4001128
Fax: 0561-4001128
e-mail: dralexander.gagel@arcor.de

0221-3597-550
0221-3597-555
schian@iqpr.de

AZ 10-02-08-02
November 2004

Forum B

Schwerbehindertenrecht und Fragen des betrieblichen Gesundheitsmanagements
– Diskussionsbeitrag Nr. 4/2004 –

Bedeutung des Eingliederungsmanagements

(§ 84 Abs. 2 SGB IX)

für den Kündigungsschutz

Teil I

Das SGB IX hält **verschiedene Verfahren** bereit, um leistungsgeminderten Arbeitnehmern **den Arbeitsplatz zu erhalten**. Es stellt sich die Frage, welche Bedeutung die Durchführung oder Nichtdurchführung dieser Verfahren im Rahmen des arbeitsrechtlichen Schutzes vor Kündigungen hat.

In Beitrag Nr. 1/2004 haben wir bereits herausgestellt, dass die ärztlich empfohlene **stufenweise Wiedereingliederung** des leistungsgeminderten Arbeitnehmers (§ 74 SGB V/§ 28 SGB IX) eine Obliegenheit des Arbeitgebers ist mit der Folge, dass das Unterlassen einer ärztlich empfohlenen stufenweisen Wiedereingliederung der Wirksamkeit der Kündigung entgegensteht.

Hier geht es um ähnliche Überlegungen zu dem **Eingliederungsverfahren nach § 84 Abs. 2 SGB IX**, das wir in Beitrag B 2-2004 vorgestellt haben.

Wir kommen dabei zu folgenden Ergebnissen:

- Die Verpflichtung des Arbeitgebers aus § 84 Abs. 2 SGB IX ist eine öffentlich-rechtliche Pflicht (In-Dienstnahme); sie erzeugt aber zugleich **vertragliche Ansprüche des Arbeitnehmers**.
- Der **Betriebsrat hat die Aufgabe**, im Vorfeld einer Kündigung und bei der Anhörung nach § 102 BetrVG **auf die Durchführung** des Eingliederungsmanagements **hinzuwirken**.

- Er ist ferner nach § 84 Abs. 2 Satz 6 SGB IX berechtigt die Durchführung eines Eingliederungsmanagements zu „verlangen“. Das Gesetz räumt ihm damit einen im arbeitsgerichtlichen Beschlussverfahren (§ 80 ArbGG) durchsetzbaren Anspruch ein.
- Ohne Eingliederungsmanagement ist die für eine krankheitsbedingte Kündigung erforderliche **negative Prognose** der weiteren Einsatzfähigkeit des Arbeitnehmers nicht abschließend möglich; desgleichen ist dann nicht erkennbar, dass die Kündigung die **ultima ratio** ist.

Dr. Alexander Gagel

Sabine Dalitz

Marcus Schian

Dr. Hans Martin Schian

Wir möchten Sie auch auf die Sammlung aller bisher erschienenen Diskussionsbeiträge im Internet unter www.iqpr.de aufmerksam machen und Sie herzlich einladen sich an der Diskussion durch eigene Beiträge und Stellungnahmen zu beteiligen.

I. Inhalt und Rechtscharakter der Verpflichtung des Arbeitgebers aus § 84 Abs. 2 SGB IX

§ 84 Abs. 2 SGB IX gilt für alle Arbeitnehmer, auch für die, die nicht schwerbehindert sind. Er knüpft an an längeren oder häufigen **Zeiten der Arbeitsunfähigkeit**. Nach mindestens sechswöchiger Arbeitsunfähigkeit (zusammenhängend oder mit Unterbrechungen) innerhalb des jeweils zurückliegenden Jahres ist **jeder Arbeitgeber verpflichtet**, ein **Eingliederungsmanagement einzuleiten**. Unter Beteiligung des Betriebsrats (bei schwerbehinderten Menschen auch der Schwerbehindertenvertretung), des Werks- oder Betriebsarztes, der gemeinsamen Servicestelle (bei schwerbehinderten Menschen auch des Integrationsamts) wird das Ziel verfolgt, die Arbeitsunfähigkeit zu beseitigen, zu verkürzen oder zu vermeiden und damit den Arbeitsplatz zu erhalten.

Wem gegenüber der Arbeitgeber verpflichtet ist, wird nicht ausdrücklich gesagt. Aus der Formulierung einer Pflicht, statt eines Anspruchs und der Rolle die dem Arbeitnehmer zugewiesen wird (nur Zustimmung nicht Aufforderung) ist zu schließen, dass es sich hier in erster Linie um **eine öffentlich-rechtliche Verpflichtung** handelt (ähnlich der Pflicht zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen aus § 71 SGB IX). Dafür spricht auch, dass es sich um ein Instrument zur **Früherkennung** von Beeinträchtigungen handelt (Prävention), das auch den Zweck hat, gesellschaftliche Kosten langer Arbeitsunfähigkeitszeiten zu verringern. Der Arbeitgeber wird hier im Rahmen der Gesundheits- und Behindertenpolitik der Bundesregierung für die Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit, Behinderung und Arbeitsplatzverlust „**in Dienst genommen**“¹. Der Gesetzgeber lässt die Aufgabe der Prävention teilweise durch den Arbeitgeber erfüllen. Eine unmittelbare Sanktion bei Nichterfüllung dieser Pflicht ist allerdings nicht vorgesehen.

Es ergeben sich jedoch Folgen zivilrechtlicher Art (Schadensersatzansprüche aus Vertragsverletzung oder aus § 823 Abs. 2 BGB).

Es ist vielfältig anerkannt, dass öffentlich-rechtliche Pflichten **zugleich** zu **privatrechtlichen Pflichten** werden, wenn sie sich im Rahmen eines

¹ Klassische Fälle der Indienstrahmung sind u.A. der Beitragseinzug (§§ 28a ff SGB IV), die Berechnung und Auszahlung des Kurzarbeitergeldes, des Wintergeldes usw. (§ 320 SGB III) und die Ausstellung vielfältiger Bescheinigungen (u.A. §§ 312 ff SGB III). Zum Begriff s. BSG SozR 2200 § 1399 Nr. 6 und § 394 Nr. 1. Zur Verfassungsmäßigkeit s. Bieback, in Gagel SGB III, § 169 Rz. 53.

Vertragsverhältnisses auswirken. Es entsteht dann eine Verpflichtung aus dem Vertrag, die dem Vertragspartner dienlichen Pflichten sorgfältig wahrzunehmen². Dabei ist lediglich umstritten, ob solche öffentlich-rechtlichen Pflichten die Fürsorgepflicht konkretisieren³ oder eine selbständige arbeitsvertragliche Nebenpflicht entsteht⁴.

Es besteht dementsprechend zugleich ein **arbeitsvertraglicher Anspruch des Arbeitnehmers auf Durchführung des Eingliederungsmanagements. Diesen Anspruch kann er auch einklagen.** Das kann sinnvoll sein wenn sich weitere Zeiten oder eine lange Dauer der Arbeitsunfähigkeit abzeichnen.

Wie der von uns in dem Diskussionsbeitrag B 1-2004 besprochene Fall gezeigt hat, kommt es nach den ersten sechs Wochen einer voraussichtlich lang anhaltenden Arbeitsunfähigkeit gelegentlich dazu, dass der Arbeitgeber jedes Interesse an dem Arbeitnehmer verliert, weil er kein Entgelt mehr zahlen muss, und u.U. sogar eine Kündigung unterlässt, um sich nicht den Problemen des Kündigungsschutzprozesses auszusetzen.

Dieses neue Konzept ist einzuordnen in die Schutzmechanismen, die bereits im Arbeitsrecht bestehen.

II. Bedeutung für Arbeitnehmer, die nicht schwerbehindert sind, in Betrieben mit Betriebsrat

Arbeitsrechtlich gewinnt § 84 Abs. 2 SGB IX Bedeutung für die Vermeidung von oder den Schutz vor krankheitsbedingter Kündigung wegen häufiger oder langandauernder Arbeitsunfähigkeit. Schutzmechanismen sind zunächst auf der Ebene des Betriebes die Einschaltung des Betriebsrates und alsdann im Kündigungsschutzprozess die Auswirkungen der Verpflichtung zum Eingliederungsmanagement auf das kündigungsschutzrechtliche Erfordernis einer negativen Prognose und/oder das ultima-ratio-Prinzip.

² (BAG 16.3.1965 – 1 AZR 398/64 – AP Nr. 1 zu § 143e AVAVG; BSG 17.7.1979 – 12 RAr 4/79 – SozR 4100 § 141b Nr. 12.

³ So BAG a.a.O.; Neumann Duesberg SGB 1967, 527; Naendrup AuR 1980,223.

⁴ Birk, SGB 1981,146.

1. Die Mitwirkung des Betriebsrats im Vorfeld einer Kündigung

a) Mitwirkung außerhalb von Kündigungsbestrebungen

Dem Betriebsrat wird an mehreren Stellen des Gesetzes aufgegeben auf die Erfüllung der Pflicht zur Durchführung des Eingliederungsmanagements hinzuwirken (allgemein in § 80 Abs.1 Nr. 1 BetrVG; speziell in §§ 93 Satz 2 und 84 Abs.2 Satz 7 SGB IX). Das bedeutet: **Sobald ihm längere Arbeitsunfähigkeitszeiten bekannt werden, muss er den Arbeitgeber zur Durchführung eines Eingliederungsmanagements drängen.** Er muss sich in der Verantwortung sehen, **Zeiten der Arbeitsunfähigkeit als Zeiten aktiver Intervention** zu gestalten (s. dazu Beitrag B 2-2004).

Dazu ist allerdings die Zustimmung und die Mitwirkung des Arbeitnehmers erforderlich. Regelmäßig wird es deshalb zweckmäßig sein, vor einer Initiative des Betriebsrats das **Einverständnis des Arbeitnehmers** einzuholen. (Erforderlich ist dies bei Betriebsratsinitiativen indes nicht unbedingt, da es primär Aufgabe des Arbeitgebers ist, zur Einleitung und zu jedem Schritt im Rahmen des Eingliederungsmanagements die Zustimmung des Arbeitnehmers einzuholen.)

Die Einleitung des Eingliederungsmanagements ist nicht davon abhängig, dass schon ein mögliches Ergebnis erkennbar ist; dies gilt besonders auch deshalb, weil die Möglichkeiten der Hilfen durch Träger oder das Integrationsamt meist vorab nicht voll zu überschauen sind. Das **Eingliederungsmanagement ist ein sich entwickelnder Prozess.** Dieser **Prozesscharakter des Eingliederungsmanagements schließt es weitgehend aus, Vorschläge als Voraussetzung der Einleitung zu fordern.** Unabhängig davon sollte aber der Betriebsrat versuchen, Wege zur Eingliederung anzusprechen, die seiner Auffassung nach geprüft werden sollten.

Soweit sich der Betriebsrat bei seiner Intervention auf seine Überwachungsfunktion beruft, kann er lediglich Vorschläge machen und Überzeugungsarbeit leisten. Eine Sanktion ist insoweit nicht vorgesehen.

Der Betriebsrat kann indes nach **§ 84 Abs. 2 Satz 6 SGB IX** „die Klärung verlangen“. Der Ausdruck „Klärung“ kann sich nur auf Absatz 2 Satz 1 beziehen, wo dem Arbeitgeber aufgegeben wird, die Möglichkeiten zu klären, wie der Arbeitsplatz erhalten und der Arbeitsunfähigkeit entgegen gewirkt werden kann. Der Ausdruck

„verlangen“ lässt erkennen, dass dem **Betriebsrat** ein **eigenes Initiativrecht zur Einleitung und Durchführung des Eingliederungsmanagements eingeräumt wird**. Dieses Recht **erstreckt sich** – dies sei besonders hervorgehoben – **auf alle Modalitäten** des Eingliederungsverfahrens. Der Betriebsrat kann also auch einzelne Maßnahmen und Initiativen durchsetzen. Dazu ist allerdings jeweils das **Einverständnis des Arbeitnehmers** erforderlich (s. oben).

Da es sich um ein Recht zwischen den Betriebspartnern handelt, kommt zur **Durchsetzung** nicht das Urteilsverfahren, sondern nur das **arbeitsgerichtliche Beschlussverfahren** in Betracht. Das Urteilsverfahren scheidet aus systematischen Gründen aus, weil der Betriebsrat hier nicht als gesetzlicher Prozessstandschafter ein Recht des Arbeitnehmers wahrnimmt, sondern eine ihm im Verhältnis zum Arbeitgeber zugewiesene (auch öffentliche) Aufgabe. In § 2a ArbGG, der die Zuständigkeit der Arbeitsgerichte für Beschlussverfahren regelt, ist zwar die Wahrnehmung dieses Rechts nicht ausdrücklich erwähnt; **§ 2a Abs. 1 Nr. 1 ArbGG** (Angelegenheiten nach dem Betriebsverfassungsgesetz) umfasst indes alle Streitigkeiten mit dem Arbeitgeber, deren Grundlage das Betriebsratsamt ist⁵. So sind z.B. schon vor Einfügung des § 2a Abs. 1 Nr. 3a ArbGG sogar Streitigkeiten zwischen Schwerbehindertenvertretung und Arbeitgeber über Rechte aus dem Schwerbehindertengesetz dem Abs. 2 Nr. 1 zugeordnet worden⁶.

In diesem Zusammenhang sollte festgehalten werden, dass es zu einem arbeitsgerichtlichen Verfahren im Normalfall gar nicht kommen darf. § 84 Abs. 2 SGB IX ist **nicht darauf ausgelegt, Konflikte zu schüren**, sondern soll im Gegenteil den Rahmen für eine alle Akteure einschließende Konsenslösung vorgeben.

b) Mitwirkung bei beabsichtigter Kündigung

Entschließt sich der Arbeitgeber zu kündigen, ist **nach § 102 BetrVG** zuvor **der Betriebsrat zu hören**; unterlässt er die Anhörung ist eine dennoch ausgesprochene Kündigung unwirksam (§ 102 Abs. 1 Satz 3 BetrVG).

Hat der Betriebsrat Bedenken gegen die Kündigung, muss er diese dem Arbeitgeber mitteilen. Diese können sich, sofern die Voraussetzungen des § 84 Abs. 2 SGB IX vorliegen, darauf stützen, dass der Arbeitgeber eine gesetzliche Pflicht versäumt hat,

⁵ Vgl. Doerner, GK-ArbGG, § 2 Rz. 17.

⁶ BAG 21.9.1989, AP Nr. 1 zu § 25 SchwbG 1986.

die der Erhaltung des Arbeitsplatzes dient.⁷ **Ziel** des Betriebsrats muss es dabei sein, **dass der Arbeitgeber die Kündigung vorerst nicht ausspricht**, weil im Rahmen einer laufenden Kündigung sich oft die Fronten verhärten und die Gedanken mehr auf Auflösung des Arbeitsverhältnisses denn auf dessen Erhaltung fixiert sind.

Ferner kann der Betriebsrat seine Bedenken darauf stützen, dass krankheitsbedingte Kündigungen materiell nicht gerechtfertigt sind, **solange nicht alle Möglichkeiten zur Erhaltung des Arbeitsplatzes genutzt wurden (§ 1 KSchG)⁸**.

Alle diese Gründe geben dem Betriebsrat allerdings keine rechtlichen Möglichkeiten zur Durchsetzung. Er ist darauf beschränkt, auf Abhilfe zu drängen⁹.

Es gibt aber **auch in diesem Rahmen** die Möglichkeit auf der Grundlage von **§ 84 Abs. 2 Satz 6 SGB IX** die Durchführung des Eingliederungsmanagements zu verlangen und im arbeitsgerichtlichen Beschlussverfahren durchzusetzen (s. oben unter a.).

2. Materielle Bedeutung des Eingliederungsmanagements im Kündigungsschutzrecht

Die krankheitsbedingte Kündigung setzt eine **negative Prognose** voraus, dass mit weiteren Störungen zu rechnen ist. Dabei kommt es auf die bei Zugang der Kündigung bestehenden Tatsachen an¹⁰. Eine nachträgliche Korrektur ist nicht möglich. Dazu gehört auch die Bereitschaft des Arbeitnehmers sich an Maßnahmen zu beteiligen, die den Gesundheitszustand verbessern oder alternative Einsatzmöglichkeiten eröffnen. Auf dieser Grundlage hat eine umfassende **Interessenabwägung** zwischen den betrieblichen Interessen und dem Interesse des Arbeitnehmers an Erhaltung des oder eines Arbeitsplatzes und Beschäftigung stattzufinden¹¹. Dabei ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten (Übermaßverbot). Es gilt aber außerdem das **ultima-ratio-Prinzip**. Der Arbeitgeber muss alle zumutbaren Möglichkeiten ausgeschöpft haben, die Kündigung zu vermeiden (z.B. Überbrückungsmaßnahmen, Überstundenabbau, Kurzarbeit,

⁷ Der Betriebsrat kann sich zugleich auf seine Überwachungsrechte stützen (§ 80 BetrVG, § 84 Abs. 2 Satz 7 SGB IX, § 93 SGB IX); das verschafft ihm aber keine weitergehenden Rechte.

⁸ Kittner in Kittner/Däubler/Zwanziger, KSchR 6. Aufl. § 1 KSchG Rz. 50 f..

⁹ BAG 10.6. 1986 AP Nr. 26 zu § 80 BetrVG 1976; 24.2. 1987 AP Nr. 28 zu § 8 BetrVG 1976.

¹⁰ H.M.; s. ErfK/Ascheid, § 1 KSchG Rz. 176 ff..

¹¹ H.M.; s. ErfK/Ascheid § 1 KSchG Rz. 162 ff..

anderweitige Beschäftigung¹²). Hierzu zählen Beschäftigungen unter anderen Vertragbedingungen, soweit der Arbeitnehmer zustimmt und auch Änderungskündigungen¹³. Der Arbeitgeber muss darlegen und beweisen, dass er keine andere Möglichkeit der Weiterbeschäftigung des Arbeitnehmers hat. Es kommt darauf an, welche Möglichkeiten real gegeben waren.

Die Möglichkeit des Eingliederungsmanagements ist für sich genommen noch keine Alternative. Inwieweit dadurch die Prognose beeinflusst wird oder anderweitige Möglichkeiten des Arbeitsplatzerhalts aufgezeigt werden, lässt sich oft erst in dem Zusammenwirken von Arbeitgeber und Arbeitnehmer, Ärzten und Sozialleistungsträgern ergründen (Prozesscharakter des Eingliederungsmanagements). Es lässt sich aber die Folgerung rechtfertigen, dass eine **Prognose nicht vollständig** ist, wenn das Eingliederungsmanagement nicht durchgeführt wurde. Das **Eingliederungsmanagement** ist ein gesetzlich vorgesehene Instrument eine umfassende und gründliche Prognoseentscheidung zu ermöglichen, ein **institutionalisiertes Verfahren für die Prognose**.

Daneben ist die Folgerung gerechtfertigt, dass der Arbeitgeber sich **solange nicht darauf berufen kann, die Kündigung sei die ultima ratio, als er nicht das gesetzlich vorgesehene Instrumentarium zur Auslotung der Möglichkeiten genutzt hat**.

Allerdings ist die Durchführung von der Zustimmung des Arbeitnehmers abhängig und es kommt insoweit auf die Verhältnisse vor Zugang der Kündigung an. Dies kann (auch unter dem Gesichtspunkt, nachträglichen Scheinbehauptungen entgegenzuwirken) zu der Überlegung führen, der Arbeitnehmer müsse vor der Kündigung zumindest seine Bereitschaft zu Initiativen, die über die Krankenbehandlung hinausgehen, erkennen lassen. Das würde indes nicht folgerichtig sein und auch dem Gedanken widersprechen, dass es Aufgabe des Arbeitgebers ist, den Arbeitnehmer zu geeigneten Eingliederungsbemühungen anzuregen.

¹² Ständige Rechtsprechung des BAG, s. dazu Kittner in Kittner/Däubler/Zwanziger, KSchR 6. Aufl. § 1 KSchG Rz. 50 mwN. Eine Änderungskündigung geht vor Beendigungskündigung (BAG 27.9.1984 EzA § 2 KSchG Nr. 5).

¹³ ErfK/Ascheid § 1 KSchG Rz.142 f.

Fazit:

Ein unterlassenes Eingliederungsmanagement steht der Wirksamkeit der Kündigung entgegen, wenn der Arbeitgeber nicht beweisen kann, dass ein Erfolg von vornherein ausgeschlossen war; denn es fehlt dann an den Voraussetzungen „Negative Prognose“ und/oder „ultima ratio“.

Die Richtigkeit dieser Folgerung wird auch dadurch unterstrichen, dass der Arbeitnehmer parallel auf Durchführung des Eingliederungsmanagements klagen könnte. Begründet er die Kündigungsschutzklage mit dem Unterlassen des Eingliederungsmanagements, so kann hierin eine solche Klage gesehen werden. Es stellt sich dann die Frage, ob einer solchen Klage durch eine Kündigung, die diese Möglichkeit ungenutzt lässt, der Boden entzogen werden könnte.

- Wird fortgesetzt -

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

BAR-Rahmenvereinbarung

Gemeinsame Servicestellen

In-Kraft-Treten: 01. Januar 2008

Zentrales Anliegen des SGB IX sind die Selbstbestimmung, Rehabilitation und gleichberechtigte Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen¹. Das SGB IX schreibt den Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger dabei eine wichtige Rolle zu.

Die Rehabilitationsträger stellen mit den Gemeinsamen Servicestellen ein flächendeckendes, trägerübergreifendes und ortsnahe Beratungs- und Unterstützungsangebot zur Verfügung, mit dem zu allen für behinderte Menschen in Betracht kommenden Rehabilitations- und Teilhabeleistungen umfassend, qualifiziert und bürgernah beraten sowie das Anliegen auf eine unverzügliche Leistungserbringung unterstützt wird.

Im Hinblick auf veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen und in der Zwischenzeit gewonnene Erfahrungen und Erkenntnisse entwickeln die Rehabilitationsträger die Rahmenempfehlung vom 24. April 2001 weiter. Daher vereinbaren auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

der AOK-Bundesverband,
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
der IKK-Bundesverband,
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
die Knappschaft,
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
die Deutsche Rentenversicherung Bund,
der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen,
die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung,
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften,
die Bundesagentur für Arbeit
und
die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen

¹ Falls im Text nicht anders erwähnt, sind nachfolgend mit der Bezeichnung „behinderte Menschen“ auch „von Behinderung bedrohte Menschen“ gemeint.

die folgende Rahmenvereinbarung.

Ein Beitritt der Träger der öffentlichen Jugendhilfe, der Träger der Sozialhilfe und der Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden zu dieser Rahmenvereinbarung ist durch schriftliche Erklärung gegenüber der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation möglich und wird von den Vereinbarungspartnern begrüßt.

1. Gemeinsame Servicestelle

Mit der Einrichtung und dem Betrieb Gemeinsamer Servicestellen erfüllen die Rehabilitationsträger gesetzliche Verpflichtungen des SGB IX. Hierbei werden bestehende Strukturen der Rehabilitationsträger in ein Kooperations- und Kompetenznetzwerk einbezogen. Für behinderte Menschen sind mit dieser Verzahnung bestehender Beratungs- und Unterstützungsangebote zusätzliche regionale Anlaufstellen für eine trägerübergreifende, umfassende, unverzügliche, neutrale aber verbindliche Beratung und Unterstützung geschaffen worden. Die Rehabilitationsträger verbinden damit insbesondere eine Optimierung und Beschleunigung von Verfahren, einschließlich daraus resultierender möglicher Einsparungen in anderen Leistungsbereichen sowie zusätzliche berufliche Erfahrung für ihre Mitarbeiter.

Durch regelmäßige Teamtreffen und Besprechungen sowie durch fallbezogene Aktivitäten stellen die Gemeinsamen Servicestellen unter Beteiligung der Integrationsämter und der Pflegekassen ihre Zusammenarbeit sicher.

Für eine erfolgreiche Vernetzung gestalten die Gemeinsamen Servicestellen aktiv den Kontaktaufbau und die Kontaktpflege vor allem zu

- Verbänden behinderter Menschen, Selbsthilfeverbänden, Angehörigen, Beauftragten und Beratern für behinderte Menschen
- Arbeitgebern, Betriebsräten, Schwerbehindertenvertretungen, Betriebsärzten/Betriebsärztinnen²
- Ärzten, Gutachtern, Fachkräften in der Rehabilitation und
- weiteren Partnern wie z.B. Leistungserbringern, Wohlfahrts- und Sozialverbänden.

Der Rehabilitationsträger, der die Gemeinsame Servicestelle betreibt, stellt die Mitarbeiter für den unmittelbaren Kontakt mit den Ratsuchenden zur Verfügung („front-office“). Alle anderen Rehabilitationsträger benennen namentlich Mitarbeiter für das Team als Ansprechpartner („back-office“). Jedes Team einer Gemeinsamen Servicestelle benennt einen Teamsprecher/Koordinator, der die Teamtreffen organisiert und eine Übersicht der Teammitglieder führt. Für die Arbeit und den Service der Gemeinsamen Servicestelle ist das gesamte Team gemeinsam verantwortlich.

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die weibliche Form verzichtet.

2. Aufgaben der Gemeinsamen Servicestellen

- 2.1 Die Gemeinsamen Servicestellen gewährleisten umfassende, qualifizierte und individuelle Beratung zu allen Fragen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe.

Bei Bedarf werden nach Abstimmung mit dem zuständigen Rehabilitationsträger durch die Gemeinsame Servicestelle weitere Sachverständige, z.B. Ärzte, Sozialberater oder Fachberater beteiligter Rehabilitationsträger zur Beratung hinzugezogen. Vertreter anderer Institutionen oder Gruppen, z.B. Behindertenorganisationen, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen und Schwerbehindertenvertretungen, sind auf Wunsch des behinderten Menschen hinzuzuziehen. Der behinderte Mensch wird auf diese Möglichkeit hingewiesen.

Als Anlaufstelle erfüllt die Gemeinsame Servicestelle nach §§ 22, 84 SGB IX umfassende Beratungs- und Unterstützungsaufgaben, insbesondere:

- Information (z.B. über Leistungsvoraussetzungen und Leistungen der Rehabilitationsträger einschließlich deren Inhalt und Ablauf, Klärung der Zuständigkeit)
- Bedarfsklärung (z.B. Hilfe bei der Klärung des Teilhabe-/Rehabilitationsbedarfs, Antragsstellung und -weiterleitung)
- Beratung (z.B. über besondere Hilfen im Arbeitsleben / bei Verwaltungsabläufen, bei der Inanspruchnahme von Leistungen, Hinwirken auf Entscheidungen)
- unterstützende Begleitung und Koordination (z.B. Vorbereitung der Entscheidung, Koordinierung und Vermittlung, Information des zuständigen Rehabilitationsträgers, falls voraussichtlich ein Gutachten erforderlich ist)
- beim Persönlichen Budget:

Im gegliederten System stellen auch die Gemeinsamen Servicestellen sicher, dass potenzielle Budgetnehmer über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme insbesondere eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets umfassend informiert werden. Sie beraten und unterstützen potenzielle Budgetnehmer dabei in allen Belangen und tragen damit dem erweiterten Aufgabenkatalog nach § 22 Abs.1 Nr. 2 SGB IX Rechnung, der eine Beratung und Unterstützung durch Gemeinsame Servicestellen auch bei der Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets vorsieht.

Der gesetzliche Handlungsrahmen zum Persönlichen Budget ist im SGB IX, der Budgetverordnung und in den Leistungsgesetzen der einzelnen Leistungsträger vorgegeben. Die Rehabilitationsträger haben sich mit den „Vorläufigen Handlungsempfehlun-

gen – Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ auf der Ebene der BAR auf weitere Konkretisierungen und einen offensiven Umgang mit der neuen Leistungsform Persönliches Budget verständigt.

- beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement:

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement ist als präventive Aufgabe von Arbeitgebern angelegt. Die Gemeinsamen Servicestellen verstehen sich dabei als Partner der Betriebe. Als Anlaufstelle sichern sie die umfassende Beratung von Betrieben über die gesetzlichen Grundlagen und die Möglichkeiten des Betrieblichen Eingliederungsmanagements und wirken darauf hin, dass alle erforderlichen Leistungen und Hilfen unverzüglich beantragt und erbracht werden.

Bei Bedarf unterstützen die Gemeinsamen Servicestellen vor Ort die Arbeitgeber beim Erarbeiten betrieblicher Lösungen zur Überwindung von Arbeitsunfähigkeit bzw. zum Erhalt eines Arbeitsplatzes.

2.2 Gemeinsame Empfehlungen

Neben den gesetzlichen Regelungen richtet sich die Arbeit der Gemeinsamen Servicestellen an den Gemeinsamen Empfehlungen (GE) aus, die auf eine einheitliche und - bei Leistungen unterschiedlicher Rehabilitationsträger - koordinierte Leistungserbringung ausgerichtet sind.

3. Anforderungen an Form und Ort der Beratung und Unterstützung

3.1 Beratung soll im persönlichen Gespräch stattfinden. Darüber hinaus kann sie auch im Rahmen „mobiler“ Sprechtag oder über Service-Telefone erfolgen.

3.2 Beratung und Unterstützung erfolgen verständlich und vollständig. Sie werden darüber hinaus durch geeignetes Informationsmaterial bzw. mediengestützte Information ergänzt, z.B. über weitere in der Region vorhandene Beratungs- und Hilfeangebote. Genutzt werden dazu auch technische Möglichkeiten, wie sie z.B. mit Internet und E-Mail zur Verfügung stehen.

3.3 Die Gemeinsamen Servicestellen sind nach dem SGB IX und in Anlehnung an die Definition des Begriffes „Barrierefreiheit“ im Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen sowie unter Bezugnahme auf die geltenden Standards (s. Anhang Materialien) barrierefrei zu gestalten. Dabei sind auch Anforderungen für Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen (z.B. hör-, seh-, sprach-, sinnes-, körper-, seelisch- und sog. geistig behinderte Menschen) zu berücksichtigen, z.B. hinsichtlich der:

- räumlichen Barrierefreiheit (z.B. Türen, Rampen, gute Ausleuchtung)
- barrierefreien Kommunikation (z.B. Verfügbarkeit Gebärdensprachdolmetscher, Internet, technische Hilfsmittel)

Bei besonderen Erfordernissen kann die Beratung auch in der Wohnung der Ratsuchenden oder an ihren sonstigen Aufenthaltsorten (z.B. Arbeitsplatz, Krankenhaus) erfolgen.

3.4 Die Rehabilitationsträger stellen sicher, dass den von ihnen für die Gemeinsamen Servicestellen benannten Mitarbeitern für die Wahrnehmung der damit verbundenen Aufgaben ausreichend Zeit zur Verfügung steht.

4. Qualifikation der Team-Mitglieder

Bei der Benennung der Mitarbeiter für das Team der Gemeinsamen Servicestellen achten die Rehabilitationsträger auf die folgenden Kompetenzen (dies gilt in besonderem Maße für die Mitarbeiter im „front-office“):

- Fachkompetenz / Berufserfahrung (u.a. trägerübergreifende Grundkenntnisse im Recht der Rehabilitation und Teilhabe, vertiefte Fachkenntnisse und Anwendungsfertigkeiten im Leistungsbereich des entsendenden Trägers)
- Beratungskompetenz (z.B. Techniken der Gesprächsführung)
- Sozialkompetenz (u.a. Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Kritik- und Konfliktfähigkeit)
- Selbstkompetenz (u.a. Eigenverantwortung, Motivation, Selbstständigkeit, hohe Belastbarkeit, prozessorientiertes und ganzheitliches Denken)
- Methodenkompetenz (u.a. Problemlösungsfähigkeit, Analysekompetenz, Zielsetzung)

Mit dem Zusammenführen jeweils unterschiedlicher träger- und personenspezifischer Kompetenzen in den Gemeinsamen Servicestellen entsteht dort ein eigenständiges servicestellentypisches Kompetenzprofil.

5. Fort- und Weiterbildung

Für die erfolgreiche Arbeit in einer Gemeinsamen Servicestelle ist eine kontinuierliche Weiterbildung zwingend erforderlich; die Rehabilitationsträger tragen für die insoweit notwendige Weiterbildung der von ihnen für die Gemeinsamen Servicestellen benannten Mitarbeiter Sorge. Dabei sollen die vielfältigen Angebote der Rehabilitationsträger, der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), aber auch von Verbänden behinderter Menschen und von Wohlfahrtsverbänden genutzt werden.

Die Vereinbarungspartner verständigen sich auf einen bundesweit einheitlichen Rahmen für die Weiterbildung der Mitarbeiter im Rahmen der Tätigkeit in einer Gemeinsamen Servicestelle sowohl im „front-office“ als auch im „back-office“. Auf dieser Grundlage werden durch die Rehabilitationsträger auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ein Curriculum und ein Schulungshandbuch entwickelt, die sich am trägerübergreifenden Ansatz des SGB IX ausrichten. Dabei folgt das Curriculum insbesondere der Handlungsorientierung / dem Praxisbezug als Grundsatz der Weiterbildung.

Auf Landes- bzw. örtlicher Ebene vereinbaren die Rehabilitationsträger, welcher Träger in Zusammenarbeit und Abstimmung mit allen Rehabilitationsträgern die Maßnahmen zur einheitlichen trägerübergreifenden Weiterbildung koordiniert.

6. Öffentlichkeitsarbeit

6.1 Bedeutung der Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit der Gemeinsamen Servicestellen ist elementarer Bestandteil eines trägerübergreifenden und umfassenden Beratungs- und Unterstützungsangebotes. Ziel der Reha-Träger ist ein einheitliches, abgestimmtes Erscheinungsbild mit einer einheitlichen Botschaft und ein koordiniertes Vorgehen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit unter Berücksichtigung der vorhandenen Beratungs- und Dienstleistungsangebote der Reha-Träger.

6.2 Die Ziele der Öffentlichkeitsarbeit sind insbesondere:

- Nutzen der Inanspruchnahme einer Gemeinsamen Servicestelle vermitteln
- Bekanntheitsgrad des Beratungsangebotes steigern
- Beratungsangebot themen- und zielgruppenorientiert darstellen
- Kontinuität in der Information sichern
- Einheitliche Wahrnehmung durch die Außendarstellung mit allen Rehabilitationsträgern

6.3 Die Zielgruppen (Adressaten) sind insbesondere:

- Behinderte Menschen
- Arbeitgeber und Betriebe
- Ärzte (z.B. Personal-, Betriebs- und Hausärzte)
- Selbsthilfegruppen und Behindertenverbände
- Mitarbeiter in Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen
- Personen und Gremien im politischen Bereich (z.B. Abgeordnete)
- Sonstige Beratungs- und Betreuungsdienste (z.B. Schwerbehindertenbeauftragte, Sozialdienste)

6.4 Maßnahmen und Materialien zur Öffentlichkeitsarbeit sind insbesondere:

- Einheitliche Verwendung des Begriffs „Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation“ und des Signums³. **(Anhang)**
- Gemeinsame Botschaft (Beratung aus einer Hand)

³ Verwendung des neuen Signums z.B. bei Neubeschilderung oder Umzug

- Ausschilderung/Beschilderung der Gemeinsamen Servicestelle innerhalb und außerhalb des Gebäudes

Darüber hinaus sind u.a. möglich:

- Laufende Pflege der Daten Gemeinsamer Servicestellen (u.a. für das Verzeichnis im Internet www.reha-servicestellen.de)
- Zielgruppen- und adressatenorientiertes Informationsmaterial wie z.B. Flyer, Broschüren, Plakate, Pressemitteilungen, Artikel in Fachzeitschriften und Einträge z.B. in kommunale Wegweiser/Ratgeber für behinderte Menschen und in das örtliche Telefonbuch
- Gemeinsame Veranstaltungen, eigene Veranstaltungen und Teilnahme bei Veranstaltungen Dritter, Tage der offenen Tür, Arbeit mit Multiplikatoren, Kontaktgespräche, Zusammenarbeit mit Arbeitgebern
- „Interne Öffentlichkeitsarbeit“ (z.B. Zeitschriften der Reha-Träger, Mitarbeiterinformationen)

7. Dokumentationspflicht

- 7.1 Als zu dokumentierender Fall im Sinne dieser Rahmenvereinbarung gilt jede Beratung, die durch eine Gemeinsame Servicestelle unter Einschaltung eines Teammitgliedes eines anderen Trägers geleistet wird und inhaltlich mindestens eine der unter Punkt 2.1 genannten Aufgaben erfüllt.
- 7.2 Die Erhebung und Erfassung von Daten (Falldokumentation) erfolgt bundesweit einheitlich mit dem BAR-Dokumentationsbogen (**vgl. Anlage 1**). Die Auswertung erfolgt in anonymisierter Form.
- 7.3 Als Grundlage für die Aufbereitung der Falldokumentationen liegt eine verbindliche Übersicht der zu berücksichtigenden Kriterien vor (**vgl. Anlage 2**).
- 7.4 Für den Bericht nach § 24 Abs. 2 SGB IX teilen die Rehabilitationsträger, die Träger der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung über ihre Spitzenverbände der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Abstand von drei Jahren, ihre Erfahrungen über die Einrichtung der Gemeinsamen Servicestellen, die Durchführung und Erfüllung ihrer Aufgaben, die Einhaltung des Datenschutzes und mögliche Verbesserungen mit. Die BAR bereitet diese Mitteilungen auf, beteiligt hierbei die zuständigen obersten Sozialbehörden, erörtert die Mitteilungen auf Landesebene mit den Verbänden behinderter Menschen, einschließ-

lich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretung behinderter Frauen und berichtet darüber den zuständigen Bundesministerium und den Ländern.

- 7.5 Weitere z.B. trägerspezifische Auswertungen oder Befragungen der Nutzer von Gemeinsamen Servicestellen sind möglich. Sie können in Verantwortung des/der zuständigen Rehabilitationsträger auch auf Länderebene oder auf regionaler Ebene durchgeführt werden.

8. Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung der Gemeinsamen Servicestellen ist grundsätzlich Aufgabe der Rehabilitationsträger. Sie schaffen auf der Ebene der BAR bundesweit einheitliche Rahmenbedingungen in der Qualitätssicherung, um so eine bundesweit einheitliche und hohe Beratungsqualität zu erreichen und zu sichern.

9. Inkrafttreten

- 9.1 Die Rahmenvereinbarung tritt am 01. Januar 2008 in Kraft und löst die „Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation vom 24. April 2001“ und die „Durchführungshinweise zu der Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation vom 14. Mai 2001“ ab.
- 9.2 Die Partner der Rahmenvereinbarung werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen (spätestens nach Ablauf von 3 Jahren) prüfen, ob die Rahmenvereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss.

Materialien:

1. Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation vom 24. April 2001 (BAR)
2. Durchführungshinweise zu der Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation vom 14. Mai 2001 (BAR)
3. Curriculum zur Schulung der MitarbeiterInnen der gemeinsamen Servicestellen mit Stand 12. April 2002 (BAR)
4. Verordnung zur Schaffung barrierefreier Informationstechnik nach dem Behindertengleichstellungsgesetz vom 23. Juli 2002.
5. Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (Budgetverordnung – Budget V) vom 27. Mai 2004
6. Einrichtung und Arbeitsweise Gemeinsamer Servicestellen für Rehabilitation. Wissenschaftliche Begleitforschung des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Integrierter Abschlußbericht von Juli 2004.
7. Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe nach § 66 SGB IX von Dezember 2004
8. Bericht über die Gemeinsamen Servicestellen nach § 24 Abs. 2 SGB IX vom 01. Dezember 2004 (BAR)
9. Einheitliche Weiterbildung aus einer Hand mit allen Reha-Trägern. Gemeinsames Konzept der DAK und BfA vom 30. Mai 2005
10. Öffentlichkeitsarbeit aus einer Hand mit allen Reha-Trägern. Gemeinsames Konzept der DAK und BfA vom 02. Juni 2005
11. Anforderungsprofil Servicestellenmitarbeiter in Sachsen-Anhalt vom 07. Oktober 2005
12. Zwischenbericht der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts zur Optimierung der Arbeit der Gemeinsamen Servicestellen im Bundesland Sachsen-Anhalt von November 2005 (Prof. Dr. Slesina, Universität Halle-Wittenberg)
13. Gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation von Dezember 2005
14. Informationen über das Pilotprojekt im Land Sachsen-Anhalt zur „Fortentwicklung der Arbeit in den gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation“ sowie über weitere Aktivitäten auf Bundesebene für die BAR (DRV Bund 2006)
15. Handbuch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation in Sachsen-Anhalt vom 02. März 2006

16. Vorläufige Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ vom 01. November 2004 i. d. F. vom 01. November 2006 (BAR)
17. Handlungsleitfaden für Mitarbeiter/innen in den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation (Checkliste) mit Stand 08. Februar 2007

Anhang: Logo der Gemeinsamen Servicestelle



Anlage 1

Falldokumentation (Dokumentation erfolgt bei Fällen nach § 2 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung, bei denen Kontakt mit einem Teammitglied aufgenommen wurde)
(Original bei Gemeinsamer Servicestelle, Kopie an zuständigen Reha-Träger, ggf. Kopie an Teammitglied)

Gemeinsame Servicestelle: _____

Persönliche Daten:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht: männlich weiblich

Art der Leistung:

- Medizinische Rehabilitation (einschließlich Leistungen nach § 31 SGB VI)
- Teilhabe am Arbeitsleben
- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Andere Leistung, ggf. welche: _____

Grund für die Einschaltung der Gemeinsamen Servicestelle:

- Zuständigkeit unklar
- Unzufriedenheit mit dem Reha-Träger
- Dauer des Verfahrens
- Koordinierungserfordernis aufgrund der Zuständigkeit unterschiedlicher Reha-Träger
- sonstige Gründe (*in Stichpunkten*): _____

Abstimmung/Zusammenarbeit mit folgenden Reha-Trägern:

- Krankenversicherung
- Rentenversicherung einschließlich Alterssicherung der Landwirte
- Unfallversicherung
- Bundesagentur für Arbeit
- Sozialhilfe
- Jugendhilfe
- Kriegsopferfürsorge und -versorgung

Schwerpunkte der Beratung/Aktivitäten (s. § 2 Abs. 1 Rahmenvereinbarung):

- Information (z.B. Information über Leistungsvoraussetzungen und Leistungen der Rehabilitationsträger einschließlich deren Inhalt und Ablauf, Klärung der Zuständigkeit)
- Bedarfsklärung (z.B. Hilfe bei der Klärung des Teilhabe-/Rehabilitationsbedarfs, Antragsstellung und -weiterleitung)
- Beratung (z.B. Beratung zu besonderen Hilfen im Arbeitsleben / zu Verwaltungsabläufen, zur Inanspruchnahme von Leistungen, Hinwirken auf Entscheidungen)
- Unterstützende Begleitung und Koordination (z.B. Vorbereitung der Entscheidung, Koordinierung und Vermittlung, Information des zuständigen Rehabilitationsträgers, falls voraussichtlich Gutachten erforderlich ist)
- Persönliches Budget
- Betriebliches Eingliederungsmanagement

Anlage 2

Für die Berichterstattung der Rehabilitationsträger nach § 24 SGB IX werden aus dem Falldokumentationsbogen folgende Daten aufbereitet und an die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gemeldet:

1. Gesamtzahl der Ratsuchenden/Versicherten, für die eine Beratung/Aktivität i.S. des § 2 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung erbracht wurde

2. Unterteilung der Gesamtzahl nach Geschlecht: männlich / weiblich

3. Art der Leistung, wegen der eine Beratung/Aktivität erfolgte, unterteilt nach:

- Medizinische Rehabilitation (einschl. Leistungen nach § 31 SGB VI)
- Teilhabe am Arbeitsleben
- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Andere Leistungen

4. Grund für die Einschaltung der Gemeinsamen Servicestelle, unterteilt nach:

- Zuständigkeit unklar
- Unzufriedenheit mit dem Reha-Träger
- Dauer des Verfahrens
- Koordinierungserfordernis aufgrund der Zuständigkeit unterschiedlicher Reha-Träger
- sonstige Gründe

5. Verteilung der Abstimmungen, unterteilt nach Trägergruppen:

Krankenversicherung / Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte / Unfallversicherung / Bundesagentur für Arbeit / Sozialhilfe / Jugendhilfe / Kriegsopferfürsorge und -versorgung

6. Schwerpunkte der Beratung/Aktivitäten

- Information (z.B. Information über Leistungsvoraussetzungen und Leistungen der Rehabilitationsträger einschließlich deren Inhalt und Ablauf, Klärung der Zuständigkeit)
- Bedarfsklärung (z.B. Hilfe bei der Klärung des Teilhabe-/Rehabilitationsbedarfs, Antragsstellung und –weiterleitung)

- Beratung (z.B. Beratung zu besonderen Hilfen im Arbeitsleben / zu Verwaltungsabläufen, zur Inanspruchnahme von Leistungen, Hinwirken auf Entscheidungen)
- Unterstützende Begleitung und Koordination (z.B. Vorbereitung der Entscheidung, Koordinierung und Vermittlung, Information des zuständigen Rehabilitationsträgers, falls voraussichtlich Gutachten erforderlich ist)
- Persönliches Budget
- Betriebliches Eingliederungsmanagement

§§ SGB IX

§ 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.....	2
§ 2 Behinderung	2
§ 3 Vorrang von Prävention	2
§ 4 Leistungen zur Teilhabe	2
§ 5 Leistungsgruppen	3
§ 6 Rehabilitationsträger	3
§ 10 Koordinierung der Leistungen.....	4
§ 19 Rehabilitationsdienste und -einrichtungen	4
§ 22 Aufgaben	5
§ 23 Servicestellen	6
§ 26 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	6
§ 28 Stufenweise Wiedereingliederung	7
§ 30 Früherkennung und Frühförderung.....	7
§ 31 Hilfsmittel	8
§ 33 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	9
§ 34 Leistungen an Arbeitgeber.....	11
§ 44 Ergänzende Leistungen.....	12
§ 51 Weiterzahlung der Leistungen	12
§ 53 Reisekosten.....	13
§ 54 Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten	14
§ 68 Geltungsbereich	15
§ 81 Pflichten des Arbeitgebers und Rechte schwerbehinderter Menschen.....	15
§ 84 Prävention	16
§ 85 Erfordernis der Zustimmung	17
§ 93 Aufgaben des Betriebs-, Personal-, Richter-, Staatsanwalts- und Präsidialrates	17
§ 95 Aufgaben der Schwerbehindertenvertretung	17
§ 96 Persönliche Rechte und Pflichten der Vertrauenspersonen der schwerbehinderten Menschen.....	19
§ 97 Konzern-, Gesamt-, Bezirks- und Hauptschwerbehindertenvertretung.....	20
§ 156 Bußgeldvorschriften.....	22

§ 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

¹ Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. ² Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen.

§ 2 Behinderung

(1) ¹ Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. ² Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

(2) Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

(3) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

§ 3 Vorrang von Prävention

Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird.

§ 4 Leistungen zur Teilhabe

(1) Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder

4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

(2) ¹ Die Leistungen zur Teilhabe werden zur Erreichung der in Absatz 1 genannten Ziele nach Maßgabe dieses Buches und der für die zuständigen Leistungsträger geltenden besonderen Vorschriften neben anderen Sozialleistungen erbracht. ² Die Leistungsträger erbringen die Leistungen im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften nach Lage des Einzelfalls so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden.

(3) ¹ Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder werden so geplant und gestaltet, dass nach Möglichkeit Kinder nicht von ihrem sozialen Umfeld getrennt und gemeinsam mit nicht behinderten Kindern betreut werden können. ² Dabei werden behinderte Kinder alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung der einzelnen Hilfen beteiligt und ihre Sorgeberechtigten intensiv in Planung und Gestaltung der Hilfen einbezogen.

§ 5 Leistungsgruppen

Zur Teilhabe werden erbracht

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

§ 6 Rehabilitationsträger

(1) Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) können sein

1. die gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen nach § 5 Nr. 1 und 3,
2. die Bundesagentur für Arbeit für Leistungen nach § 5 Nr. 2 und 3,
3. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 4,
4. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 3, die Träger der Alterssicherung der Landwirte für Leistungen nach § 5 Nr. 1 und 3,
5. die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 4,
6. die Träger der öffentlichen Jugendhilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1, 2 und 4,
7. die Träger der Sozialhilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1, 2 und 4.

(2) Die Rehabilitationsträger nehmen ihre Aufgaben selbständig und eigenverantwortlich wahr.

§ 10 Koordinierung der Leistungen

(1) ¹ Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der nach § 14 leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. ² Die Leistungen werden entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst und darauf ausgerichtet, den Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls die den Zielen der §§ 1 und 4 Abs. 1 entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen. ³ Dabei sichern die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf und gewährleisten, dass die wirksame und wirtschaftliche Ausführung der Leistungen nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen erfolgt.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend auch für die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen und sonstige Hilfen für schwerbehinderte Menschen nach Teil 2.

(3) Den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen wird Rechnung getragen.

(4) Die datenschutzrechtlichen Regelungen dieses Gesetzbuchs bleiben unberührt.

§ 19 Rehabilitationsdienste und -einrichtungen

(1) ¹ Die Rehabilitationsträger wirken gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. ² Dabei achten sie darauf, dass für eine ausreichende Zahl solcher Rehabilitationsdienste und -einrichtungen Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen. ³ Die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände werden beteiligt.

(2) Soweit die Ziele nach Prüfung des Einzelfalls mit vergleichbarer Wirksamkeit erreichbar sind, werden Leistungen unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände in ambulanter, teilstationärer oder betrieblicher Form und gegebenenfalls unter Einbeziehung familienentlastender und -unterstützender Dienste erbracht.

(3) Bei Leistungen an behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Kinder wird eine gemeinsame Betreuung behinderter und nichtbehinderter Kinder angestrebt.

(4) ¹ Nehmen Rehabilitationsträger zur Ausführung von Leistungen besondere Dienste (Rehabilitationsdienste) oder Einrichtungen (Rehabilitationseinrichtungen) in Anspruch, erfolgt die Auswahl danach, welcher Dienst oder welche Einrichtung die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt; dabei werden Dienste und

Einrichtungen freier oder gemeinnütziger Träger entsprechend ihrer Bedeutung für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen berücksichtigt und die Vielfalt der Träger von Rehabilitationsdiensten oder -einrichtungen gewahrt sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit beachtet. ² § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 ist anzuwenden.

(5) Rehabilitationsträger können nach den für sie geltenden Rechtsvorschriften Rehabilitationsdienste oder -einrichtungen fördern, wenn dies zweckmäßig ist und die Arbeit dieser Dienste oder Einrichtungen in anderer Weise nicht sichergestellt werden kann.

(6) Rehabilitationsdienste und -einrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung sollen Arbeitsgemeinschaften bilden.

§ 22 Aufgaben

(1) ¹ Gemeinsame örtliche Servicestellen der Rehabilitationsträger bieten behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten nach § 60 Beratung und Unterstützung an. ² Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere,

1. über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen der Rehabilitationsträger, besondere Hilfen im Arbeitsleben sowie über die Verwaltungsabläufe zu informieren,
2. bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe, bei der Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets und der besonderen Hilfen im Arbeitsleben sowie bei der Erfüllung von Mitwirkungspflichten zu helfen,
3. zu klären, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, auf klare und sachdienliche Anträge hinzuwirken und sie an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten,
4. bei einem Rehabilitationsbedarf, der voraussichtlich ein Gutachten erfordert, den zuständigen Rehabilitationsträger darüber zu informieren,
5. die Entscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers in Fällen, in denen die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe offenkundig ist, so umfassend vorzubereiten, dass dieser unverzüglich entscheiden kann,
6. bis zur Entscheidung oder Leistung des Rehabilitationsträgers den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen unterstützend zu begleiten,
7. bei den Rehabilitationsträgern auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen hinzuwirken und
8. zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten auch während der Leistungserbringung zu koordinieren und zu vermitteln.

³ Die Beratung umfasst unter Beteiligung der Integrationsämter auch die Klärung eines Hilfebedarfs nach Teil 2 dieses Buches. ⁴ Die Pflegekassen werden bei drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit an der Beratung und Unterstützung durch die gemeinsamen Servicestellen beteiligt. ⁵ Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und

der Interessenvertretungen behinderter Frauen werden mit Einverständnis der behinderten Menschen an der Beratung beteiligt.

(2) ¹ § 14 des Ersten Buches und § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 1 bis 3 und 5 des Zwölften Buches bleiben unberührt. ² Auskünfte nach § 15 des Ersten Buches über Leistungen zur Teilhabe erteilen alle Rehabilitationsträger.

§ 23 Servicestellen

(1) ¹ Die Rehabilitationsträger stellen unter Nutzung bestehender Strukturen sicher, dass in allen Landkreisen und kreisfreien Städten gemeinsame Servicestellen bestehen. ² Gemeinsame Servicestellen können für mehrere kleine Landkreise oder kreisfreie Städte eingerichtet werden, wenn eine ortsnahe Beratung und Unterstützung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gewährleistet ist. ³ In den Ländern Berlin, Bremen und Hamburg werden die Servicestellen entsprechend dem besonderen Verwaltungsaufbau dieser Länder eingerichtet.

(2) Die zuständigen obersten Landessozialbehörden wirken mit Unterstützung der Spitzenverbände der Rehabilitationsträger darauf hin, dass die gemeinsamen Servicestellen unverzüglich eingerichtet werden.

(3) ¹ Die gemeinsamen Servicestellen werden so ausgestattet, dass sie ihre Aufgaben umfassend und qualifiziert erfüllen können, Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen und Wartezeiten in der Regel vermieden werden. ² Hierfür wird besonders qualifiziertes Personal mit breiten Fachkenntnissen insbesondere des Rehabilitationsrechts und der Praxis eingesetzt. ³ § 112 Abs. 3 ist sinngemäß anzuwenden.

(4) In den Servicestellen dürfen Sozialdaten nur erhoben, verarbeitet und genutzt werden, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach § 22 Abs. 1 erforderlich ist.

§ 26 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) 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.

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,

2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,

3. Arznei- und Verbandmittel,
4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
6. Hilfsmittel,
7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

(3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

§ 28 Stufenweise Wiedereingliederung

Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen die medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen entsprechend dieser Zielsetzung erbracht werden.

§ 30 Früherkennung und Frühförderung

(1) ¹ Die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 umfassen auch

1. die medizinischen Leistungen der mit dieser Zielsetzung fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtungen,
2. nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten,

auch in fachübergreifend arbeitenden Diensten und Einrichtungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Behandlungsplan aufzustellen.

² Leistungen nach Satz 1 werden als Komplexleistung in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen (§ 56) erbracht.

(2) Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder umfassen des Weiteren nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen, wenn sie erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen oder die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern.

(3) ¹ Zur Abgrenzung der in den Absätzen 1 und 2 genannten Leistungen und der sonstigen Leistungen dieser Dienste und Einrichtungen, zur Übernahme oder Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern, zur Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte sowie zur Finanzierung werden gemeinsame Empfehlungen vereinbart; § 13 Abs. 3, 4 und 6 gilt entsprechend. ² Landesrecht kann vorsehen, dass an der Komplexleistung weitere Stellen, insbesondere die Kultusverwaltung, zu beteiligen sind. ³ In diesem Fall ist eine Erweiterung der gemeinsamen Empfehlungen anzustreben.

§ 31 Hilfsmittel

(1) Hilfsmittel (Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel) nach § 26 Abs. 2 Nr. 6 umfassen die Hilfen, die von den Leistungsempfängern getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können und unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles erforderlich sind, um

1. einer drohenden Behinderung vorzubeugen,
2. den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder
3. eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, soweit sie nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind.

(2) ¹ Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandhaltung, Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel. ² Der Rehabilitationsträger soll

1. vor einer Ersatzbeschaffung prüfen, ob eine Änderung oder Instandsetzung von bisher benutzten Hilfsmitteln wirtschaftlicher und gleich wirksam ist,
2. die Bewilligung der Hilfsmittel davon abhängig machen, dass die behinderten Menschen sie sich anpassen oder sich in ihrem Gebrauch ausbilden lassen.

(3) Wählen Leistungsempfänger ein geeignetes Hilfsmittel in einer aufwendigeren Ausführung als notwendig, tragen sie die Mehrkosten selbst.

(4) ¹ Hilfsmittel können auch leihweise überlassen werden. ² In diesem Fall gelten die Absätze 2 und 3 entsprechend.

§ 33 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

(1) Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

(2) Behinderten Frauen werden gleiche Chancen im Erwerbsleben gesichert, insbesondere durch in der beruflichen Zielsetzung geeignete, wohnortnahe und auch in Teilzeit nutzbare Angebote.

(3) Die Leistungen umfassen insbesondere

1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen,
2. Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
3. berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
4. berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
5. Gründungszuschuss entsprechend § 57 des Dritten Buches durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5,
6. sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.

(4) ¹ Bei der Auswahl der Leistungen werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt.

² Soweit erforderlich, wird dabei die berufliche Eignung abgeklärt oder eine Arbeitserprobung durchgeführt; in diesem Fall werden die Kosten nach Absatz 7, Reisekosten nach § 53 sowie Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten nach § 54 übernommen.

(5) Die Leistungen werden auch für Zeiten notwendiger Praktika erbracht.

(6) Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,

3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
8. Beteiligung von Integrationsfachdiensten im Rahmen ihrer Aufgabenstellung (§ 110).

(7) Zu den Leistungen gehört auch die Übernahme

1. der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Ausführung einer Leistung eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolges der Teilhabe notwendig ist,
2. der erforderlichen Kosten, die mit der Ausführung einer Leistung in unmittelbarem Zusammenhang stehen, insbesondere für Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung und Arbeitsgerät.

(8) ¹ Leistungen nach Absatz 3 Nr. 1 und 6 umfassen auch

1. Kraftfahrzeughilfe nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung,
2. den Ausgleich unvermeidbaren Verdienstaufschlags des behinderten Menschen oder einer erforderlichen Begleitperson wegen Fahrten der An- und Abreise zu einer Bildungsmaßnahme und zur Vorstellung bei einem Arbeitgeber, einem Träger oder einer Einrichtung für behinderte Menschen durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5,
3. die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Menschen als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes,
4. Kosten für Hilfsmittel, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung, zur Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg vom und zum Arbeitsplatz und am Arbeitsplatz erforderlich sind, es sei denn, dass eine Verpflichtung des Arbeitgebers besteht oder solche Leistungen als medizinische Leistung erbracht werden können,
5. Kosten technischer Arbeitshilfen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung erforderlich sind und
6. Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.

² Die Leistung nach Satz 1 Nr. 3 wird für die Dauer von bis zu drei Jahren erbracht und in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 durch das Integrationsamt nach § 102 Abs. 4 ausgeführt. ³ Der Rehabilitationsträger

erstattet dem Integrationsamt seine Aufwendungen. ⁴ Der Anspruch nach § 102 Abs. 4 bleibt unberührt.

§ 34 Leistungen an Arbeitgeber

(1) ¹ Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5 können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch an Arbeitgeber erbringen, insbesondere als

1. Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen,
2. Eingliederungszuschüsse,
3. Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb,
4. teilweise oder volle Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung.

² Die Leistungen können unter Bedingungen und Auflagen erbracht werden.

(2) Ausbildungszuschüsse nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 können für die gesamte Dauer der Maßnahme geleistet werden und sollen bei Ausbildungsmaßnahmen die von den Arbeitgebern im letzten Ausbildungsjahr zu zahlenden monatlichen Ausbildungsvergütungen nicht übersteigen.

(3) ¹ Eingliederungszuschüsse nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 betragen höchstens 50 vom Hundert der vom Arbeitgeber regelmäßig gezahlten Entgelte, soweit sie die tariflichen Arbeitsentgelte oder, wenn eine tarifliche Regelung nicht besteht, die für vergleichbare Tätigkeiten ortsüblichen Arbeitsentgelte im Rahmen der Beitragsbemessungsgrenze in der Arbeitsförderung nicht übersteigen; die Leistungen sollen im Regelfall für nicht mehr als ein Jahr geleistet werden. ² Soweit es für die Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich ist, können die Leistungen um bis zu 20 Prozentpunkte höher festgelegt und bis zu einer Förderungshöchstdauer von zwei Jahren erbracht werden. ³ Werden sie für mehr als ein Jahr geleistet, sind sie entsprechend der zu erwartenden Zunahme der Leistungsfähigkeit der Leistungsberechtigten und den abnehmenden Eingliederungserfordernissen gegenüber der bisherigen Förderungshöhe, mindestens um zehn Prozentpunkte, zu vermindern. ⁴ Bei der Berechnung nach Satz 1 wird auch der Anteil des Arbeitgebers am Gesamtsozialversicherungsbeitrag berücksichtigt. ⁵ Eingliederungszuschüsse werden zurückgezahlt, wenn die Arbeitsverhältnisse während des Förderungszeitraums oder innerhalb eines Zeitraums, der der Förderungsdauer entspricht, längstens jedoch von einem Jahr, nach dem Ende der Leistungen beendet werden; dies gilt nicht, wenn

1. die Leistungsberechtigten die Arbeitsverhältnisse durch Kündigung beenden oder das Mindestalter für den Bezug der gesetzlichen Altersrente erreicht haben oder
2. die Arbeitgeber berechtigt waren, aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist oder aus Gründen, die in der Person oder dem Verhalten des Arbeitnehmers liegen, oder aus dringenden betrieblichen Erfordernissen, die einer Weiterbeschäftigung in diesem Betrieb entgegenstehen, zu kündigen.

⁶ Die Rückzahlung ist auf die Hälfte des Förderungsbetrages, höchstens aber den im letzten Jahr vor der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses gewährten

Förderungsbetrag begrenzt; ungeförderete Nachbeschäftigungszeiten werden anteilig berücksichtigt.

§ 44 Ergänzende Leistungen

(1) Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben der in § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 genannten Rehabilitationsträger werden ergänzt durch

1. Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Ausbildungsgeld oder Unterhaltsbeihilfe,
2. Beiträge und Beitragszuschüsse
 - a) zur Krankenversicherung nach Maßgabe des Fünften Buches, des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
 - b) zur Unfallversicherung nach Maßgabe des Siebten Buches,
 - c) zur Rentenversicherung nach Maßgabe des Sechsten Buches sowie des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
 - d) zur Bundesagentur für Arbeit nach Maßgabe des Dritten Buches,
 - e) zur Pflegeversicherung nach Maßgabe des Elften Buches,
3. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, einschließlich Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen,
4. ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung,
5. Reisekosten,
6. Betriebs- oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten.

(2) ¹ Ist der Schutz behinderter Menschen bei Krankheit oder Pflege während der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht anderweitig sichergestellt, können die Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld und zur Pflegeversicherung bei einem Träger der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung oder, wenn dort im Einzelfall ein Schutz nicht gewährleistet ist, die Beiträge zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen erbracht werden. ² Arbeitslose Teilnehmer an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können für die Dauer des Bezuges von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld einen Zuschuss zu ihrem Beitrag für eine private Versicherung gegen Krankheit oder für die Pflegeversicherung erhalten. ³ Der Zuschuss wird nach § 207 a Abs. 2 des Dritten Buches berechnet.

§ 51 Weiterzahlung der Leistungen

(1) Sind nach Abschluss von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich, während derer dem Grunde nach Anspruch auf Übergangsgeld besteht, und können diese aus Gründen, die die Leistungsempfänger nicht zu vertreten haben, nicht unmittelbar anschließend durchgeführt werden, werden das Verletztengeld, das Versorgungskrankengeld oder das Übergangsgeld für diese Zeit weitergezahlt, wenn

1. die Leistungsempfänger arbeitsunfähig sind und keinen Anspruch auf Krankengeld mehr haben oder
2. ihnen eine zumutbare Beschäftigung aus Gründen, die sie nicht zu vertreten haben, nicht vermittelt werden kann.

(2) ¹ Leistungsempfänger haben die Verzögerung insbesondere zu vertreten, wenn sie zumutbare Angebote von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in größerer Entfernung zu ihren Wohnorten ablehnen. ² Für die Beurteilung der Zumutbarkeit ist § 121 Abs. 4 des Dritten Buches entsprechend anzuwenden.

(3) Können Leistungsempfänger Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben allein aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr, aber voraussichtlich wieder in Anspruch nehmen, werden Übergangsgeld und Unterhaltsbeihilfe bis zum Ende dieser Leistungen, längstens bis zu sechs Wochen weitergezahlt.

(4) ¹ Sind die Leistungsempfänger im Anschluss an eine abgeschlossene Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben arbeitslos, werden Übergangsgeld und Unterhaltsbeihilfe während der Arbeitslosigkeit bis zu drei Monate weitergezahlt, wenn sie sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben und einen Anspruch auf Arbeitslosengeld von mindestens drei Monaten nicht geltend machen können; die Dauer von drei Monaten vermindert sich um die Anzahl von Tagen, für die Leistungsempfänger im Anschluss an eine abgeschlossene Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben einen Anspruch auf Arbeitslosengeld geltend machen können. ² In diesem Fall beträgt das Übergangsgeld

1. bei Leistungsempfängern, bei denen die Voraussetzungen des erhöhten Bemessungssatzes nach § 46 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 vorliegen, 67 vom Hundert,
2. bei den übrigen Leistungsempfängern 60 vom Hundert

des sich aus § 46 Abs. 1 Satz 1 oder § 48 ergebenden Betrages.

(5) Ist im unmittelbaren Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine stufenweise Wiedereingliederung (§ 28) erforderlich, wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende weitergezahlt.

§ 53 Reisekosten

(1) Als Reisekosten werden die im Zusammenhang mit der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlichen Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten übernommen; hierzu gehören auch die Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlich ist, für eine wegen der Behinderung erforderliche Begleitperson einschließlich des für die Zeit der Begleitung entstehenden Verdienstaufschlags, für Kinder, deren Mitnahme an den

Rehabilitationsort erforderlich ist, weil ihre anderweitige Betreuung nicht sichergestellt ist, sowie für den erforderlichen Gepäcktransport.

(2) ¹ Während der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden Reisekosten auch für im Regelfall zwei Familienheimfahrten je Monat übernommen.

² Anstelle der Kosten für die Familienheimfahrten können für Fahrten von Angehörigen vom Wohnort zum Aufenthaltsort der Leistungsempfänger und zurück Reisekosten übernommen werden.

(3) Reisekosten nach Absatz 2 werden auch im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation übernommen, wenn die Leistungen länger als acht Wochen erbracht werden.

(4) ¹ Als Fahrkosten ist für jeden Tag, an dem der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch den Ort der Ausführung der Leistung aufsucht, eine Entfernungspauschale für jeden vollen Kilometer der Entfernung zwischen Wohnung und Ausführungsort von 0,36 Euro für die ersten zehn Kilometer und 0,40 Euro für jeden weiteren Kilometer anzusetzen. ² Bei einer erforderlichen auswärtigen Unterbringung ist für die An- und Abreise sowie für Familienheimfahrten nach Absatz 2 eine Entfernungspauschale von 0,40 Euro für jeden vollen Kilometer der Entfernung zwischen dem Ort des eigenen Hausstands und dem Ort der Ausführung der Leistung anzusetzen. ³ Für die Bestimmung der Entfernung ist die kürzeste Straßenverbindung maßgebend. ⁴ Kosten für Pendelfahrten können nur bis zur Höhe des Betrages übernommen werden, der bei unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung zumutbarer auswärtiger Unterbringung für Unterbringung und Verpflegung zu leisten wäre.

§ 54 Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten

(1) ¹ Haushaltshilfe wird geleistet, wenn

1. den Leistungsempfängern wegen der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist,

2. eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und

3. im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

² § 38 Abs. 4 des Fünften Buches ist sinngemäß anzuwenden.

(2) Anstelle der Haushaltshilfe werden auf Antrag die Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung des Kindes bis zur Höhe der Kosten der sonst zu erbringenden Haushaltshilfe übernommen, wenn die Unterbringung und Betreuung des Kindes in dieser Weise sichergestellt ist.

(3) ¹ Kosten für die Betreuung der Kinder des Leistungsempfängers können bis zu einem Betrag von 130 Euro je Kind und Monat übernommen werden, wenn sie durch die Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben unvermeidbar entstehen. ² Leistungen zur Kinderbetreuung werden nicht neben Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 erbracht. ³ Der in Satz 1 genannte Betrag erhöht sich entsprechend der Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches; § 77 Abs. 3 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend.

(4) Abweichend von den Absätzen 1 bis 3 erbringen die landwirtschaftlichen Alterskassen und die landwirtschaftlichen Krankenkassen Betriebs- und Haushaltshilfe nach den §§ 10 und 36 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte und nach den §§ 9 und 10 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften für die bei ihnen versicherten landwirtschaftlichen Unternehmer und im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten nach § 54 des Siebten Buches.

§ 68 Geltungsbereich

(1) Die Regelungen dieses Teils gelten für schwerbehinderte und diesen gleichgestellte behinderte Menschen.

(2) ¹ Die Gleichstellung behinderter Menschen mit schwerbehinderten Menschen (§ 2 Abs. 3) erfolgt auf Grund einer Feststellung nach § 69 auf Antrag des behinderten Menschen durch die Bundesagentur für Arbeit. ² Die Gleichstellung wird mit dem Tag des Eingangs des Antrags wirksam. ³ Sie kann befristet werden.

(3) Auf gleichgestellte behinderte Menschen werden die besonderen Regelungen für schwerbehinderte Menschen mit Ausnahme des § 125 und des Kapitels 13 angewendet.

(4) ¹ Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt sind auch behinderte Jugendliche und junge Erwachsene (§ 2 Abs. 1) während der Zeit einer Berufsausbildung in Betrieben und Dienststellen, auch wenn der Grad der Behinderung weniger als 30 beträgt oder ein Grad der Behinderung nicht festgestellt ist. ² Der Nachweis der Behinderung wird durch eine Stellungnahme der Agentur für Arbeit oder durch einen Bescheid über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht. ³ Die besonderen Regelungen für schwerbehinderte Menschen, mit Ausnahme des § 102 Abs. 3 Nr. 2 Buchstabe c, werden nicht angewendet.

§ 81 Pflichten des Arbeitgebers und Rechte schwerbehinderter Menschen

(1) ¹ Die Arbeitgeber sind verpflichtet zu prüfen, ob freie Arbeitsplätze mit schwerbehinderten Menschen, insbesondere mit bei der Agentur für Arbeit arbeitslos oder arbeitssuchend gemeldeten schwerbehinderten Menschen, besetzt werden können. ² Sie nehmen frühzeitig Verbindung mit der Agentur für Arbeit auf. ³ Die Bundesagentur für Arbeit oder ein Integrationsfachdienst schlägt den Arbeitgebern geeignete schwerbehinderte Menschen vor. ⁴ Über die Vermittlungsvorschläge und vorliegende Bewerbungen von schwerbehinderten Menschen haben die Arbeitgeber die Schwerbehindertenvertretung und die in § 93 genannten Vertretungen unmittelbar nach Eingang zu unterrichten. ⁵ Bei Bewerbungen schwerbehinderter Richter und Richterinnen wird der Präsidialrat unterrichtet und gehört, soweit dieser an der Ernennung zu beteiligen ist. ⁶ Bei der Prüfung nach Satz 1 beteiligen die Arbeitgeber die Schwerbehindertenvertretung nach § 95 Abs. 2 und hören die in § 93 genannten Vertretungen an. ⁷ Erfüllt der Arbeitgeber seine Beschäftigungspflicht nicht und ist die Schwerbehindertenvertretung oder eine in § 93 genannte Vertretung mit der beabsichtigten Entscheidung des Arbeitgebers nicht einverstanden, ist diese unter Darlegung der Gründe mit ihnen zu erörtern. ⁸ Dabei wird der betroffene schwerbehinderte Mensch angehört. ⁹ Alle Beteiligten sind vom Arbeitgeber über die

getroffene Entscheidung unter Darlegung der Gründe unverzüglich zu unterrichten.

¹⁰ Bei Bewerbungen schwerbehinderter Menschen ist die Schwerbehindertenvertretung nicht zu beteiligen, wenn der schwerbehinderte Mensch die Beteiligung der Schwerbehindertenvertretung ausdrücklich ablehnt.

(2) ¹ Arbeitgeber dürfen schwerbehinderte Beschäftigte nicht wegen ihrer Behinderung benachteiligen. ² Im Einzelnen gelten hierzu die Regelungen des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes.

(3) ¹ Die Arbeitgeber stellen durch geeignete Maßnahmen sicher, dass in ihren Betrieben und Dienststellen wenigstens die vorgeschriebene Zahl schwerbehinderter Menschen eine möglichst dauerhafte behinderungsgerechte Beschäftigung finden kann. ² Absatz 4 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(4) ¹ Die schwerbehinderten Menschen haben gegenüber ihren Arbeitgebern Anspruch auf

1. Beschäftigung, bei der sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse möglichst voll verwerten und weiterentwickeln können,
2. bevorzugte Berücksichtigung bei innerbetrieblichen Maßnahmen der beruflichen Bildung zur Förderung ihres beruflichen Fortkommens,
3. Erleichterungen im zumutbaren Umfang zur Teilnahme an außerbetrieblichen Maßnahmen der beruflichen Bildung,
4. behinderungsgerechte Einrichtung und Unterhaltung der Arbeitsstätten einschließlich der Betriebsanlagen, Maschinen und Geräte sowie der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsumfeldes, der Arbeitsorganisation und der Arbeitszeit, unter besonderer Berücksichtigung der Unfallgefahr,
5. Ausstattung ihres Arbeitsplatzes mit den erforderlichen technischen Arbeitshilfen

unter Berücksichtigung der Behinderung und ihrer Auswirkungen auf die Beschäftigung. ² Bei der Durchführung der Maßnahmen nach den Nummern 1, 4 und 5 unterstützt die Bundesagentur für Arbeit und die Integrationsämter die Arbeitgeber unter Berücksichtigung der für die Beschäftigung wesentlichen Eigenschaften der schwerbehinderten Menschen. ³ Ein Anspruch nach Satz 1 besteht nicht, soweit seine Erfüllung für den Arbeitgeber nicht zumutbar oder mit unverhältnismäßigen Aufwendungen verbunden wäre oder soweit die staatlichen oder berufsgenossenschaftlichen Arbeitsschutzvorschriften oder beamtenrechtliche Vorschriften entgegenstehen.

(5) ¹ Die Arbeitgeber fördern die Einrichtung von Teilzeitarbeitsplätzen. ² Sie werden dabei von den Integrationsämtern unterstützt. ³ Schwerbehinderte Menschen haben einen Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung, wenn die kürzere Arbeitszeit wegen Art oder Schwere der Behinderung notwendig ist; Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 84 Prävention

(1) Der Arbeitgeber schaltet bei Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten im Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnis, die zur Gefährdung dieses Verhältnisses führen können, möglichst frühzeitig die Schwerbehindertenvertretung und die in § 93 genannten Vertretungen sowie das Integrationsamt ein, um mit ihnen alle

Möglichkeiten und alle zur Verfügung stehenden Hilfen zur Beratung und mögliche finanzielle Leistungen zu erörtern, mit denen die Schwierigkeiten beseitigt werden können und das Arbeits- oder sonstige Beschäftigungsverhältnis möglichst dauerhaft fortgesetzt werden kann.

(2) ¹ Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement). ² Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. ³ Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen. ⁴ Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. ⁵ Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 erbracht werden. ⁶ Die zuständige Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können die Klärung verlangen. ⁷ Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.

(3) Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter können Arbeitgeber, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, durch Prämien oder einen Bonus fördern.

§ 85 Erfordernis der Zustimmung

Die Kündigung des Arbeitsverhältnisses eines schwerbehinderten Menschen durch den Arbeitgeber bedarf der vorherigen Zustimmung des Integrationsamtes.

§ 93 Aufgaben des Betriebs-, Personal-, Richter-, Staatsanwalts- und Präsidialrates

¹ Betriebs-, Personal-, Richter-, Staatsanwalts- und Präsidialrat fördern die Eingliederung schwerbehinderter Menschen. ² Sie achten insbesondere darauf, dass die dem Arbeitgeber nach den §§ 71, 72 und 81 bis 84 obliegenden Verpflichtungen erfüllt werden; sie wirken auf die Wahl der Schwerbehindertenvertretung hin.

§ 95 Aufgaben der Schwerbehindertenvertretung

(1) ¹ Die Schwerbehindertenvertretung fördert die Eingliederung schwerbehinderter Menschen in den Betrieb oder die Dienststelle, vertritt ihre Interessen in dem Betrieb oder der Dienststelle und steht ihnen beratend und helfend zur Seite. ² Sie erfüllt ihre Aufgaben insbesondere dadurch, dass sie

1. darüber wacht, dass die zugunsten schwerbehinderter Menschen geltenden Gesetze, Verordnungen, Tarifverträge, Betriebs- oder Dienstvereinbarungen und Verwaltungsanordnungen durchgeführt, insbesondere auch die dem Arbeitgeber nach den §§ 71, 72 und 81 bis 84 obliegenden Verpflichtungen erfüllt werden,
2. Maßnahmen, die den schwerbehinderten Menschen dienen, insbesondere auch präventive Maßnahmen, bei den zuständigen Stellen beantragt,
3. Anregungen und Beschwerden von schwerbehinderten Menschen entgegennimmt und, falls sie berechtigt erscheinen, durch Verhandlung mit dem Arbeitgeber auf eine Erledigung hinwirkt; sie unterrichtet die schwerbehinderten Menschen über den Stand und das Ergebnis der Verhandlungen.

³ Die Schwerbehindertenvertretung unterstützt Beschäftigte auch bei Anträgen an die nach § 69 Abs. 1 zuständigen Behörden auf Feststellung einer Behinderung, ihres Grades und einer Schwerbehinderung sowie bei Anträgen auf Gleichstellung an die Agentur für Arbeit. ⁴ In Betrieben und Dienststellen mit in der Regel mehr als 100 schwerbehinderten Menschen kann sie nach Unterrichtung des Arbeitgebers das mit der höchsten Stimmenzahl gewählte stellvertretende Mitglied zu bestimmten Aufgaben heranziehen, in Betrieben und Dienststellen mit mehr als 200 schwerbehinderten Menschen, das mit der nächsthöchsten Stimmenzahl gewählte weitere stellvertretende Mitglied. ⁵ Die Heranziehung zu bestimmten Aufgaben schließt die Abstimmung untereinander ein.

(2) ¹ Der Arbeitgeber hat die Schwerbehindertenvertretung in allen Angelegenheiten, die einen einzelnen oder die schwerbehinderten Menschen als Gruppe berühren, unverzüglich und umfassend zu unterrichten und vor einer Entscheidung anzuhören; er hat ihr die getroffene Entscheidung unverzüglich mitzuteilen. ² Die Durchführung oder Vollziehung einer ohne Beteiligung nach Satz 1 getroffenen Entscheidung ist auszusetzen, die Beteiligung ist innerhalb von sieben Tagen nachzuholen; sodann ist endgültig zu entscheiden. ³ Die Schwerbehindertenvertretung hat das Recht auf Beteiligung am Verfahren nach § 81 Abs. 1 und beim Vorliegen von Vermittlungsvorschlägen der Bundesagentur für Arbeit nach § 81 Abs. 1 oder von Bewerbungen schwerbehinderter Menschen das Recht auf Einsicht in die entscheidungsrelevanten Teile der Bewerbungsunterlagen und Teilnahme an Vorstellungsgesprächen.

(3) ¹ Der schwerbehinderte Mensch hat das Recht, bei Einsicht in die über ihn geführte Personalakte oder ihn betreffende Daten des Arbeitgebers die Schwerbehindertenvertretung hinzuzuziehen. ² Die Schwerbehindertenvertretung bewahrt über den Inhalt der Daten Stillschweigen, soweit sie der schwerbehinderte Mensch nicht von dieser Verpflichtung entbunden hat.

(4) ¹ Die Schwerbehindertenvertretung hat das Recht, an allen Sitzungen des Betriebs-, Personal-, Richter-, Staatsanwalts- oder Präsidialrates und deren Ausschüssen sowie des Arbeitsschutzausschusses beratend teilzunehmen; sie kann beantragen, Angelegenheiten, die einzelne oder die schwerbehinderten Menschen als Gruppe besonders betreffen, auf die Tagesordnung der nächsten Sitzung zu setzen. ² Erachtet sie einen Beschluss des Betriebs-, Personal-, Richter-, Staatsanwalts- oder Präsidialrates als eine erhebliche Beeinträchtigung wichtiger Interessen schwerbehinderter Menschen oder ist sie entgegen Absatz 2 Satz 1 nicht beteiligt worden, wird auf ihren Antrag der Beschluss für die Dauer von einer Woche vom Zeitpunkt der Beschlussfassung an ausgesetzt; die Vorschriften des

Betriebsverfassungsgesetzes und des Personalvertretungsrechtes über die Aussetzung von Beschlüssen gelten entsprechend. ³ Durch die Aussetzung wird eine Frist nicht verlängert. ⁴ In den Fällen des § 21 e Abs. 1 und 3 des Gerichtsverfassungsgesetzes ist die Schwerbehindertenvertretung, außer in Eilfällen, auf Antrag eines betroffenen schwerbehinderten Richters oder einer schwerbehinderten Richterin vor dem Präsidium des Gerichtes zu hören.

(5) Die Schwerbehindertenvertretung wird zu Besprechungen nach § 74 Abs. 1 des Betriebsverfassungsgesetzes, § 66 Abs. 1 des Bundespersonalvertretungsgesetzes sowie den entsprechenden Vorschriften des sonstigen Personalvertretungsrechtes zwischen dem Arbeitgeber und den in Absatz 4 genannten Vertretungen hinzugezogen.

(6) ¹ Die Schwerbehindertenvertretung hat das Recht, mindestens einmal im Kalenderjahr eine Versammlung schwerbehinderter Menschen im Betrieb oder in der Dienststelle durchzuführen. ² Die für Betriebs- und Personalversammlungen geltenden Vorschriften finden entsprechende Anwendung.

(7) Sind in einer Angelegenheit sowohl die Schwerbehindertenvertretung der Richter und Richterinnen als auch die Schwerbehindertenvertretung der übrigen Bediensteten beteiligt, so handeln sie gemeinsam.

(8) Die Schwerbehindertenvertretung kann an Betriebs- und Personalversammlungen in Betrieben und Dienststellen teilnehmen, für die sie als Schwerbehindertenvertretung zuständig ist, und hat dort ein Rederecht, auch wenn die Mitglieder der Schwerbehindertenvertretung nicht Angehörige des Betriebes oder der Dienststelle sind.

§ 96 Persönliche Rechte und Pflichten der Vertrauenspersonen der schwerbehinderten Menschen

(1) Die Vertrauenspersonen führen ihr Amt unentgeltlich als Ehrenamt.

(2) Die Vertrauenspersonen dürfen in der Ausübung ihres Amtes nicht behindert oder wegen ihres Amtes nicht benachteiligt oder begünstigt werden; dies gilt auch für ihre berufliche Entwicklung.

(3) ¹ Die Vertrauenspersonen besitzen gegenüber dem Arbeitgeber die gleiche persönliche Rechtsstellung, insbesondere den gleichen Kündigungs-, Versetzungs- und Abordnungsschutz wie ein Mitglied des Betriebs-, Personal-, Staatsanwalts- oder Richterrates. ² Das stellvertretende Mitglied besitzt während der Dauer der Vertretung und der Heranziehung nach § 95 Abs. 1 Satz 4 die gleiche persönliche Rechtsstellung wie die Vertrauensperson, im Übrigen die gleiche Rechtsstellung wie Ersatzmitglieder der in Satz 1 genannten Vertretungen.

(4) ¹ Die Vertrauenspersonen werden von ihrer beruflichen Tätigkeit ohne Minderung des Arbeitsentgelts oder der Dienstbezüge befreit, wenn und soweit es zur Durchführung ihrer Aufgaben erforderlich ist. ² Sind in den Betrieben und Dienststellen in der Regel wenigstens 200 schwerbehinderte Menschen beschäftigt, wird die Vertrauensperson auf ihren Wunsch freigestellt; weiter gehende Vereinbarungen sind zulässig. ³ Satz 1 gilt entsprechend für die Teilnahme an Schulungs- und Bildungsveranstaltungen, soweit diese Kenntnisse vermitteln, die für die Arbeit der Schwerbehindertenvertretung erforderlich sind. ⁴ Satz 3 gilt auch für das mit der höchsten Stimmenzahl gewählte stellvertretende Mitglied, wenn wegen

1. ständiger Heranziehung nach § 95,
2. häufiger Vertretung der Vertrauensperson für längere Zeit,
3. absehbaren Nachrückens in das Amt der Schwerbehindertenvertretung in kurzer Frist

die Teilnahme an Bildungs- und Schulungsveranstaltungen erforderlich ist.

(5) ¹ Freigestellte Vertrauenspersonen dürfen von inner- oder außerbetrieblichen Maßnahmen der Berufsförderung nicht ausgeschlossen werden. ² Innerhalb eines Jahres nach Beendigung ihrer Freistellung ist ihnen im Rahmen der Möglichkeiten des Betriebes oder der Dienststelle Gelegenheit zu geben, eine wegen der Freistellung unterbliebene berufliche Entwicklung in dem Betrieb oder der Dienststelle nachzuholen. ³ Für Vertrauenspersonen, die drei volle aufeinander folgende Amtszeiten freigestellt waren, erhöht sich der genannte Zeitraum auf zwei Jahre.

(6) Zum Ausgleich für ihre Tätigkeit, die aus betriebsbedingten oder dienstlichen Gründen außerhalb der Arbeitszeit durchzuführen ist, haben die Vertrauenspersonen Anspruch auf entsprechende Arbeits- oder Dienstbefreiung unter Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder der Dienstbezüge.

(7) ¹ Die Vertrauenspersonen sind verpflichtet,

1. über ihnen wegen ihres Amtes bekannt gewordene persönliche Verhältnisse und Angelegenheiten von Beschäftigten im Sinne des § 73, die ihrer Bedeutung oder ihrem Inhalt nach einer vertraulichen Behandlung bedürfen, Stillschweigen zu bewahren und
2. ihnen wegen ihres Amtes bekannt gewordene und vom Arbeitgeber ausdrücklich als geheimhaltungsbedürftig bezeichnete Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse nicht zu offenbaren und nicht zu verwerfen.

² Diese Pflichten gelten auch nach dem Ausscheiden aus dem Amt. ³ Sie gelten nicht gegenüber der Bundesagentur für Arbeit, den Integrationsämtern und den Rehabilitationsträgern, soweit deren Aufgaben den schwerbehinderten Menschen gegenüber es erfordern, gegenüber den Vertrauenspersonen in den Stufenvertretungen (§ 97) sowie gegenüber den in § 79 Abs. 1 des Betriebsverfassungsgesetzes und den in den entsprechenden Vorschriften des Personalvertretungsrechtes genannten Vertretungen, Personen und Stellen.

(8) ¹ Die durch die Tätigkeit der Schwerbehindertenvertretung entstehenden Kosten trägt der Arbeitgeber. ² Das Gleiche gilt für die durch die Teilnahme des mit der höchsten Stimmenzahl gewählten stellvertretenden Mitglieds an Schulungs- und Bildungsveranstaltungen nach Absatz 4 Satz 3 entstehenden Kosten.

(9) Die Räume und der Geschäftsbedarf, die der Arbeitgeber dem Betriebs-, Personal-, Richter-, Staatsanwalts- oder Präsidialrat für dessen Sitzungen, Sprechstunden und laufende Geschäftsführung zur Verfügung stellt, stehen für die gleichen Zwecke auch der Schwerbehindertenvertretung zur Verfügung, soweit ihr hierfür nicht eigene Räume und sächliche Mittel zur Verfügung gestellt werden.

§ 97 Konzern-, Gesamt-, Bezirks- und Hauptschwerbehindertenvertretung

(1) ¹ Ist für mehrere Betriebe eines Arbeitgebers ein Gesamtbetriebsrat oder für den Geschäftsbereich mehrerer Dienststellen ein Gesamtpersonalrat errichtet, wählen die

Schwerbehindertenvertretungen der einzelnen Betriebe oder Dienststellen eine Gesamtschwerbehindertenvertretung. ² Ist eine Schwerbehindertenvertretung nur in einem der Betriebe oder in einer der Dienststellen gewählt, nimmt sie die Rechte und Pflichten der Gesamtschwerbehindertenvertretung wahr.

(2) ¹ Ist für mehrere Unternehmen ein Konzernbetriebsrat errichtet, wählen die Gesamtschwerbehindertenvertretungen eine Konzernschwerbehindertenvertretung.

² Besteht ein Konzernunternehmen nur aus einem Betrieb, für den eine Schwerbehindertenvertretung gewählt ist, hat sie das Wahlrecht wie eine Gesamtschwerbehindertenvertretung.

(3) ¹ Für den Geschäftsbereich mehrstufiger Verwaltungen, bei denen ein Bezirks- oder Hauptpersonalrat gebildet ist, gilt Absatz 1 sinngemäß mit der Maßgabe, dass bei den Mittelbehörden von deren Schwerbehindertenvertretung und den Schwerbehindertenvertretungen der nachgeordneten Dienststellen eine Bezirksschwerbehindertenvertretung zu wählen ist. ² Bei den obersten Dienstbehörden ist von deren Schwerbehindertenvertretung und den Bezirksschwerbehindertenvertretungen des Geschäftsbereichs eine Hauptschwerbehindertenvertretung zu wählen; ist die Zahl der Bezirksschwerbehindertenvertretungen niedriger als zehn, sind auch die Schwerbehindertenvertretungen der nachgeordneten Dienststellen wahlberechtigt.

(4) ¹ Für Gerichte eines Zweiges der Gerichtsbarkeit, für die ein Bezirks- oder Hauptrichterrat gebildet ist, gilt Absatz 3 entsprechend. ² Sind in einem Zweig der Gerichtsbarkeit bei den Gerichten der Länder mehrere Schwerbehindertenvertretungen nach § 94 zu wählen und ist in diesem Zweig kein Hauptrichterrat gebildet, ist in entsprechender Anwendung von Absatz 3 eine Hauptschwerbehindertenvertretung zu wählen. ³ Die Hauptschwerbehindertenvertretung nimmt die Aufgabe der Schwerbehindertenvertretung gegenüber dem Präsidialrat wahr.

(5) Für jede Vertrauensperson, die nach den Absätzen 1 bis 4 neu zu wählen ist, wird wenigstens ein stellvertretendes Mitglied gewählt.

(6) ¹ Die Gesamtschwerbehindertenvertretung vertritt die Interessen der schwerbehinderten Menschen in Angelegenheiten, die das Gesamtunternehmen oder mehrere Betriebe oder Dienststellen des Arbeitgebers betreffen und von den Schwerbehindertenvertretungen der einzelnen Betriebe oder Dienststellen nicht geregelt werden können, sowie die Interessen der schwerbehinderten Menschen, die in einem Betrieb oder einer Dienststelle tätig sind, für die eine Schwerbehindertenvertretung nicht gewählt ist; dies umfasst auch Verhandlungen und den Abschluss entsprechender Integrationsvereinbarungen. ² Satz 1 gilt entsprechend für die Konzern-, Bezirks- und Hauptschwerbehindertenvertretung sowie für die Schwerbehindertenvertretung der obersten Dienstbehörde, wenn bei einer mehrstufigen Verwaltung Stufenvertretungen nicht gewählt sind. ³ Die nach Satz 2 zuständige Schwerbehindertenvertretung ist auch in persönlichen Angelegenheiten schwerbehinderter Menschen, über die eine übergeordnete Dienststelle entscheidet, zuständig; sie gibt der Schwerbehindertenvertretung der Dienststelle, die den schwerbehinderten Menschen beschäftigt, Gelegenheit zur Äußerung. ⁴ Satz 3 gilt nicht in den Fällen, in denen der Personalrat der Beschäftigungsbehörde zu beteiligen ist.

(7) § 94 Abs. 3 bis 7, § 95 Abs. 1 Satz 4, Abs. 2, 4, 5 und 7 und § 96 gelten entsprechend, § 94 Abs. 5 mit der Maßgabe, dass die Wahl der Gesamt- und Bezirksschwerbehindertenvertretungen in der Zeit vom 1. Dezember bis 31. Januar,

die der Konzern- und Hauptschwerbehindertenvertretungen in der Zeit vom 1. Februar bis 31. März stattfindet.

(8) § 95 Abs. 6 gilt für die Durchführung von Versammlungen der Vertrauens- und der Bezirksvertrauenspersonen durch die Gesamt-, Bezirks- oder Hauptschwerbehindertenvertretung entsprechend.

§ 156 Bußgeldvorschriften

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 71 Abs. 1 Satz 1, auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 79 Nr. 1, oder § 71 Abs. 1 Satz 3 schwerbehinderte Menschen nicht beschäftigt,
2. entgegen § 80 Abs. 1 ein Verzeichnis nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise führt oder nicht oder nicht rechtzeitig vorlegt,
3. entgegen § 80 Abs. 2 Satz 1 oder Abs. 4 eine Anzeige nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig erstattet,
4. entgegen § 80 Abs. 5 eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt,
5. entgegen § 80 Abs. 7 Einblick in den Betrieb oder die Dienststelle nicht oder nicht rechtzeitig gibt,
6. entgegen § 80 Abs. 8 eine dort bezeichnete Person nicht oder nicht rechtzeitig benennt,
7. entgegen § 81 Abs. 1 Satz 4 oder 9 eine dort bezeichnete Vertretung oder einen Beteiligten nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig unterrichtet,
8. entgegen § 81 Abs. 1 Satz 7 eine Entscheidung nicht erörtert, oder
9. entgegen § 95 Abs. 2 Satz 1 die Schwerbehindertenvertretung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig unterrichtet oder nicht oder nicht rechtzeitig hört.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 10 000 Euro geahndet werden.

(3) Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten ist die Bundesagentur für Arbeit.

(4) § 66 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(5) ¹ Die Geldbuße ist an das Integrationsamt abzuführen. ² Für ihre Verwendung gilt § 77 Abs. 5.

§§ SGB I, III und V

§ 14 SGB I Beratung	2
§ 35 SGB I Sozialgeheimnis	2
§ 60 SGB I Angabe von Tatsachen	3
§ 61 SGB I Persönliches Erscheinen	3
§ 62 SGB I Untersuchungen	3
§ 63 SGB I Heilbehandlung	3
§ 64 SGB I Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	3
§ 65 SGB I Grenzen der Mitwirkung	4
§ 65 a SGB I Aufwendungsersatz.....	4
§ 66 SGB I Folgen fehlender Mitwirkung	4
§ 67 SGB I Nachholung der Mitwirkung.....	5
§ 45 SGB III Leistungen	5
§ 46 SGB III Höhe	5
§ 47 SGB III Anordnungsermächtigung	6
§ 48 SGB III Maßnahmen der Eignungsfeststellung, Trainingsmaßnahmen.....	6
§ 49 SGB III Förderungsfähigkeit.....	6
§ 50 SGB III Maßnahmekosten	7
§ 51 SGB III Förderungs Ausschluss.....	7
§ 52 SGB III Anordnungsermächtigung	7
§ 53 SGB III Mobilitätshilfen.....	8
§ 54 SGB III Mobilitätshilfen bei Aufnahme einer Beschäftigung	8
§ 55 SGB III Anordnungsermächtigung	9
§ 57 SGB III Gründungszuschuss.....	9
§ 58 SGB III Dauer und Höhe der Förderung	9
§ 119 SGB III Arbeitslosigkeit.....	10
§ 120 SGB III Sonderfälle der Verfügbarkeit.....	10
§ 125 SGB III Minderung der Leistungsfähigkeit.....	11
§ 44 SGB V Krankengeld	12
§ 46 SGB V Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld.....	13
§ 48 SGB V Dauer des Krankengeldes	13
§ 72 SGB V Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung	14
§ 74 SGB V Stufenweise Wiedereingliederung	14

SGB I

§ 14 SGB I Beratung

¹ Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. ² Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind.

§ 35 SGB I Sozialgeheimnis

(1) ¹ Jeder hat Anspruch darauf, daß die ihn betreffenden Sozialdaten (§ [67](#) Abs. 1 Zehntes Buch) von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis). ² Die Wahrung des Sozialgeheimnisses umfaßt die Verpflichtung, auch innerhalb des Leistungsträgers sicherzustellen, daß die Sozialdaten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden. ³ Sozialdaten der Beschäftigten und ihrer Angehörigen dürfen Personen, die Personalentscheidungen treffen oder daran mitwirken können, weder zugänglich sein noch von Zugriffsberechtigten weitergegeben werden. ⁴ Der Anspruch richtet sich auch gegen die Verbände der Leistungsträger, die Arbeitsgemeinschaften der Leistungsträger und ihrer Verbände, die Datenstelle der Träger der Rentenversicherung, die in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen, gemeinsame Servicestellen, Integrationsfachdienste, die Künstlersozialkasse, die Deutsche Post AG, soweit sie mit der Berechnung oder Auszahlung von Sozialleistungen betraut ist, die Behörden der Zollverwaltung, soweit sie Aufgaben nach § 2 des Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetzes, nach § 107 Abs. 1 des Vierten Buches und § [66](#) des Zehnten Buches durchführen, die Versicherungsämter und Gemeindebehörden sowie die anerkannten Adoptionsvermittlungsstellen (§ 2 Abs. 2 des Adoptionsvermittlungsgesetzes), soweit sie Aufgaben nach diesem Gesetzbuch wahrnehmen, das Bundesamt für Güterverkehr, soweit es Aufgaben nach § 107 Abs. 1 Satz 2 des Vierten Buches durchführt, und die Stellen, die Aufgaben nach § [67 c](#) Abs. 3 des Zehnten Buches wahrnehmen. ⁵ Die Beschäftigten haben auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei den genannten Stellen das Sozialgeheimnis zu wahren.

(2) Eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten ist nur unter den Voraussetzungen des Zweiten Kapitels des Zehnten Buches zulässig.

(3) Soweit eine Übermittlung nicht zulässig ist, besteht keine Auskunftspflicht, keine Zeugnispflicht und keine Pflicht zur Vorlegung oder Auslieferung von Schriftstücken, nicht automatisierten Dateien und automatisiert erhobenen, verarbeiteten oder genutzten Sozialdaten.

(4) Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse stehen Sozialdaten gleich.

(5) ¹ Sozialdaten Verstorbener dürfen nach Maßgabe des Zweiten Kapitels des Zehnten Buches verarbeitet oder genutzt werden. ² Sie dürfen außerdem verarbeitet oder genutzt werden, wenn schutzwürdige Interessen des Verstorbenen oder seiner Angehörigen dadurch nicht beeinträchtigt werden können.

§ 60 SGB I Angabe von Tatsachen

(1) ¹ Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

² Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 61 SGB I Persönliches Erscheinen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

§ 62 SGB I Untersuchungen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

§ 63 SGB I Heilbehandlung

Wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, daß sie eine Besserung seines Gesundheitszustandes herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird.

§ 64 SGB I Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wer wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, wenn bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, daß sie seine Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit auf Dauer fördern oder erhalten werden.

§ 65 SGB I Grenzen der Mitwirkung

- (1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ [60](#) bis [64](#) bestehen nicht, soweit
1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
 2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
 3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.
- (2) Behandlungen und Untersuchungen,
1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
 2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
 3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.
- (3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen (§ [383](#) Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozeßordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

§ 65 a SGB I Aufwendungsersatz

- (1) ¹ Wer einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach den §§ [61](#) oder [62](#) nachkommt, kann auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstausfalles in angemessenem Umfang erhalten. ² Bei einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach § [61](#) sollen Aufwendungen nur in Härtefällen ersetzt werden.
- (2) Absatz 1 gilt auch, wenn der zuständige Leistungsträger ein persönliches Erscheinen oder eine Untersuchung nachträglich als notwendig anerkennt.

§ 66 SGB I Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) ¹ Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ [60](#) bis [62](#), [65](#) nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. ² Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ [62](#) bis [65](#) nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit

Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 67 SGB I Nachholung der Mitwirkung

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § 66 versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

SGB III

§ 45 SGB III Leistungen

Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitsuchende sowie Ausbildungsuchende können zur Beratung und Vermittlung unterstützende Leistungen erhalten, soweit der Arbeitgeber gleichartige Leistungen nicht oder voraussichtlich nicht erbringen wird. Als unterstützende Leistungen können Kosten

1. für die Erstellung und Versendung von Bewerbungsunterlagen (Bewerbungskosten),
2. im Zusammenhang mit Fahrten zur Berufsberatung, Vermittlung, Eignungsfeststellung und zu Vorstellungsgesprächen (Reisekosten) übernommen werden.

§ 46 SGB III Höhe

(1) Bewerbungskosten können bis zu einem Betrag von 260 Euro jährlich übernommen werden.

(2) Als Reisekosten können die berücksichtigungsfähigen Fahrkosten übernommen werden. Berücksichtigungsfähig sind die bei Benutzung eines regelmäßig verkehrenden öffentlichen Verkehrsmittels anfallenden Kosten der niedrigsten Klasse des zweckmäßigsten öffentlichen Verkehrsmittels, wobei mögliche Fahrpreisermäßigungen zu berücksichtigen sind. Bei Benutzung sonstiger Verkehrsmittel ist ein Betrag in Höhe der Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes berücksichtigungsfähig. Bei mehrtägigen Fahrten können zusätzlich für jeden vollen Kalendertag ein Betrag von 16 Euro und für den Tag des Antritts und den Tag der Beendigung der Fahrt ein Betrag von jeweils 8 Euro erbracht werden. Daneben können die Übernachtungskosten erstattet werden. Übersteigen die nachgewiesenen Übernachtungskosten je Nacht den Betrag

von 16 Euro, können sie erstattet werden, soweit sie unvermeidbar sind. Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, sind vorab um 5 Euro zu kürzen.

§ 47 SGB III Anordnungsermächtigung

Die Bundesagentur wird ermächtigt, durch Anordnung das Nähere über Voraussetzungen, Art, Umfang und Verfahren der Förderung zu bestimmen. Dabei kann die Zahlung von Pauschalen festgelegt werden.

§ 48 SGB III Maßnahmen der Eignungsfeststellung, Trainingsmaßnahmen

(1) Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitsuchende können bei Tätigkeiten und bei Teilnahme an Maßnahmen, die zur Verbesserung ihrer Eingliederungsaussichten beitragen (Maßnahmen der Eignungsfeststellung, Trainingsmaßnahmen), gefördert werden, wenn die Tätigkeit oder Maßnahme

1. geeignet und angemessen ist, die Eingliederungsaussichten des Arbeitslosen oder des von Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitssuchenden zu verbessern und
2. auf Vorschlag oder mit Einwilligung der Agentur für Arbeit erfolgt.

Die Förderung umfaßt Übernahme von Maßnahmekosten sowie bei Arbeitslosen die Leistung von Arbeitslosengeld, soweit sie eine dieser Leistungen erhalten oder beanspruchen können. Die Förderung von Arbeitslosen kann auf die Weiterleistung von Arbeitslosengeld beschränkt werden.

(2) Nach Absatz 1 können auch Maßnahmen gefördert werden, die in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen europäischen Staat durchgeführt werden, mit dem die Europäische Gemeinschaft ein Assoziierungsabkommen abgeschlossen hat, und für die Fördermittel der Europäischen Gemeinschaft geleistet werden. Nach Absatz 1 können außerdem Maßnahmen gefördert werden, die in Grenzregionen der an die Bundesrepublik Deutschland angrenzenden Staaten durchgeführt werden.

(3) Über die Tätigkeit oder die Teilnahme an einer Maßnahme soll dem Arbeitslosen oder von Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitsuchenden eine Bescheinigung ausgestellt werden, aus der sich mindestens Art und Inhalt der Tätigkeit oder Maßnahme ergeben.

§ 49 SGB III Förderungsfähigkeit

(1) Gefördert werden Maßnahmen der Eignungsfeststellung, in denen die Kenntnisse und Fähigkeiten, das Leistungsvermögen und die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten des Arbeitslosen oder von Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitsuchenden sowie sonstige, für die Eingliederung bedeutsame Umstände ermittelt werden und unter Berücksichtigung der Arbeitsmarktlage festgestellt wird, für welche berufliche Tätigkeit oder Leistung der aktiven Arbeitsförderung er geeignet ist.

(2) Gefördert werden Trainingsmaßnahmen, die

1. die Selbstsuche des Arbeitslosen oder von Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitssuchenden sowie seine Vermittlung, insbesondere durch Bewerbungstraining und Beratung über Möglichkeiten der Arbeitsplatzsuche, unterstützen oder die Arbeitsbereitschaft und Arbeitsfähigkeit des Arbeitslosen oder von Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitssuchenden prüfen,

2. dem Arbeitslosen oder von Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitssuchenden notwendige Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln, um eine Vermittlung in Arbeit oder einen erfolgreichen Abschluss einer beruflichen Aus- oder Weiterbildung erheblich zu erleichtern.

(3) Die Dauer der Maßnahmen muss ihrem Zweck und ihrem Inhalt entsprechen. Die Dauer darf in der Regel in den Fällen des

1. Absatzes 1 vier Wochen,
2. Absatzes 2 Nr. 1 zwei Wochen,
3. Absatzes 2 Nr. 2 acht Wochen

nicht übersteigen. Werden Maßnahmen in mehreren zeitlichen Abschnitten durchgeführt, zählen fünf Tage als eine Woche. Insgesamt darf die Förderung die Dauer von zwölf Wochen nicht übersteigen.

§ 50 SGB III Maßnahmekosten

Maßnahmekosten sind

1. erforderliche und angemessene Lehrgangskosten und Prüfungsgebühren,
2. berücksichtigungsfähige Fahrkosten nach § 81 Abs. 2 und 3 für die tägliche Hin- und Rückfahrt des Teilnehmers zwischen Wohnung und Maßnahmestätte und
3. Kosten für die Betreuung der aufsichtsbedürftigen Kinder des Arbeitslosen in Höhe von 130 Euro monatlich je Kind.

§ 51 SGB III Förderungsausschluss

Eine Förderung ist ausgeschlossen, wenn die Maßnahme zu einer Einstellung bei einem Arbeitgeber führen soll,

1. der den Arbeitslosen oder von Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitssuchenden in den letzten vier Jahren bereits mehr als drei Monate versicherungspflichtig beschäftigt hat,
2. der dem Arbeitslosen oder von Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitssuchenden vor Eintritt der Arbeitslosigkeit eine Beschäftigung angeboten hat,
3. von dem eine Beschäftigung üblicherweise ohne solche Tätigkeiten oder Maßnahmen erwartet werden kann oder
4. dem geeignete Fachkräfte vermittelt werden können.

§ 52 SGB III Anordnungsermächtigung

Die Bundesagentur wird ermächtigt, durch Anordnung das Nähere über Voraussetzungen, Art, Umfang und Verfahren der Förderung zu bestimmen.

§ 53 SGB III Mobilitätshilfen

(1) Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitssuchende, die eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen, können durch Mobilitätshilfen gefördert werden, soweit dies zur Aufnahme der Beschäftigung notwendig ist.

(2) Die Mobilitätshilfen bei Aufnahme einer Beschäftigung umfassen

1. Leistungen für den Lebensunterhalt bis zur ersten Arbeitsentgeltzahlung (Übergangsbeihilfe),
2. Leistungen für Arbeitskleidung und Arbeitsgerät (Ausrüstungsbeihilfe),
3. bei auswärtiger Arbeitsaufnahme die Übernahme der Kosten für
 - a) die Fahrt zum Antritt einer Arbeitsstelle (Reisekostenbeihilfe),
 - b) tägliche Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle (Fahrkostenbeihilfe),
 - c) eine getrennte Haushaltsführung (Trennungskostenbeihilfe),
 - d) einen Umzug (Umzugskostenbeihilfe).

(3) Leistungen nach Absatz 2 können an Bezieher von Arbeitslosengeld auch zur Aufnahme einer Beschäftigung im Ausland erbracht werden.

(4) Leistungen nach Absatz 2 Nr. 1, 2 und 3 Buchstaben a und d können auch an Ausbildungssuchende erbracht werden, die in ein Ausbildungsverhältnis eintreten, wenn sie bei der Agentur für Arbeit als Bewerber um eine berufliche Ausbildungsstelle gemeldet sind.

§ 54 SGB III Mobilitätshilfen bei Aufnahme einer Beschäftigung

(1) Als Übergangsbeihilfe kann ein zinsloses Darlehen in Höhe von bis zu 1 000 Euro erbracht werden. Dieses ist zwei Monate nach der Auszahlung und grundsätzlich in zehn gleich hohen Raten zurück zu zahlen.

(2) Als Ausrüstungsbeihilfe können Kosten bis zur Höhe von 260 Euro übernommen werden.

(3) Als Reisekostenbeihilfe können die berücksichtigungsfähigen Fahrkosten bis zu einem Betrag von 300 Euro übernommen werden. § 46 Abs. 2 Satz 2 und 3 ist entsprechend anzuwenden.

(4) Als Fahrkostenbeihilfe können für die ersten sechs Monate der Beschäftigung die berücksichtigungsfähigen Fahrkosten übernommen werden.

(5) Als monatliche Trennungskostenbeihilfe können für die ersten sechs Monate der Beschäftigung die Kosten bis zu einem Betrag von 260 Euro übernommen werden.

(6) Als Umzugskostenbeihilfe können die Kosten für das Befördern des Umzugsguts im Sinne des § 6 Abs. 3 Satz 1 Bundesumzugskostengesetzes von der bisherigen zur neuen Wohnung übernommen werden, wenn der Umzug innerhalb von zwei Jahren nach Aufnahme der Beschäftigung stattfindet und der Umzug durch die Aufnahme einer Beschäftigung bedingt ist, die außerhalb des nach § 121 Abs. 4 zumutbaren Tagespendelbereichs liegt.

§ 55 SGB III Anordnungsermächtigung

Die Bundesagentur wird ermächtigt, durch Anordnung das Nähere über Voraussetzungen, Art, Umfang und Verfahren der Förderung zu bestimmen.

§ 57 SGB III Gründungszuschuss

(1) Arbeitnehmer, die durch Aufnahme einer selbständigen, hauptberuflichen Tätigkeit die Arbeitslosigkeit beenden, haben zur Sicherung des Lebensunterhalts und zur sozialen Sicherung in der Zeit nach der Existenzgründung Anspruch auf einen Gründungszuschuss.

(2) Ein Gründungszuschuss wird geleistet, wenn der Arbeitnehmer

1. bis zur Aufnahme der selbständigen Tätigkeit
 - a) einen Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat oder
 - b) eine Beschäftigung ausgeübt hat, die als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme nach diesem Buch gefördert worden ist,
2. bei Aufnahme der selbständigen Tätigkeit noch über einen Anspruch auf Arbeitslosengeld von mindestens 90 Tagen verfügt,
3. der Agentur für Arbeit die Tragfähigkeit der Existenzgründung nachweist und
4. seine Kenntnisse und Fähigkeiten zur Ausübung der selbständigen Tätigkeit darlegt.

Zum Nachweis der Tragfähigkeit der Existenzgründung ist der Agentur für Arbeit die Stellungnahme einer fachkundigen Stelle vorzulegen; fachkundige Stellen sind insbesondere die Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern, berufsständische Kammern, Fachverbände und Kreditinstitute. Bestehen begründete Zweifel an den Kenntnissen und Fähigkeiten zur Ausübung der selbständigen Tätigkeit, kann die Agentur für Arbeit vom Arbeitnehmer die Teilnahme an Maßnahmen zur Eignungsfeststellung oder zur Vorbereitung der Existenzgründung verlangen.

(3) Der Gründungszuschuss wird nicht geleistet, solange Ruhestatbestände nach den §§ 142 bis 144 vorliegen oder vorgelegen hätten.

(4) Die Förderung ist ausgeschlossen, wenn nach Beendigung einer Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit nach diesem Buch noch nicht 24 Monate vergangen sind; von dieser Frist kann wegen besonderer in der Person des Arbeitnehmers liegender Gründe abgesehen werden.

(5) Geförderte Personen haben ab dem Monat, in dem sie das [bis 31.12.2007: 65. Lebensjahr] [ab 01.01.2008: Lebensjahr für den Anspruch auf Regelaltersrente im Sinne des Sechsten Buches] vollenden, keinen Anspruch auf einen Gründungszuschuss.

§ 58 SGB III Dauer und Höhe der Förderung

(1) Der Gründungszuschuss wird für die Dauer von neun Monaten in Höhe des Betrages, den der Arbeitnehmer als Arbeitslosengeld zuletzt bezogen hat, zuzüglich von monatlich 300 Euro, geleistet.

(2) Der Gründungszuschuss kann für weitere sechs Monate in Höhe von monatlich 300 Euro geleistet werden, wenn die geförderte Person ihre Geschäftstätigkeit anhand geeigneter Unterlagen darlegt. Bestehen begründete Zweifel, kann die Agentur für Arbeit die erneute Vorlage einer Stellungnahme einer fachkundigen Stelle verlangen.

§ 119 SGB III Arbeitslosigkeit

(1) Arbeitslos ist ein Arbeitnehmer, der

1. nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht (Beschäftigungslosigkeit),
2. sich bemüht, seine Beschäftigungslosigkeit zu beenden (Eigenbemühungen) und
3. den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung steht (Verfügbarkeit).

(2) Eine ehrenamtliche Betätigung schließt Arbeitslosigkeit nicht aus, wenn dadurch die berufliche Eingliederung des Arbeitslosen nicht beeinträchtigt wird.

(3) Die Ausübung einer Beschäftigung, selbstständigen Tätigkeit oder Tätigkeit als mithelfender Familienangehöriger (Erwerbstätigkeit) schließt die Beschäftigungslosigkeit nicht aus, wenn die Arbeits- oder Tätigkeitszeit (Arbeitszeit) weniger als 15 Stunden wöchentlich umfasst; gelegentliche Abweichungen von geringer Dauer bleiben unberücksichtigt. Die Arbeitszeiten mehrerer Erwerbstätigkeiten werden zusammengerechnet.

(4) Im Rahmen der Eigenbemühungen hat der Arbeitslose alle Möglichkeiten zur beruflichen Eingliederung zu nutzen. Hierzu gehören insbesondere

1. die Wahrnehmung der Verpflichtungen aus der Eingliederungsvereinbarung,
2. die Mitwirkung bei der Vermittlung durch Dritte und
3. die Inanspruchnahme der Selbstinformationseinrichtungen der Agentur für Arbeit.

(5) Den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit steht zur Verfügung, wer

1. eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende zumutbare Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarktes ausüben kann und darf,
2. Vorschlägen der Agentur für Arbeit zur beruflichen Eingliederung zeit- und ortsnahe Folge leisten kann,
3. bereit ist, jede Beschäftigung im Sinne der Nummer 1 anzunehmen und auszuüben und
4. bereit ist, an Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung in das Erwerbsleben teilzunehmen.

§ 120 SGB III Sonderfälle der Verfügbarkeit

(1) Nimmt der Leistungsberechtigte an einer Maßnahme der Eignungsfeststellung, einer Trainingsmaßnahme oder an einer Berufsfindung oder Arbeitserprobung im

Sinne des Rechts der beruflichen Rehabilitation teil, leistet er vorübergehend zur Verhütung oder Beseitigung öffentlicher Notstände Dienste, die nicht auf einem Arbeitsverhältnis beruhen, übt er eine freie Arbeit im Sinne des Artikels 293 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Strafgesetzbuch oder auf Grund einer Anordnung im Gnadenwege aus oder erbringt er gemeinnützige Leistungen oder Arbeitsleistungen nach den in Artikel 293 Abs. 3 des Einführungsgesetzes zum Strafgesetzbuch genannten Vorschriften oder auf Grund deren entsprechender Anwendung, so schließt dies die Verfügbarkeit nicht aus.

(2) Bei Schülern oder Studenten einer Schule, Hochschule oder sonstigen Ausbildungsstätte wird vermutet, dass sie nur versicherungsfreie Beschäftigungen ausüben können. Die Vermutung ist widerlegt, wenn der Schüler oder Student darlegt und nachweist, dass der Ausbildungsgang die Ausübung einer versicherungspflichtigen, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassenden Beschäftigung bei ordnungsgemäßer Erfüllung der in den Ausbildungs-, und Prüfungsbestimmungen vorgeschriebenen Anforderungen zulässt.

(3) Nimmt der Leistungsberechtigte an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung teil, für die die Voraussetzungen nach § 77 nicht erfüllt sind, schließt dies Verfügbarkeit nicht aus, wenn

1. die Agentur für Arbeit der Teilnahme zustimmt und
2. der Leistungsberechtigte seine Bereitschaft erklärt, die Maßnahme abzubrechen, sobald eine berufliche Eingliederung in Betracht kommt und zu diesem Zweck die Möglichkeit zum Abbruch mit dem Träger der Maßnahme vereinbart hat.

(4) Ist der Leistungsberechtigte nur bereit, Teilzeitbeschäftigungen auszuüben, so schließt dies Verfügbarkeit nicht aus, wenn sich die Arbeitsbereitschaft auf Teilzeitbeschäftigungen erstreckt, die versicherungspflichtig sind, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassen und den üblichen Bedingungen des für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarktes entsprechen. Eine Einschränkung auf Teilzeitbeschäftigungen aus Anlass eines konkreten Arbeits- oder Maßnahmeangebotes ist nicht zulässig. Die Einschränkung auf Heimarbeit schließt Verfügbarkeit nicht aus, wenn die Anwartschaftszeit durch eine Beschäftigung als Heimarbeiter erfüllt worden ist und der Leistungsberechtigte bereit und in der Lage ist, Heimarbeit unter den üblichen Bedingungen auf dem für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarkt auszuüben.

§ 125 SGB III Minderung der Leistungsfähigkeit

(1) Anspruch auf Arbeitslosengeld hat auch, wer allein deshalb nicht arbeitslos ist, weil er wegen einer mehr als sechsmonatigen Minderung seiner Leistungsfähigkeit versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigungen nicht unter den Bedingungen ausüben kann, die auf dem für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarkt ohne Berücksichtigung der Minderung der Leistungsfähigkeit üblich sind, wenn verminderte Erwerbsfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung nicht festgestellt worden ist. Die Feststellung, ob verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, trifft der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Kann sich der Leistungsgeminderte wegen gesundheitlicher Einschränkungen nicht persönlich arbeitslos melden, so kann die Meldung durch einen Vertreter erfolgen. Der Leistungsgeminderte hat sich unverzüglich persönlich bei der Agentur für Arbeit zu melden, sobald der Grund für die Verhinderung entfallen ist.

(2) Die Agentur für Arbeit soll den Arbeitslosen unverzüglich auffordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Stellt der Arbeitslose diesen Antrag fristgemäß, so gilt er im Zeitpunkt des Antrags auf Arbeitslosengeld als gestellt. Stellt der Arbeitslose den Antrag nicht, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld vom Tage nach Ablauf der Frist an bis zum Tage, an dem der Arbeitslose einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben oder einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung stellt. Kommt der Arbeitslose seinen Mitwirkungspflichten gegenüber dem Träger der medizinischen Rehabilitation oder der Teilhabe am Arbeitsleben nicht nach, so ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld von dem Tag nach Unterlassen der Mitwirkung bis zu dem Tag, an dem die Mitwirkung nachgeholt wird. Satz 4 gilt entsprechend, wenn der Arbeitslose durch sein Verhalten die Feststellung der Erwerbsminderung verhindert.

(3) Wird dem Arbeitslosen von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Maßnahme zur Rehabilitation Übergangsgeld oder eine Rente wegen Erwerbsminderung zuerkannt, steht der Bundesagentur ein Erstattungsanspruch entsprechend § 103 des Zehnten Buches zu. Hat der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung Leistungen nach Satz 1 mit befreiender Wirkung an den Arbeitslosen oder einen Dritten gezahlt, hat der Bezieher des Arbeitslosengeldes dieses insoweit zu erstatten.

SGB V

§ 44 SGB V Krankengeld

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) behandelt werden. [bis 31.12.2008: Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten haben keinen Anspruch auf Krankengeld; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben, und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, soweit sie abhängig und nicht nach den §§ 8 und 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind.]

[bis 31.12.2008:

(2) Die Satzung kann für freiwillig Versicherte den Anspruch auf Krankengeld ausschließen oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen.]

[ab 01.01.2009:

(2) Keinen Anspruch auf Krankengeld haben

1. die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben, und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, soweit sie abhängig beschäftigt und nicht nach den §§ 8 und 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind,

2. hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige,
3. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 des Entgeltfortzahlungsgesetzes Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben,
4. Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen, die ihrer Art nach den in § 50 Abs. 1 genannten Leistungen entspricht. Für Versicherte nach Satz 1 Nr. 4 gilt § 50 Abs. 2 entsprechend, soweit sie eine Leistung beziehen, die ihrer Art nach den in dieser Vorschrift aufgeführten Leistungen entspricht.

Für die nach Nummer 2 und 3 aufgeführten Versicherten bleibt § 53 Abs. 6 unberührt.]

(3) Der Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts bei Arbeitsunfähigkeit richtet sich nach arbeitsrechtlichen Vorschriften.

§ 46 SGB V Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht

1. bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) von ihrem Beginn an,
2. im übrigen von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt.

Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten entsteht der Anspruch auf Krankengeld von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an. Der Anspruch auf Krankengeld für die in Satz 2 genannten Versicherten entsteht bereits vor der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit zu dem von der Satzung bestimmten Zeitpunkt, spätestens jedoch mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit, [bis 30.06.2008: wenn der Versicherte gegenüber der Künstlersozialkasse eine entsprechende Erklärung abgibt und solange diese Erklärung nicht widerrufen wird.] [ab 01.07.2008: wenn der Versicherte bei seiner Krankenkasse einen Tarif nach § 53 Abs. 6 gewählt hat.] [bis 30.06.2008: Die Erklärung kann nur mit Wirkung vom Beginn eines auf ihren Eingang folgenden Kalendermonats an abgegeben und nur zum Ende eines Kalendermonats widerrufen werden. Leistungen nach Satz 3 sind nicht für Versicherungsfälle zu erbringen, die vor dem Eingang der Erklärung bei der Künstlersozialkasse eingetreten sind.]

§ 48 SGB V Dauer des Krankengeldes

(1) Versicherte erhalten Krankengeld ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens achtundsiebzig Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert.

(2) Für Versicherte, die im letzten Dreijahreszeitraum wegen derselben Krankheit für achtundsiebzig Wochen Krankengeld bezogen haben, besteht nach Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit, wenn sie bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind und in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate

1. nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig waren und
2. erwerbstätig waren oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung standen.

(3) Bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.

§ 72 SGB V Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

(1) Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, daß eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

(3) Für die knappschaftliche Krankenversicherung gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend, soweit das Verhältnis zu den Ärzten nicht durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nach den örtlichen Verhältnissen geregelt ist.

§ 74 SGB V Stufenweise Wiedereingliederung

Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, soll der Arzt auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die Stellungnahme des Betriebsarztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (§ 275) einholen.

§§ BetrVG, BDSG, BGB, EFZG, KSchG

§ 79 BetrVG Geheimhaltungspflicht	2
§ 1 BDSG Zweck und Anwendungsbereich des Gesetzes.....	2
§ 4 a BDSG Einwilligung	3
§ 28 BDSG Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für eigene Zwecke	3
§ 43 BDSG Bußgeldvorschriften	6
§ 121 BGB Anfechtungsfrist.....	7
§ 130 BGB Wirksamwerden der Willenserklärung gegenüber Abwesenden.....	7
§ 187 BGB Fristbeginn	7
§ 188 BGB Fristende.....	8
§ 191 BGB Berechnung von Zeiträumen.....	8
§ 3 EFZG Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	8
§ 5 EFZG Anzeige- und Nachweispflichten.....	9
§ 1 KSchG Sozial ungerechtfertigte Kündigungen.....	9

BetrVG

§ 79 BetrVG Geheimhaltungspflicht

(1) ¹ Die Mitglieder und Ersatzmitglieder des Betriebsrats sind verpflichtet, Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse, die ihnen wegen ihrer Zugehörigkeit zum Betriebsrat bekannt geworden und vom Arbeitgeber ausdrücklich als geheimhaltungsbedürftig bezeichnet worden sind, nicht zu offenbaren und nicht zu verwerten. ² Dies gilt auch nach dem Ausscheiden aus dem Betriebsrat. ³ Die Verpflichtung gilt nicht gegenüber Mitgliedern des Betriebsrats. ⁴ Sie gilt ferner nicht gegenüber dem Gesamtbetriebsrat, dem Konzernbetriebsrat, der Bordvertretung, dem Seebetriebsrat und den Arbeitnehmervetretern im Aufsichtsrat sowie im Verfahren vor der Einigungsstelle, der tariflichen Schlichtungsstelle (§ 76 Abs. 8) oder einer betrieblichen Beschwerdestelle (§ 86).

(2) Absatz 1 gilt sinngemäß für die Mitglieder und Ersatzmitglieder des Gesamtbetriebsrats, des Konzernbetriebsrats, der Jugend- und Auszubildendenvertretung, der Gesamt-Jugend- und Auszubildendenvertretung, der Konzern-Jugend- und Auszubildendenvertretung, des Wirtschaftsausschusses, der Bordvertretung, des Seebetriebsrats, der gemäß § 3 Abs. 1 gebildeten Vertretungen der Arbeitnehmer, der Einigungsstelle, der tariflichen Schlichtungsstelle (§ 76 Abs. 8) und einer betrieblichen Beschwerdestelle (§ 86) sowie für die Vertreter von Gewerkschaften oder von Arbeitgebervereinigungen.

BDSG

§ 1 BDSG Zweck und Anwendungsbereich des Gesetzes

(1) Zweck dieses Gesetzes ist es, den Einzelnen davor zu schützen, dass er durch den Umgang mit seinen personenbezogenen Daten in seinem Persönlichkeitsrecht beeinträchtigt wird.

(2) Dieses Gesetz gilt für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten durch

1. öffentliche Stellen des Bundes,

2. öffentliche Stellen der Länder, soweit der Datenschutz nicht durch Landesgesetz geregelt ist und soweit sie

a) Bundesrecht ausführen oder

b) als Organe der Rechtspflege tätig werden und es sich nicht um Verwaltungsangelegenheiten handelt,

3. nicht-öffentliche Stellen, soweit sie die Daten unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen verarbeiten, nutzen oder dafür erheben oder die Daten in oder aus nicht automatisierten Dateien verarbeiten, nutzen oder dafür erheben, es sei denn, die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung der Daten erfolgt ausschließlich für persönliche oder familiäre Tätigkeiten.

(3) ¹ Soweit andere Rechtsvorschriften des Bundes auf personenbezogene Daten einschließlich deren Veröffentlichung anzuwenden sind, gehen sie den Vorschriften dieses Gesetzes vor. ² Die Verpflichtung zur Wahrung gesetzlicher

Geheimhaltungspflichten oder von Berufs- oder besonderen Amtsgeheimnissen, die nicht auf gesetzlichen Vorschriften beruhen, bleibt unberührt.

(4) Die Vorschriften dieses Gesetzes gehen denen des
Verwaltungsverfahrensgesetzes vor, soweit bei der Ermittlung des Sachverhalts
personenbezogene Daten verarbeitet werden.

(5) ¹ Dieses Gesetz findet keine Anwendung, sofern eine in einem anderen
Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des
Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum belegene verantwortliche
Stelle personenbezogene Daten im Inland erhebt, verarbeitet oder nutzt, es sei denn,
dies erfolgt durch eine Niederlassung im Inland. ² Dieses Gesetz findet Anwendung,
sofern eine verantwortliche Stelle, die nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen
Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen
Wirtschaftsraum belegen ist, personenbezogene Daten im Inland erhebt, verarbeitet
oder nutzt. ³ Soweit die verantwortliche Stelle nach diesem Gesetz zu nennen ist,
sind auch Angaben über im Inland ansässige Vertreter zu machen. ⁴ Die Sätze 2 und
3 gelten nicht, sofern Datenträger nur zum Zweck des Transits durch das Inland
eingesetzt werden. ⁵ § 38 Abs. 1 Satz 1 bleibt unberührt.

§ 4 a BDSG Einwilligung

(1) ¹ Die Einwilligung ist nur wirksam, wenn sie auf der freien Entscheidung des
Betroffenen beruht. ² Er ist auf den vorgesehenen Zweck der Erhebung, Verarbeitung
oder Nutzung sowie, soweit nach den Umständen des Einzelfalles erforderlich oder
auf Verlangen, auf die Folgen der Verweigerung der Einwilligung hinzuweisen. ³ Die
Einwilligung bedarf der Schriftform, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine
andere Form angemessen ist. ⁴ Soll die Einwilligung zusammen mit anderen
Erklärungen schriftlich erteilt werden, ist sie besonders hervorzuheben.

(2) ¹ Im Bereich der wissenschaftlichen Forschung liegt ein besonderer Umstand im
Sinne von Absatz 1 Satz 3 auch dann vor, wenn durch die Schriftform der bestimmte
Forschungszweck erheblich beeinträchtigt würde. ² In diesem Fall sind der Hinweis
nach Absatz 1 Satz 2 und die Gründe, aus denen sich die erhebliche
Beeinträchtigung des bestimmten Forschungszwecks ergibt, schriftlich festzuhalten.

(3) Soweit besondere Arten personenbezogener Daten (§ 3 Abs. 9) erhoben,
verarbeitet oder genutzt werden, muss sich die Einwilligung darüber hinaus
ausdrücklich auf diese Daten beziehen.

§ 28 BDSG Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für eigene Zwecke

(1) ¹ Das Erheben, Speichern, Verändern oder Übermitteln personenbezogener
Daten oder ihre Nutzung als Mittel für die Erfüllung eigener Geschäftszwecke ist
zulässig,

1. wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder
vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses mit dem Betroffenen dient,

2. soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle
erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige
Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung
überwiegt, oder

3. wenn die Daten allgemein zugänglich sind oder die verantwortliche Stelle sie veröffentlichen dürfte, es sei denn, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung gegenüber dem berechtigten Interesse der verantwortlichen Stelle offensichtlich überwiegt.

² Bei der Erhebung personenbezogener Daten sind die Zwecke, für die die Daten verarbeitet oder genutzt werden sollen, konkret festzulegen.

(2) Für einen anderen Zweck dürfen sie nur unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 übermittelt oder genutzt werden.

(3) ¹ Die Übermittlung oder Nutzung für einen anderen Zweck ist auch zulässig:

1. soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen eines Dritten oder
2. zur Abwehr von Gefahren für die staatliche und öffentliche Sicherheit sowie zur Verfolgung von Straftaten erforderlich ist, oder
3. für Zwecke der Werbung, der Markt- und Meinungsforschung, wenn es sich um listenmäßig oder sonst zusammengefasste Daten über Angehörige einer Personengruppe handelt, die sich auf
 - a) eine Angabe über die Zugehörigkeit des Betroffenen zu dieser Personengruppe,
 - b) Berufs-, Branchen- oder Geschäftsbezeichnung,
 - c) Namen,
 - d) Titel,
 - e) akademische Grade,
 - f) Anschrift und
 - g) Geburtsjahr

beschränkt und kein Grund zu der Annahme besteht, dass der Betroffene ein schutzwürdiges Interesse an dem Ausschluss der Übermittlung oder Nutzung hat, oder

4. wenn es im Interesse einer Forschungseinrichtung zur Durchführung wissenschaftlicher Forschung erforderlich ist, das wissenschaftliche Interesse an der Durchführung des Forschungsvorhabens das Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Zweckänderung erheblich überwiegt und der Zweck der Forschung auf andere Weise nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand erreicht werden kann.

² In den Fällen des Satzes 1 Nr. 3 ist anzunehmen, dass dieses Interesse besteht, wenn im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses gespeicherte Daten übermittelt werden sollen, die sich

1. auf strafbare Handlungen,
2. auf Ordnungswidrigkeiten sowie
3. bei Übermittlung durch den Arbeitgeber auf arbeitsrechtliche Rechtsverhältnisse beziehen.

(4) ¹ Widerspricht der Betroffene bei der verantwortlichen Stelle der Nutzung oder Übermittlung seiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung, ist eine Nutzung oder Übermittlung für diese Zwecke unzulässig.

² Der Betroffene ist bei der Ansprache zum Zweck der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung über die verantwortliche Stelle sowie über das Widerspruchsrecht nach Satz 1 zu unterrichten; soweit der Ansprechende personenbezogene Daten des Betroffenen nutzt, die bei einer ihm nicht bekannten Stelle gespeichert sind, hat er auch sicherzustellen, dass der Betroffene Kenntnis über die Herkunft der Daten erhalten kann. ³ Widerspricht der Betroffene bei dem Dritten, dem die Daten nach Absatz 3 übermittelt werden, der Verarbeitung oder Nutzung für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung, hat dieser die Daten für diese Zwecke zu sperren.

(5) ¹ Der Dritte, dem die Daten übermittelt worden sind, darf diese nur für den Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dessen Erfüllung sie ihm übermittelt werden. ² Eine Verarbeitung oder Nutzung für andere Zwecke ist nicht-öffentlichen Stellen nur unter den Voraussetzungen der Absätze 2 und 3 und öffentlichen Stellen nur unter den Voraussetzungen des § 14 Abs. 2 erlaubt. ³ Die übermittelnde Stelle hat ihn darauf hinzuweisen.

(6) Das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von besonderen Arten personenbezogener Daten (§ 3 Abs. 9) für eigene Geschäftszwecke ist zulässig, soweit nicht der Betroffene nach Maßgabe des § 4 a Abs. 3 eingewilligt hat, wenn

1. dies zum Schutz lebenswichtiger Interessen des Betroffenen oder eines Dritten erforderlich ist, sofern der Betroffene aus physischen oder rechtlichen Gründen außerstande ist, seine Einwilligung zu geben,
2. es sich um Daten handelt, die der Betroffene offenkundig öffentlich gemacht hat,
3. dies zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung rechtlicher Ansprüche erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung überwiegt, oder
4. dies zur Durchführung wissenschaftlicher Forschung erforderlich ist, das wissenschaftliche Interesse an der Durchführung des Forschungsvorhabens das Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung erheblich überwiegt und der Zweck der Forschung auf andere Weise nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand erreicht werden kann.

(7) ¹ Das Erheben von besonderen Arten personenbezogener Daten (§ 3 Abs. 9) ist ferner zulässig, wenn dies zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder Behandlung oder für die Verwaltung von Gesundheitsdiensten erforderlich ist und die Verarbeitung dieser Daten durch ärztliches Personal oder durch sonstige Personen erfolgt, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen. ² Die Verarbeitung und Nutzung von Daten zu den in Satz 1 genannten Zwecken richtet sich nach den für die in Satz 1 genannten Personen geltenden Geheimhaltungspflichten. ³ Werden zu einem in Satz 1 genannten Zweck Daten über die Gesundheit von Personen durch Angehörige eines anderen als in § 203 Abs. 1 und 3 des Strafgesetzbuchs genannten Berufes, dessen Ausübung die Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten oder die Herstellung oder den Vertrieb von Hilfsmitteln mit sich bringt, erhoben, verarbeitet oder genutzt, ist dies nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen ein Arzt selbst hierzu befugt wäre.

(8) ¹ Für einen anderen Zweck dürfen die besonderen Arten personenbezogener Daten (§ 3 Abs. 9) nur unter den Voraussetzungen des Absatzes 6 Nr. 1 bis 4 oder des Absatzes 7 Satz 1 übermittelt oder genutzt werden. ² Eine Übermittlung oder

Nutzung ist auch zulässig, wenn dies zur Abwehr von erheblichen Gefahren für die staatliche und öffentliche Sicherheit sowie zur Verfolgung von Straftaten von erheblicher Bedeutung erforderlich ist.

(9) ¹ Organisationen, die politisch, philosophisch, religiös oder gewerkschaftlich ausgerichtet sind und keinen Erwerbszweck verfolgen, dürfen besondere Arten personenbezogener Daten (§ 3 Abs. 9) erheben, verarbeiten oder nutzen, soweit dies für die Tätigkeit der Organisation erforderlich ist. ² Dies gilt nur für personenbezogene Daten ihrer Mitglieder oder von Personen, die im Zusammenhang mit deren Tätigkeitszweck regelmäßig Kontakte mit ihr unterhalten. ³ Die Übermittlung dieser personenbezogenen Daten an Personen oder Stellen außerhalb der Organisation ist nur unter den Voraussetzungen des § 4 a Abs. 3 zulässig. ⁴ Absatz 3 Nr. 2 gilt entsprechend.

§ 43 BDSG Bußgeldvorschriften

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 4 d Abs. 1, auch in Verbindung mit § 4 e Satz 2, eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig macht,
2. entgegen § 4 f Abs. 1 Satz 1 oder 2, jeweils auch in Verbindung mit Satz 3 und 6, einen Beauftragten für den Datenschutz nicht, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig bestellt,
3. entgegen § 28 Abs. 4 Satz 2 den Betroffenen nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig unterrichtet oder nicht sicherstellt, dass der Betroffene Kenntnis erhalten kann,
4. entgegen § 28 Abs. 5 Satz 2 personenbezogene Daten übermittelt oder nutzt,
5. entgegen § 29 Abs. 2 Satz 3 oder 4 die dort bezeichneten Gründe oder die Art und Weise ihrer glaubhaften Darlegung nicht aufzeichnet,
6. entgegen § 29 Abs. 3 Satz 1 personenbezogene Daten in elektronische oder gedruckte Adress-, Rufnummern-, Branchen- oder vergleichbare Verzeichnisse aufnimmt,
7. entgegen § 29 Abs. 3 Satz 2 die Übernahme von Kennzeichnungen nicht sicherstellt,
8. entgegen § 33 Abs. 1 den Betroffenen nicht, nicht richtig oder nicht vollständig benachrichtigt,
9. entgegen § 35 Abs. 6 Satz 3 Daten ohne Gegendarstellung übermittelt,
10. entgegen § 38 Abs. 3 Satz 1 oder Abs. 4 Satz 1 eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder eine Maßnahme nicht duldet oder
11. einer vollziehbaren Anordnung nach § 38 Abs. 5 Satz 1 zuwiderhandelt.

(2) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. unbefugt personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, erhebt oder verarbeitet,
2. unbefugt personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, zum Abruf mittels automatisierten Verfahrens bereithält,

3. unbefugt personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, abrufft oder sich oder einem anderen aus automatisierten Verarbeitungen oder nicht automatisierten Dateien verschafft,
 4. die Übermittlung von personenbezogenen Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, durch unrichtige Angaben erschleicht,
 5. entgegen § 16 Abs. 4 Satz 1, § 28 Abs. 5 Satz 1, auch in Verbindung mit § 29 Abs. 4, § 39 Abs. 1 Satz 1 oder § 40 Abs. 1, die übermittelten Daten für andere Zwecke nutzt, indem er sie an Dritte weitergibt, oder
 6. entgegen § 30 Abs. 1 Satz 2 die in § 30 Abs. 1 Satz 1 bezeichneten Merkmale oder entgegen § 40 Abs. 2 Satz 3 die in § 40 Abs. 2 Satz 2 bezeichneten Merkmale mit den Einzelangaben zusammenführt.
- (3) Die Ordnungswidrigkeit kann im Fall des Absatzes 1 mit einer Geldbuße bis zu fünfundzwanzigtausend Euro, in den Fällen des Absatzes 2 mit einer Geldbuße bis zu zweihundertfünfzigtausend Euro geahndet werden.

BGB

§ 121 BGB Anfechtungsfrist

- (1) ¹ Die Anfechtung muss in den Fällen der §§ 119, 120 ohne schuldhaftes Zögern (unverzüglich) erfolgen, nachdem der Anfechtungsberechtigte von dem Anfechtungsgrund Kenntnis erlangt hat. ² Die einem Abwesenden gegenüber erfolgte Anfechtung gilt als rechtzeitig erfolgt, wenn die Anfechtungserklärung unverzüglich abgesendet worden ist.
- (2) Die Anfechtung ist ausgeschlossen, wenn seit der Abgabe der Willenserklärung zehn Jahre verstrichen sind.

§ 130 BGB Wirksamwerden der Willenserklärung gegenüber Abwesenden

- (1) ¹ Eine Willenserklärung, die einem anderen gegenüber abzugeben ist, wird, wenn sie in dessen Abwesenheit abgegeben wird, in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ihm zugeht. ² Sie wird nicht wirksam, wenn dem anderen vorher oder gleichzeitig ein Widerruf zugeht.
- (2) Auf die Wirksamkeit der Willenserklärung ist es ohne Einfluss, wenn der Erklärende nach der Abgabe stirbt oder geschäftsunfähig wird.
- (3) Diese Vorschriften finden auch dann Anwendung, wenn die Willenserklärung einer Behörde gegenüber abzugeben ist.

§ 187 BGB Fristbeginn

- (1) Ist für den Anfang einer Frist ein Ereignis oder ein in den Lauf eines Tages fallender Zeitpunkt maßgebend, so wird bei der Berechnung der Frist der Tag nicht mitgerechnet, in welchen das Ereignis oder der Zeitpunkt fällt.

(2) ¹ Ist der Beginn eines Tages der für den Anfang einer Frist maßgebende Zeitpunkt, so wird dieser Tag bei der Berechnung der Frist mitgerechnet. ² Das Gleiche gilt von dem Tage der Geburt bei der Berechnung des Lebensalters.

§ 188 BGB Fristende

(1) Eine nach Tagen bestimmte Frist endet mit dem Ablauf des letzten Tages der Frist.

(2) Eine Frist, die nach Wochen, nach Monaten oder nach einem mehrere Monate umfassenden Zeitraum - Jahr, halbes Jahr, Vierteljahr - bestimmt ist, endet im Falle des § 187 Abs. 1 mit dem Ablauf desjenigen Tages der letzten Woche oder des letzten Monats, welcher durch seine Benennung oder seine Zahl dem Tage entspricht, in den das Ereignis oder der Zeitpunkt fällt, im Falle des § 187 Abs. 2 mit dem Ablauf desjenigen Tages der letzten Woche oder des letzten Monats, welcher dem Tage vorhergeht, der durch seine Benennung oder seine Zahl dem Anfangstag der Frist entspricht.

(3) Fehlt bei einer nach Monaten bestimmten Frist in dem letzten Monat der für ihren Ablauf maßgebende Tag, so endet die Frist mit dem Ablauf des letzten Tages dieses Monats.

§ 191 BGB Berechnung von Zeiträumen

Ist ein Zeitraum nach Monaten oder nach Jahren in dem Sinne bestimmt, dass er nicht zusammenhängend zu verlaufen braucht, so wird der Monat zu 30, das Jahr zu 365 Tagen gerechnet.

EFZG

§ 3 EFZG Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

(1) ¹ Wird ein Arbeitnehmer durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit an seiner Arbeitsleistung verhindert, ohne daß ihn ein Verschulden trifft, so hat er Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von sechs Wochen. ² Wird der Arbeitnehmer infolge derselben Krankheit erneut arbeitsunfähig, so verliert er wegen der erneuten Arbeitsunfähigkeit den Anspruch nach Satz 1 für einen weiteren Zeitraum von höchstens sechs Wochen nicht, wenn

1. er vor der erneuten Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Monate nicht infolge derselben Krankheit arbeitsunfähig war oder
2. seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit eine Frist von zwölf Monaten abgelaufen ist.

(2) ¹ Als unverschuldete Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Absatzes 1 gilt auch eine Arbeitsverhinderung, die infolge einer nicht rechtswidrigen Sterilisation oder eines nicht rechtswidrigen Abbruchs der Schwangerschaft eintritt. ² Dasselbe gilt für einen Abbruch der Schwangerschaft, wenn die Schwangerschaft innerhalb von zwölf

Wochen nach der Empfängnis durch einen Arzt abgebrochen wird, die schwangere Frau den Abbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nachgewiesen hat, daß sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff von einer anerkannten Beratungsstelle hat beraten lassen.

(3) Der Anspruch nach Absatz 1 entsteht nach vierwöchiger ununterbrochener Dauer des Arbeitsverhältnisses.

§ 5 EFZG Anzeige- und Nachweispflichten

(1) ¹ Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. ² Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Kalendertage, hat der Arbeitnehmer eine ärztliche Bescheinigung über das Bestehen der Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer spätestens an dem darauffolgenden Arbeitstag vorzulegen. ³ Der Arbeitgeber ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung früher zu verlangen. ⁴ Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als in der Bescheinigung angegeben, ist der Arbeitnehmer verpflichtet, eine neue ärztliche Bescheinigung vorzulegen. ⁵ Ist der Arbeitnehmer Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, muß die ärztliche Bescheinigung einen Vermerk des behandelnden Arztes darüber enthalten, daß der Krankenkasse unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über den Befund und die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt wird.

(2) ¹ Hält sich der Arbeitnehmer bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Ausland auf, so ist er verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit, deren voraussichtliche Dauer und die Adresse am Aufenthaltsort in der schnellstmöglichen Art der Übermittlung mitzuteilen. ² Die durch die Mitteilung entstehenden Kosten hat der Arbeitgeber zu tragen. ³ Darüber hinaus ist der Arbeitnehmer, wenn er Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, verpflichtet, auch dieser die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich anzuzeigen. ⁴ Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als angezeigt, so ist der Arbeitnehmer verpflichtet, der gesetzlichen Krankenkasse die voraussichtliche Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen. ⁵ Die gesetzlichen Krankenkassen können festlegen, daß der Arbeitnehmer Anzeige- und Mitteilungspflichten nach den Sätzen 3 und 4 auch gegenüber einem ausländischen Sozialversicherungsträger erfüllen kann. ⁶ Absatz 1 Satz 5 gilt nicht. ⁷ Kehrt ein arbeitsunfähig erkrankter Arbeitnehmer in das Inland zurück, so ist er verpflichtet, dem Arbeitgeber und der Krankenkasse seine Rückkehr unverzüglich anzuzeigen.

KSchG

§ 1 KSchG Sozial ungerechtfertigte Kündigungen

(1) Die Kündigung des Arbeitsverhältnisses gegenüber einem Arbeitnehmer, dessen Arbeitsverhältnis in demselben Betrieb oder Unternehmen ohne Unterbrechung länger als sechs Monate bestanden hat, ist rechtsunwirksam, wenn sie sozial ungerechtfertigt ist.

(2) ¹ Sozial ungerechtfertigt ist die Kündigung, wenn sie nicht durch Gründe, die in der Person oder in dem Verhalten des Arbeitnehmers liegen, oder durch dringende betriebliche Erfordernisse, die einer Weiterbeschäftigung des Arbeitnehmers in

diesem Betrieb entgegenstehen, bedingt ist. ² Die Kündigung ist auch sozial ungerechtfertigt, wenn

1. in Betrieben des privaten Rechts

a) die Kündigung gegen eine Richtlinie nach § 95 des Betriebsverfassungsgesetzes verstößt,

b) der Arbeitnehmer an einem anderen Arbeitsplatz in demselben Betrieb oder in einem anderen Betrieb des Unternehmens weiterbeschäftigt werden kann

und der Betriebsrat oder eine andere nach dem Betriebsverfassungsgesetz insoweit zuständige Vertretung der Arbeitnehmer aus einem dieser Gründe der Kündigung innerhalb der Frist des § 102 Abs. 2 Satz 1 des Betriebsverfassungsgesetzes schriftlich widersprochen hat,

2. in Betrieben und Verwaltungen des öffentlichen Rechts

a) die Kündigung gegen eine Richtlinie über die personelle Auswahl bei Kündigungen verstößt,

b) der Arbeitnehmer an einem anderen Arbeitsplatz in derselben Dienststelle oder in einer anderen Dienststelle desselben Verwaltungszweiges an demselben Dienstort einschließlich seines Einzugsgebietes weiterbeschäftigt werden kann

und die zuständige Personalvertretung aus einem dieser Gründe fristgerecht gegen die Kündigung Einwendungen erhoben hat, es sei denn, daß die Stufenvertretung in der Verhandlung mit der übergeordneten Dienststelle die Einwendungen nicht aufrechterhalten hat.

³ Satz 2 gilt entsprechend, wenn die Weiterbeschäftigung des Arbeitnehmers nach zumutbaren Umschulungs- oder Fortbildungsmaßnahmen oder eine Weiterbeschäftigung des Arbeitnehmers unter geänderten Arbeitsbedingungen möglich ist und der Arbeitnehmer sein Einverständnis hiermit erklärt hat. ⁴ Der Arbeitgeber hat die Tatsachen zu beweisen, die die Kündigung bedingen.

(3) ¹ Ist einem Arbeitnehmer aus dringenden betrieblichen Erfordernissen im Sinne des Absatzes 2 gekündigt worden, so ist die Kündigung trotzdem sozial ungerechtfertigt, wenn der Arbeitgeber bei der Auswahl des Arbeitnehmers die Dauer der Betriebszugehörigkeit, das Lebensalter, die Unterhaltspflichten und die Schwerbehinderung des Arbeitnehmers nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt hat; auf Verlangen des Arbeitnehmers hat der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer die Gründe anzugeben, die zu der getroffenen sozialen Auswahl geführt haben. ² In die soziale Auswahl nach Satz 1 sind Arbeitnehmer nicht einzubeziehen, deren Weiterbeschäftigung, insbesondere wegen ihrer Kenntnisse, Fähigkeiten und Leistungen oder zur Sicherung einer ausgewogenen Personalstruktur des Betriebes, im berechtigten betrieblichen Interesse liegt. ³ Der Arbeitnehmer hat die Tatsachen zu beweisen, die die Kündigung als sozial ungerechtfertigt im Sinne des Satzes 1 erscheinen lassen.

(4) Ist in einem Tarifvertrag, in einer Betriebsvereinbarung nach § 95 des Betriebsverfassungsgesetzes oder in einer entsprechenden Richtlinie nach den Personalvertretungsgesetzen festgelegt, wie die sozialen Gesichtspunkte nach Absatz 3 Satz 1 im Verhältnis zueinander zu bewerten sind, so kann die Bewertung nur auf grobe Fehlerhaftigkeit überprüft werden.

(5) ¹ Sind bei einer Kündigung auf Grund einer Betriebsänderung nach § 111 des Betriebsverfassungsgesetzes die Arbeitnehmer, denen gekündigt werden soll, in einem Interessenausgleich zwischen Arbeitgeber und Betriebsrat namentlich bezeichnet, so wird vermutet, dass die Kündigung durch dringende betriebliche Erfordernisse im Sinne des Absatzes 2 bedingt ist. ² Die soziale Auswahl der Arbeitnehmer kann nur auf grobe Fehlerhaftigkeit überprüft werden. ³ Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, soweit sich die Sachlage nach Zustandekommen des Interessenausgleichs wesentlich geändert hat. ⁴ Der Interessenausgleich nach Satz 1 ersetzt die Stellungnahme des Betriebsrates nach § 17 Abs. 3 Satz 2.

weitere Paragraphen

§ 2 Kraftfahrzeughilfe – Verordnung Leistungen.....	2
§ 16 Zweites Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Eingliederung.....	2
§ 10 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch Persönliche Voraussetzungen.....	3
§ 11 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch Versicherungsrechtliche Voraussetzungen....	4
§ 20 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch Anspruch.....	4
§ 21 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch Höhe und Berechnung.....	5
§ 67 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch Begriffsbestimmungen.....	6
§ 203 Strafgesetzbuch Verletzung von Privatgeheimnissen	7
§ 9 Teilzeit- und Befristungsgesetz Verlängerung der Arbeitszeit.....	9

Kraftfahrzeughilfe – Verordnung

§ 2 Kraftfahrzeughilfe – Verordnung Leistungen

(1) Die Kraftfahrzeughilfe umfaßt Leistungen

1. zur Beschaffung eines Kraftfahrzeugs,
2. für eine behinderungsbedingte Zusatzausstattung,
3. zur Erlangung einer Fahrerlaubnis.

(2) Die Leistungen werden als Zuschüsse und nach Maßgabe des § 9 als Darlehen erbracht.

Zweites Buch Sozialgesetzbuch

§ 16 Zweites Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Eingliederung

(1) ¹ Zur Eingliederung in Arbeit erbringt die Agentur für Arbeit Leistungen nach § 35 des Dritten Buches. ² Sie kann die übrigen im Dritten Kapitel, im Ersten bis Dritten und Sechsten Abschnitt des Vierten Kapitels, im Fünften Kapitel, im Ersten, Fünften und Siebten Abschnitt des Sechsten Kapitels und die in den §§ 417, 421 f, 421 g, 421 i, 421 k, 421 m und 421 n des Dritten Buches geregelten Leistungen erbringen. ³ Für Eingliederungsleistungen an erwerbsfähige behinderte Hilfebedürftige nach diesem Buch gelten die §§ 97 bis 99, 100 Nr. 1 bis 3 und 6, § 101 Abs. 1, 2 und 5, die §§ 102, 103 Satz 1 Nr. 3, Satz 2, die §§ 109 und 111 des Dritten Buches entsprechend. ⁴ Die §§ 8, 36, 37 Abs. 4 und § 41 Abs. 3 Satz 4 des Dritten Buches sind entsprechend anzuwenden. ⁵ Aktivierungshilfen nach § 241 Abs. 3 a und § 243 Abs. 2 des Dritten Buches können in Höhe der Gesamtkosten gefördert werden. ⁶ Die Arbeitsgelegenheiten nach diesem Buch stehen den in § 421 f Abs. 1 Nr. 1 des Dritten Buches genannten Maßnahmen der öffentlich geförderten Beschäftigung und den in § 421 g Abs. 1 Satz 1 des Dritten Buches genannten Arbeitsbeschaffungs- und Strukturanpassungsmaßnahmen gleich.

(1 a) Soweit dieses Buch nichts Abweichendes regelt, gelten für die Leistungen nach Absatz 1 die Voraussetzungen und Rechtsfolgen des Dritten Buches mit Ausnahme der Anordnungsermächtigungen für die Bundesagentur und mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Arbeitslosengeldes das Arbeitslosengeld II tritt.

(1 b) ¹ Die Agentur für Arbeit als Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende kann die Ausbildungsvermittlung durch die für die Arbeitsförderung zuständigen Stellen der Bundesagentur wahrnehmen lassen. ² Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Höhe, Möglichkeiten der Pauschalierung und den Zeitpunkt der Fälligkeit der Erstattung von Aufwendungen bei der Ausführung des Auftrags nach Satz 1 festzulegen.

(2) ¹ Über die in Absatz 1 genannten Leistungen hinaus können weitere Leistungen erbracht werden, die für die Eingliederung des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in das Erwerbsleben erforderlich sind; die weiteren Leistungen dürfen die Leistungen nach Absatz 1 nicht aufstocken. ² Zu den weiteren Leistungen gehören insbesondere

1. die Betreuung minderjähriger oder behinderter Kinder oder die häusliche Pflege von Angehörigen,
2. die Schuldnerberatung,
3. die psychosoziale Betreuung,
4. die Suchtberatung,
5. das Einstiegs geld nach § **29**,
6. Leistungen nach dem Altersteilzeitgesetz.

(3) ¹ Für erwerbsfähige Hilfebedürftige, die keine Arbeit finden können, sollen Arbeitsgelegenheiten geschaffen werden. ² Werden Gelegenheiten für im öffentlichen Interesse liegende, zusätzliche Arbeiten nicht nach Absatz 1 als Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen gefördert, ist den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zuzüglich zum Arbeitslosengeld II eine angemessene Entschädigung für Mehraufwendungen zu zahlen; diese Arbeiten begründen kein Arbeitsverhältnis im Sinne des Arbeitsrechts; die Vorschriften über den Arbeitsschutz und das Bundesurlaubsgesetz mit Ausnahme der Regelungen über das Urlaubsentgelt sind entsprechend anzuwenden; für Schäden bei der Ausübung ihrer Tätigkeit haften erwerbsfähige Hilfebedürftige nur wie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

(4) Entfällt die Hilfebedürftigkeit des Erwerbsfähigen während einer Maßnahme zur Eingliederung nach den Absätzen 1 bis 3, kann sie durch Darlehen weiter gefördert werden, wenn dies wirtschaftlich erscheint und der Erwerbsfähige die Maßnahme voraussichtlich erfolgreich abschließen wird.

Sechstes Buch Sozialgesetzbuch

§ 10 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch Persönliche Voraussetzungen

(1) Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,

1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
2. bei denen voraussichtlich
 - a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann,
 - b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann,
 - c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann.

(2) Für Leistungen zur Teilhabe haben auch Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,

1. die im Bergbau vermindert berufsfähig sind und bei denen voraussichtlich durch die Leistungen die Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann oder
2. bei denen der Eintritt von im Bergbau verminderter Berufsfähigkeit droht und bei denen voraussichtlich durch die Leistungen der Eintritt der im Bergbau verminderten Berufsfähigkeit abgewendet werden kann.

§ 11 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

(1) Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, die bei Antragstellung

1. die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
2. eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen.

(2) Für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen auch erfüllt, die

1. in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben,
2. innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind oder
3. vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn sie die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

§ 55 Abs. 2 ist entsprechend anzuwenden.

(2a) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden an Versicherte auch erbracht,

1. wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre oder
2. wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich sind.

(3) Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen haben auch überlebende Ehegatten erfüllt, die Anspruch auf große Witwenrente oder große Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben. Sie gelten für die Vorschriften dieses Abschnitts als Versicherte.

§ 20 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch Anspruch

Anspruch auf Übergangsgeld haben Versicherte, die

1. von einem Träger der Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder sonstige Leistungen zur Teilhabe erhalten,
2. (weggefallen)

3. bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder sonstigen Leistungen zur Teilhabe unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder, wenn sie nicht arbeitsunfähig sind, unmittelbar vor Beginn der Leistungen

a) Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt und im Bemessungszeitraum Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben oder

b) Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Mutterschaftsgeld bezogen haben und für die von dem der Sozialleistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen oder im Falle des Bezugs von Arbeitslosengeld II zuvor aus Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt worden sind.

§ 21 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch Höhe und Berechnung

(1) Höhe und Berechnung des Übergangsgeldes bestimmen sich nach Teil 1 Kapitel 6 des Neunten Buches, soweit die Absätze 2 bis 4 nichts Abweichendes bestimmen.

(2) Die Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld wird für Versicherte, die Arbeitseinkommen erzielt haben, und für freiwillig Versicherte, die Arbeitsentgelt erzielt haben, aus 80 vom Hundert des Einkommens ermittelt, das den vor Beginn der Leistungen für das letzte Kalenderjahr (Bemessungszeitraum) gezahlten Beiträgen zugrunde liegt.

(3) § 49 des Neunten Buches wird mit der Maßgabe angewendet, dass Versicherte unmittelbar vor dem Bezug der dort genannten Leistungen Pflichtbeiträge geleistet haben.

(4) Versicherte, die unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder, wenn sie nicht arbeitsunfähig sind, unmittelbar vor Beginn der medizinischen Leistungen Arbeitslosengeld bezogen und die zuvor Pflichtbeiträge gezahlt haben, erhalten Übergangsgeld bei medizinischen Leistungen in Höhe des bei Krankheit zu erbringenden Krankengeldes (§ 47b Fünftes Buch); Versicherte, die unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder, wenn sie nicht arbeitsunfähig sind, unmittelbar vor Beginn der medizinischen Leistungen Arbeitslosengeld II bezogen und die zuvor Pflichtbeiträge gezahlt haben, erhalten Übergangsgeld bei medizinischen Leistungen in Höhe des Betrages des Arbeitslosengeldes II. Dies gilt nicht für Empfänger der Leistung,

a) die Arbeitslosengeld II nur darlehensweise oder

b) die nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen, oder

c) die auf Grund von § 2 Abs. 1a des Bundesausbildungsförderungsgesetzes keinen Anspruch auf Ausbildungsförderung haben oder

d) deren Bedarf sich nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes oder nach § 66 Abs. 1 Satz 1 des Dritten Buches bemisst.

(5) Für Versicherte, die im Bemessungszeitraum eine Bergmannsprämie bezogen haben, wird die Berechnungsgrundlage um einen Betrag in Höhe der gezahlten Bergmannsprämie erhöht.

Zehntes Buch Sozialgesetzbuch

§ 67 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch Begriffsbestimmungen

(1) ¹ Sozialdaten sind Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person (Betroffener), die von einer in § 35 des Ersten Buches genannten Stelle im Hinblick auf ihre Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. ² Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sind alle betriebs- oder geschäftsbezogenen Daten, auch von juristischen Personen, die Geheimnischarakter haben.

(2) Aufgaben nach diesem Gesetzbuch sind, soweit dieses Kapitel angewandt wird, auch

1. Aufgaben auf Grund von Verordnungen, deren Ermächtigungsgrundlage sich im Sozialgesetzbuch befindet,
2. Aufgaben auf Grund von über- und zwischenstaatlichem Recht im Bereich der sozialen Sicherheit,
3. Aufgaben auf Grund von Rechtsvorschriften, die das Erste und Zehnte Buch des Sozialgesetzbuches für entsprechend anwendbar erklären, und
4. Aufgaben auf Grund des Arbeitssicherheitsgesetzes und Aufgaben, soweit sie den in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen durch Gesetz zugewiesen sind. § 8 Abs. 1 Satz 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes bleibt unberührt.

(3) ¹ Automatisiert im Sinne dieses Gesetzbuches ist die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Sozialdaten, wenn sie unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen durchgeführt wird (automatisierte Verarbeitung). ² Eine nicht automatisierte Datei ist jede nicht automatisierte Sammlung von Sozialdaten, die gleichartig aufgebaut ist und nach bestimmten Merkmalen zugänglich ist und ausgewertet werden kann.

(4) weggefallen

(5) Erheben ist das Beschaffen von Daten über den Betroffenen.

(6) ¹ Verarbeiten ist das Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren und Löschen von Sozialdaten. ² Im Einzelnen ist, ungeachtet der dabei angewendeten Verfahren,

1. Speichern das Erfassen, Aufnehmen oder Aufbewahren von Sozialdaten auf einem Datenträger zum Zwecke ihrer weiteren Verarbeitung oder Nutzung,

2. Verändern das inhaltliche Umgestalten gespeicherter Sozialdaten,

3. Übermitteln das Bekanntgeben gespeicherter oder durch Datenverarbeitung gewonnener Sozialdaten an einen Dritten in der Weise, dass

a) die Daten an den Dritten weitergegeben werden oder

b) der Dritte zur Einsicht oder zum Abruf bereitgehaltene Daten einsieht oder abruft;

Übermitteln im Sinne dieses Gesetzbuches ist auch das Bekanntgeben nicht gespeicherter Sozialdaten,

4. Sperren das vollständige oder teilweise Untersagen der weiteren Verarbeitung oder Nutzung von Sozialdaten durch entsprechende Kennzeichnung,

5. Löschen das Unkenntlichmachen gespeicherter Sozialdaten.

(7) Nutzen ist jede Verwendung von Sozialdaten, soweit es sich nicht um Verarbeitung handelt, auch die Weitergabe innerhalb der verantwortlichen Stelle.

(8) Anonymisieren ist das Verändern von Sozialdaten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbar natürlichen Person zugeordnet werden können.

(8 a) Pseudonymisieren ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

(9) ¹ Verantwortliche Stelle ist jede Person oder Stelle, die Sozialdaten für sich selbst erhebt, verarbeitet oder nutzt oder dies durch andere im Auftrag vornehmen lässt.

² Werden Sozialdaten von einem Leistungsträger im Sinne von § 12 des Ersten Buches erhoben, verarbeitet oder genutzt, ist verantwortliche Stelle der Leistungsträger. ³ Ist der Leistungsträger eine Gebietskörperschaft, so sind eine verantwortliche Stelle die Organisationseinheiten, die eine Aufgabe nach einem der besonderen Teile dieses Gesetzbuches funktional durchführen.

(10) ¹ Empfänger ist jede Person oder Stelle, die Sozialdaten erhält. ² Dritter ist jede Person oder Stelle außerhalb der verantwortlichen Stelle. ³ Dritte sind nicht der Betroffene sowie diejenigen Personen und Stellen, die im Inland, in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum Sozialdaten im Auftrag erheben, verarbeiten oder nutzen.

(11) Nicht-öffentliche Stellen sind natürliche und juristische Personen, Gesellschaften und andere Personenvereinigungen des privaten Rechts, soweit sie nicht unter § 81 Abs. 3 fallen.

(12) Besondere Arten personenbezogener Daten sind Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder philosophische Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit oder Sexualleben.

Strafgesetzbuch

§ 203 Strafgesetzbuch Verletzung von Privatgeheimnissen

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlußprüfung,
3. Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Rechtsanwalts-, Patentanwalts-, Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,

4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,

4 a. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,

5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder

6. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen Verrechnungsstelle

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) ¹ Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Amtsträger,

2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,

3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,

4. Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist, oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates,

5. öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, oder

6. Person, die auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Geheimhaltungspflicht bei der Durchführung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist,

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. ² Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfaßt worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.

(2 a) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn ein Beauftragter für den Datenschutz unbefugt ein fremdes Geheimnis im Sinne dieser Vorschriften offenbart, das einem in den Absätzen 1 und 2 Genannten in dessen beruflicher Eigenschaft anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist und von dem er bei der Erfüllung seiner Aufgaben als Beauftragter für den Datenschutz Kenntnis erlangt hat.

(3) ¹ Einem in Absatz 1 Nr. 3 genannten Rechtsanwalt stehen andere Mitglieder einer Rechtsanwaltskammer gleich. ² Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. ³ Den in Absatz 1 und den in Satz 1 und 2 Genannten steht nach dem Tod des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlaß erlangt hat.

(4) Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.

(5) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.

Teilzeit- und Befristungsgesetz

§ 9 Teilzeit- und Befristungsgesetz Verlängerung der Arbeitszeit

Der Arbeitgeber hat einen teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmer, der ihm den Wunsch nach einer Verlängerung seiner vertraglich vereinbarten Arbeitszeit angezeigt hat, bei der Besetzung eines entsprechenden freien Arbeitsplatzes bei gleicher Eignung bevorzugt zu berücksichtigen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe oder Arbeitszeitwünsche anderer teilzeitbeschäftigter Arbeitnehmer entgegenstehen.

Gesprächsleitfaden Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Hinweis: Dieser Leitfaden soll die Gesprächsvorbereitung unterstützen und dient als Merkhilfe für den Gesprächsverlauf. Die Fragen sollen lediglich Anregung geben und nicht abgearbeitet werden.

I. Hinweise zum Erstkontakt (telefonisch, persönlich)

- Diskrete Kontaktaufnahme, Vertraulichkeit muss gewährleistet sein!
- Betroffene/r muss Gelegenheit haben, sich zu äußern, ob sie/er jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt für ein kurzes „4-Augen-Gespräch oder 4–Ohren-Telefonat“ Zeit hat
- Die/Den Betroffenen über die Praxis des BEM und dessen Hintergrund (gesetzliche Arbeitgeberpflicht, Anlass: AU im Jahr 200..) im MASGF informieren (erste kurze Informationen, Hinweis auf Infoquellen)
- Normalisieren, dh. betonen, dass zu jedem/r Beschäftigter/n bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen (AU \geq 6 Wochen) seitens des Integrationsteams eine Kontaktaufnahme aufgrund der Dienstvereinbarung zum BEM erfolgt
- Positive Aufmerksamkeit des Arbeitgebers vermitteln (Sorge um Beschäftigte, Wertschätzung entgegenbringen)
- Einladung zum Erstgespräch mit einem Vertreter/ einer Vertreterin des Integrationsteams (ggf. direkt Termin vereinbaren); Kontaktaufnahme klären

II. Erstgespräch (u. ggf. weitere Termine)

Gesprächsziele:

- Positive Aufmerksamkeit des Arbeitgebers vermitteln
- Vertrauensbasis aufbauen
- über BEM informieren
- Entscheidung des Betroffenen bzgl. freiwilliger Durchführung des BEM herbeiführen

Gesprächszweck:

- Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und verbleibende Fähigkeiten klären
- Wünsche u. Befürchtungen des Mitarbeiters erfahren
- Nächste Schritte vereinbaren (Kontaktaufnahme mit Integrationsteam, Hinzuziehen weiterer Personen, Amtsarzt etc.)

Gesprächsverlauf:

1. Begrüßung und Vorstellung der Teilnehmer

- ggb. Beschäftigten/r Freude über Rückkehr ausdrücken, Interesse an der Überwindung der AU und Wiederherstellung der Gesundheit bekunden
- klarstellen, in welcher Funktion die jeweiligen Gesprächspartner teilnehmen

2. Über Gesprächsanlass informieren:

- § 84 Abs. 2 SGB IX: bei 6 Wochen AU innerhalb eines Jahres ist der AG gesetzlich verpflichtet, Möglichkeiten zur Überwindung der AU und mit welchen Leistungen bzw. Hilfen erneuter AU vorgebeugt werden kann zu klären

- Info über BEM: gesetzliche Aufgabe des Arbeitgebers, Freiwilliges Angebot, durch BEM von Arbeitgeberseite zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit beitragen, erneuter AU vorbeugen; umfasst alle Aktivitäten, die im Einzelfall zur Wiedereingliederung beitragen, soll Gesundheit u. Leistungsfähigkeit der Beschäftigten fördern
- Über Praxis und Ziel des BEM im MASGF informieren (Zuständigkeit des Integrations-teams; Infomaterial übergeben, auf Dienstvereinbarung hinweisen; Ziel = sinnvoll geplante und durchgeführte Beschäftigungssicherung und -förderung)
- konkreter Anlass: Fehlzeiten wegen AU im Kalenderjahr 20....

3. Über Gesprächszweck und –ziele aufklären:

- !: Ziel ist es nicht, die Art der Erkrankung herauszufinden, sondern das Aufdecken und Vermeiden krankmachender Belastungen sowie die Unterstützung bei der Überwindung der AU
- Einen möglichen Zusammenhang zwischen den gesundheitlichen Problemen, der AU, und der Arbeit klären

4. Belehrung über

- Freiwilligkeit: Auf die Bedeutung der Mitwirkung der /des Betroffenen hinweisen
- Vertraulichkeit: Gesprächsnotizen werden vertraulich behandelt, dh. nicht zur Personalakte genommen, sondern in einem gesonderten Vorgang (Sachakte) aufbewahrt, lediglich zur Dokumentation, ob BEM angeboten wurde, wird ein entsprechendes Formblatt in die Krankenakte getan, vertrauliche Informationen werden nicht ohne Zustimmung des Mitarbeiters weitergegeben (s. Dienstvereinbarung)
- Protokollierung des Gespräches unter Hinweis auf Einhaltung der Datenschutzbestimmungen, d.h. ohne Zustimmung der/s Betroffenen werden keine vertraulichen Informationen weitergegeben.

5. Fragen zu den Auswirkungen der Krankheit:

(!: nicht nach der Krankheit fragen, die Angaben über die Erkrankung (Diagnose) sind freiwillig!)

- Wie geht es Ihnen heute? / Wie würden Sie Ihr derzeitiges Befinden beschreiben?
- Können Sie den weiteren Genesungsverlauf schon absehen? (wenn AU fortbesteht)
- Welche Einschränkungen und Beeinträchtigungen für Ihre tägliche Arbeit haben Sie aus ärztlicher Sicht erfahren? /..... befürchten Sie selbst?

6. Fragen zu möglichen Ursachen der AU, insb. der Situation am Arbeitsplatz:

- Welche Bedingungen an ihrem Arbeitsplatz könnten in einem Zusammenhang mit ihrer AU /Krankschreibung stehen?
 - Umgebungsbelastungen: Ausstattung des Arbeitsplatzes; Räumlichkeiten, insb. Beleuchtung, Zugluft, Staub, Lufttemperatur u. –feuchtigkeit, Lärm, Gerüche
 - Körperliche Belastungen (Treppensteigen, langes Sitzen, insb. bei Schäden des Muskel-Skelettsystems)
- Betriebsklima und Führungsstil:
 - Wie geht es Ihnen an ihrem Arbeitsplatz?

- Welche Ihrer Tätigkeiten am Arbeitsplatz fallen Ihnen besonders leicht, welche eher schwer?
 - Welche Ihrer Aufgaben machen Ihnen am meisten Freude?
 - Wenn Sie sich ihren Traum-Arbeitsplatz gestalten könnten, wie würde dieser aussehen?
 - Was würden Sie sich von ihrer/m Vorgesetzten/m und Kollegen wünschen, damit Sie Ihrem Traum-Arbeitsplatz näher kommen?
- Psychische Belastungen: Überbeanspruchung, z. B. Termin- u. Leistungsdruck, Mehrarbeit; Konflikte mit Personen; Mobbing; Diskriminierung, sexuelle Belästigung
- Welche Tätigkeiten fallen aufgrund ihrer gesundheitlichen Beschwerden besonders schwer? Wo gibt es keine Einschränkungen?

7. Fragen nach Lösungsmöglichkeiten, Verbesserungsvorschlägen bezogen auf die Anforderungen am Arbeitsplatz:

- Was könnte aus Ihrer Sicht Abhilfe schaffen?
- Was schlagen Sie selbst zur Verbesserung vor?
- Welche Unterstützung brauchen Sie, wie und durch wen könnten Sie diese bekommen?
- Wünschen Sie eine Unterstützung durch das BEM? Wollen Sie es durchführen?
- Sind sie an der Durchführung eines BEM interessiert? Brauchen Sie Bedenkzeit?
- Beispiele für Hilfsangebote / Lösungen geben: (Arbeitsorganisatorische Anpassungsmaßnahmen; Wiedereingliederung (HH-Modell); Altersteilzeit; Inanspruchnahme der Integrationsfachdienste; Umsetzung, Fortbildung)

8. Kurze Zusammenfassung des Gespräches und der Vereinbarungen (Protokollierung)

9. Festlegung der nächsten Schritte

- Einbindung Dritter (Interessenvertretungen, Amtsarzt, etc..)
- Vereinbarung eines weiteren Termins

10. Wichtig: Gespräch positiv beenden

- Einen Guten Start für die wieder aufgenommene Tätigkeit wünschen
- Für das konstruktive Gespräch danken

Was sollte insb. im Erstgespräch unbedingt vermieden werden?

- ✓ Keinen Druck oder Stress erzeugen
- ✓ Negative Schlagworte vermeiden („krank feiern“)
- ✓ Krankheit nicht anzweifeln
- ✓ Keine Lösungen aufzwingen
- ✓ Mögliche Konsequenzen nicht gleich aufzeigen
- ✓ Übertriebene Neugier vermeiden
- ✓ Keine Vergleiche mit eigenen Krankheiten und Erfahrungen anstellen

Rechtsgrundlage: § 102 Abs. 3 Nr. 2 d SGB IX in Verbindung mit § 26c SchwbAV

Vorbemerkungen

Es mangelt an einer eindeutigen gesetzlichen Definition des Begriffes „betriebliches Eingliederungsmanagement“. Der Gesetzgeber hat keinen Hinweis zur Abgrenzung der Prämien von den Leistungen der Rehabilitationsträger gegeben.

Eine Vergabepaxis in Abstimmung mit den Rehabilitationsträgern ist anzustreben. Inhalt einer Vereinbarung mit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sollte eine möglichst verwaltungsökonomische Zusammenarbeit auf regionaler Ebene sein. Ein unabgestimmtes Nebeneinander von Prämien sollte vermieden werden.

Voraussetzungen

Gemäß § 83 Abs. 2a Nr. 5 SGB IX können in einer Integrationsvereinbarung insbesondere Regelungen zur Durchführung einer betrieblichen Prävention (betriebliches Eingliederungsmanagement) und zur Gesundheitsförderung getroffen werden. Gemäß § 84 Abs. 4 SGB IX können die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter Arbeitgeber, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, durch Prämien oder einen Bonus fördern.

Der Begriff „betriebliches Eingliederungsmanagement“ wird entsprechend den Erläuterungen des BMGS wie folgt definiert:

„Betriebliches Eingliederungsmanagement verfolgt das Ziel, im Betrieb, mit den dort vorhandenen Akteuren und Strukturen sowie unter Nutzung der dort gegebenen oder herstellbaren spezifischen Potentiale Menschen gesund und arbeitsfähig zu halten; es betrifft also nicht nur schwerbehinderte Menschen. Die Vorteile kommen allen zugute: den Unternehmen, den betroffenen Beschäftigten, aber auch den sozialen Sicherungssystemen.“

Ein Konzept zum betrieblichen Eingliederungsmanagement sollte über die Mindestanforderungen der Prävention gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX hinausgehen. Formal sollte die Vereinbarung über ein betriebliches Eingliederungsmanagement den Grundsätzen Spezifisch, Messbar, Akzeptabel, Realistisch und Terminiert (SMART) genügen.

Begünstigt werden alle öffentlichen und privaten Arbeitgeber,

- die ihre Beschäftigungsquote erfüllt haben oder nachweisbare und spürbare Maßnahmen ergriffen haben, um die Beschäftigungsquote zu steigern,
- über eine Interessenvertretung im Sinne der §§ 93 und 94 SGB IX verfügen sowie
- eine schriftliche Vereinbarung über die Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements in Form einer Integrationsvereinbarung, einer Betriebs/Dienstvereinbarung oder einer anderen verbindlichen Regelung abgeschlossen haben.

Die Vergabe einer Prämie sollte davon abhängig gemacht werden, dass deren Inhalte deutlich über die gesetzlichen Mindestvorgaben hinausgehen und möglichst konkrete Regelungen beinhalten. Ausgeschlossen ist die Prämierung von Integrationsprojekten, da diese Arbeitgebergruppe besonders umfangreich aus Mitteln der Ausgleichsabgabe gefördert wird.

Auswahlkriterien und Auswahlverfahren

Prämiert werden sollen Beispiele für ein besonders gutes Eingliederungsmanagement, das spezifische betriebliche Ideen beinhaltet. Es erscheint nicht sinnvoll, allgemeine Anhaltspunkte dazu vorzugeben. Es soll Wert darauf gelegt werden, dass die Vereinbarung „mit Leben“ gefüllt ist. Eine Bewertung wird nur durch Auswertung verschiedener Vereinbarungen möglich. Die Beteiligung des Integrationsamtes soll kein Kriterium für die Bewertung sein. Da Wert auf die Einführung des Eingliederungsmanagement gelegt wird, kommt naturgemäß eine wiederholte Berücksichtigung von Vereinbarungen nicht in Betracht.

Für eine Prämierung kommen nur solche Arbeitgeber in Betracht,

- die entweder ihre Beschäftigungsquote erfüllt haben oder nachweisbare und spürbare Maßnahmen ergriffen haben, um ihre Beschäftigungsquote zu steigern, oder nicht einstellungspflichtig sind und
- bereits eine Integrationsvereinbarung abgeschlossen haben und diese um Regelungen zum Eingliederungsmanagement ergänzen bzw. diesbezügliche Regelungen im Rahmen einer Integrationsvereinbarung treffen. Soweit eine Integrationsvereinbarung nicht abgeschlossen ist bzw. wird, müssen vergleichbare Regelungen zugunsten schwerbehinderter Menschen im Zusammenhang mit einer verbindlichen Absprache zum betrieblichen Eingliederungsmanagement getroffen werden.

Inhaltlich müssen die Vereinbarungen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement besondere Regelungen für schwerbehinderte Menschen beinhalten bzw. deren Belange in besonderer Weise berücksichtigen, sowie sich an den folgenden fünf Phasen orientieren und diesbezüglich Regelungen beinhalten:

1. Ein System zum Erkennen von Problemen,
d. h. dass ein „Frühwarnsystem“ im Betrieb bestehen muss. Zufällig (z. B. sich aus Gesprächen ergebende) und routinemäßig (Fehlzeiten, Ergebnisse betriebsmedizinischer Untersuchungen, Ergebnisse aus Mitarbeiterbefragungen etc.) ermittelte Daten müssen – unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte der Betroffenen – gesichtet, bewertet und auf evtl. bestehenden Klärungs- und Handlungsbedarf beurteilt und verarbeitet werden.
2. Instrumente der Erfassung und Spezifizierung.
Häufig ist eine Verknüpfung der verschiedenen Daten erforderlich, um mögliche Handlungsbedarfe zu identifizieren. Weitere Maßnahmen zur Früherkennung und Erfassung sind denkbar.
3. Schaltstelle im Unternehmen
für die Verarbeitung, Entscheidung und Umsetzung.
Die Zusammenarbeit der verschiedenen betrieblichen Akteure in einem gemeinsamen Integrationsteam als zentrale Schaltstelle muss geregelt sein.
Das Integrationsteam ist die Sammelstelle für alle Informationen aus den Phasen 1 und 2. Die Daten müssen im Integrationsteam erörtert, verarbeitet und bewertet werden.
Das Integrationsteam steuert die internen und externen Prozesse. Es trifft die Entscheidungen für allgemeine oder individuelle Maßnahmen und behält die Verantwortung für die Umsetzung und Qualitätssicherung der eingeleiteten Maßnahmen bis zur Nachsorge.
Schließlich arbeitet das Integrationsteam auch mit den externen Partnern zusammen

und sorgt hier für eine hinreichende Vernetzung.

4. Maßnahmen
Die Einleitung und Steuerung der konkret eingeleiteten Maßnahmen liegt beim Integrationsteam bzw. bei den von diesem bestimmten Verantwortlichen.
5. Dokumentation und Evaluierung
Die Dokumentation ist eine Grundvoraussetzung für Ergebnissicherung, Verbesserungsprozesse, Auswertung und Erfolgskontrolle.

Eine Bekanntmachung in den Medien (z. B. Hinweis in der Zeitschrift behinderte Menschen im Beruf oder / und in den Medien der Kammern) ist sinnvoll. Ein schriftlicher Antrag des Arbeitgebers ist erforderlich. Darin soll erklärt werden, bei welchen Stellen ebenfalls Anträge auf eine Prämie bzw. einen Bonus gestellt wurden. Die Auswahl und Prämierung soll einmal jährlich für Integrationsvereinbarungen, in denen ein betriebliches Eingliederungsmanagement enthalten ist, bzw. für entsprechende Betriebsvereinbarungen, die im vergangenen Jahr abgeschlossen wurden (z. B. Prämierung 2005 für Vereinbarungen aus 2004) getroffen werden. Eine Überprüfung der Maßnahme soll durch einen Betriebsbesuch bzw. durch Gespräche mit den Interessenvertretungen und dem Arbeitgeber erfolgen. Über die Prämierung soll eine Auswahlkommission entscheiden, die sich unter länderspezifischen Gesichtspunkten zusammensetzt und z. B. aus dem Beratenden Ausschuss bestehen kann.

Prämie

Die Höhe der Prämie wird jedem Integrationsamt anheim gestellt. Die Prämie soll spürbar sein und dem Aufwand der Betriebe bei der Erstellung einer Vereinbarung gerecht werden. Ein Betrag bis zu 20.000,00 € erscheint angemessen. Bei mehreren prämiierungswürdigen Vereinbarungen soll deren Rangfolge nicht bewertet und identische Prämien vergeben werden. Entsprechend dem besonderen Charakter der Auszeichnung wird empfohlen, den Kreis der Begünstigten nicht über Gebühr auszudehnen und unter Berücksichtigung länderspezifischer Gesichtspunkte auf drei bis fünf prämierte Arbeitgeber jährlich zu begrenzen.

Betriebliches Eingliederungsmanagement

Personaldatenblatt und Gesprächsleitfaden

Gespräch vom:.....

Beteiligte:

Integrationsteam:..... Schwerbehindertenvertretung:.....

Personalrat:..... Personalreferat:.....

Dienstbereich/Abteilung: Sonstige:.....

Betroffene(r): Pers.Nr.:..... Abteilung / Referat:..... als:.....

Zur Person:

Alter:..... Familienstand:..... Kinder:

Schwerbehinderung GdB: v.H. seit:..... Gleichstellung:

Beschäftigungsbeginn:..... aktuelle Arbeitszeit: VZ/TZ:.....Std.. seit:.....

Gesprächsleitfaden:

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gesprächszweck u. -ziele erläutern ✓ Belehrung über Freiwilligkeit, Vertraulichkeit, Beachtung des Datenschutzes ✓ Hinweis auf Protokollierung (Angaben über persönliche u. gesundheitliche Situation werden nicht protokolliert! (Diagnosen mit Einverständnis der/des Betroffenen nur insoweit, als dass daraus best. Maßnahmen abgeleitet werden, z. B. Sehhilfen bei Sehschwäche; Stehpult bei Rückenleiden)) ✓ Hinweis, dass Formblatt über Angebot des BEM zur Krankenakte genommen wird ✓ Hinweis auf Sachakte zum BEM 	
<p>Gesprächsanlass (Fehlzeiten oder eigener Wunsch?)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ In welcher Form treten die Fehlzeiten auf? (z. B. lang andauernd, häufige Kurzerkrankungen) ➤ Handelt es sich um eine Erkrankung oder unterschiedliche Krankheiten (Reha-Maßnahmen, Kur)? ➤ Seit wann besteht/ Wann war die letzte 	

<p>AU?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sind Reha-Maßnahmen durchgeführt worden oder geplant? ➤ Ist eine Wiedereingliederung im Rahmen eines Arbeitsversuchs geplant bzw. aus ärztlicher Sicht angeregt worden („Hamburger Modell“)? 	
<p>Arbeitsplatzbezogene Auswirkungen der Krankheit(en):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Zu welchen Einschränkungen führt ihre Erkrankung aus ihrer Sicht /aus ärztlicher Sicht bei ihrer täglichen Arbeit? ➤ Wie schätzen Sie /Ihr Arzt/Ärztin den weiteren Genesungsverlauf im Hinblick auf ihre Dienstfähigkeit ein? (Ggf. Ergänzungen durch teilnehmenden Betriebsarzt / andere Gesprächsteilnehmer/innen erfragen) ➤ Welche Auswirkungen haben/könnten ihre Fehlzeiten im Referat haben? ➤ Was glauben Sie, wie Ihr(e) Vorgesetzter/e und ihre Kollegen über ihre Fehlzeiten denken? 	
<p>Ursachen der AU, insb. Situation am Arbeitsplatz:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Welche Umstände an ihrem Arbeitsplatz könnten in einem Zusammenhang mit Ihrer Krankschreibung stehen? (Umgebungsbelastungen, körperliche u. psychische Belastungen, Betriebsklima) ➤ Was glauben Sie, wie ihre Vorgesetzten /Kollegen das sehen? (ggf. bei Teilnahme selbst befragen) <p>(ggf. ergänzend weitere Beteiligte befragen)</p>	
<p>Überlegungen zu Lösungsmöglichkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Was könnte aus Ihrer Sicht an ihrem Arbeitsplatz / Aufgabengebiet verändert werden, um die Belastungen / Einschränkungen zu verringern? ➤ Was halten Sie von folgender Idee... (Beispiele geben für organisatorische Maßnahmen, Umsetzung, Altersteilzeit, HH-Modell etc..)? ➤ Was wünschen Sie sich von Ihren Kollegen, Vorgesetzten? 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sind Sie an der Durchführung des BEM interessiert? Brauchen Sie Bedenkzeit? ➤ Wie sollen wir weiter vorgehen? (Festlegung der nächsten Schritte) 	

Ggf. Äußerungen /Hinweise weiterer Beteiligter (Personalrat, Schwerbehindertenvertretung etc.)	
Sonstiges:	
Zusammenfassung des Gesprächsinhalts u. Ergebnisses sowie ggf. getroffener Vereinbarungen	
Terminvormerkung: Nächstes Gespräch am.... /mit..... Überwachung Eingliederungsprozess am..... Abschlussgespräch am..... Erfolgskontrolle am.....	

Potsdam, den.....

.....
Für das Integrationsteam

- Der/Dem Betroffenen wurde eine Protokollkopie ausgehändigt
- Der/Dem Betroffenen hat eine Information zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement erhalten

Verfassung der Weltgesundheitsorganisation

Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946

Ratifikationsurkunde von der Schweiz hinterlegt am 29. März 1947

Von der Bundesversammlung genehmigt am 19. Dezember 1946²

Für die Schweiz in Kraft getreten am 7. April 1948

(Stand am 7. März 2006)

Die an dieser Verfassung beteiligten Staaten erklären in Übereinstimmung mit der Satzung der Vereinten Nationen³, dass die folgenden Grundsätze für das Glück aller Völker, für ihre harmonischen Beziehungen und ihre Sicherheit grundlegend sind:

Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.

Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.

Die Gesundheit aller Völker ist eine Grundbedingung für den Weltfrieden und die Sicherheit; sie hängt von der engsten Zusammenarbeit der Einzelnen und der Staaten ab.

Die von jedem einzelnen Staate in der Verbesserung und dem Schutz der Gesundheit erzielten Ergebnisse sind wertvoll für alle.

Ungleichheit zwischen den verschiedenen Ländern in der Verbesserung der Gesundheit und der Bekämpfung der Krankheiten, insbesondere der übertragbaren Krankheiten, bildet eine gemeinsame Gefahr für alle.

Die gesunde Entwicklung des Kindes ist von grundlegender Bedeutung; die Fähigkeit, harmonisch in einer in voller Umwandlung begriffenen Umgebung zu leben, ist für diese Entwicklung besonders wichtig.

Für die Erreichung des besten Gesundheitszustandes ist es von besonderer Bedeutung, dass die Erkenntnisse der medizinischen, psychologischen und verwandten Wissenschaften allen Völkern zugänglich sind.

Eine aufgeklärte öffentliche Meinung und eine tätige Mitarbeit der Bevölkerung sind für die Verbesserung der Gesundheit der Völker von höchster Wichtigkeit.

Die Regierungen tragen die Verantwortung für die Gesundheit ihrer Völker; sie können diese nur auf sich nehmen, wenn sie die geeigneten hygienischen und sozialen Vorkehren treffen.

AS 1948 1015; BBl 1946 III 703

¹ Der französische Originaltext findet sich unter der gleichen Nummer in der entsprechenden Ausgabe dieser Sammlung.

² Art. 1 erster Gegenstand des BB vom 19. Dez. 1946 (AS 1948 1013)

³ SR 0.120

In Anerkennung dieser Grundsätze und in der Absicht, untereinander und mit andern für den Schutz und die Verbesserung der Gesundheit aller Völker zusammenzuarbeiten, nehmen die Hohen Vertragschliessenden Parteien die vorliegende Verfassung an und errichten hiermit die Weltgesundheitsorganisation als eine Spezialorganisation der Vereinten Nationen.

Kapitel I

Zweck

Art. 1

Der Zweck der Weltgesundheitsorganisation (im Folgenden Organisation genannt) besteht darin, allen Völkern zur Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu verhelfen.

Kapitel II

Aufgaben

Art. 2

Zur Erreichung ihres Zieles übernimmt die Organisation folgende Aufgaben:

- a. sie betätigt sich als leitende und koordinierende Stelle des internationalen Gesundheitswesens;
- b. sie schafft und unterhält eine wirksame Zusammenarbeit mit den Vereinten Nationen, den Spezialorganisationen, den staatlichen Gesundheitsämtern, den Fachkreisen und weitem in Frage kommenden Organisationen;
- c. sie leiht den Regierungen auf ihr Gesuch Hilfe beim Ausbau der Gesundheitsdienste;
- d. sie gewährt die geeignete technische Unterstützung und in dringenden Fällen die notwendige Hilfe, sofern die Regierungen darum ersuchen oder diese annehmen;
- e. sie beschafft auf Verlangen der Vereinten Nationen Sanitätsdienste und Hilfeleistungen für besondere Bevölkerungsgruppen, wie die Bevölkerungen von Treuhandschaftsgebieten, oder hilft mit, diese zu beschaffen;
- f. sie errichtet und unterhält die als notwendig erachteten Verwaltungs- und technischen Dienste, inbegriffen epidemiologische und statistische Dienstzweige;
- g. sie fördert und regt die Tätigkeit zur Unterdrückung epidemischer, endemischer und anderer Krankheiten an;
- h. sie fördert, wenn nötig in Zusammenarbeit mit andern Spezialorganisationen, die Verhütung von Unfallschäden;

- i. sie fördert, wenn nötig in Zusammenarbeit mit andern Spezialorganisationen, die Verbesserung der Ernährung, der Wohnungsbedingungen, der sanitären Einrichtungen, der Freizeitgestaltung, der wirtschaftlichen und der Arbeitsbedingungen und anderer Gebiete der Umgebungshygiene;
- j. sie fördert die Zusammenarbeit zwischen den wissenschaftlichen und beruflichen Fachkreisen, die zur Verbesserung der Gesundheit beitragen;
- k. sie schlägt Verträge, Abkommen und Regelungen vor, macht Empfehlungen in Fragen des internationalen Gesundheitswesens und führt die Aufgaben durch, die der Organisation dabei übertragen werden und ihrem Zwecke entsprechen;
- l. sie fördert die Bestrebungen zugunsten der Gesundheit und des Wohlergehens von Mutter und Kind und entwickelt deren Fähigkeit, in einer in voller Umwandlung begriffenen Umgebung harmonisch zu leben;
- m. sie fördert die Bestrebungen auf dem Gebiete der geistigen Hygiene und besonders diejenigen, die auf die Herstellung harmonischer Beziehungen zwischen den Menschen abzielen;
- n. sie fördert und lenkt die Forschung auf dem Gebiete des Gesundheitswesens;
- o. sie fördert die Verbesserung der Unterrichtsmethoden und der Ausbildung in den medizinischen, ärztlichen und verwandten Berufsarten;
- p. sie macht, wenn nötig in Zusammenarbeit mit andern Spezialorganisationen, Erhebungen und Berichte über die Verwaltungs- und Fürsorgearbeit auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens und der medizinischen Massnahmen für Vorbeugung und Heilung, inbegriffen das Krankenhauswesen und die soziale Sicherheit;
- q. sie erteilt Auskünfte, Ratschläge und Unterstützung auf dem Gebiete des Gesundheitswesens;
- r. sie trägt dazu bei, unter allen Völkern eine aufgeklärte öffentliche Meinung in gesundheitlichen Fragen zu bilden;
- s. sie erstellt und revidiert nach Bedarf die internationale Nomenklatur der Krankheiten, der Todesursachen und der Arbeitsmethoden des öffentlichen Gesundheitswesens;
- t. sie standardisiert, soweit dies notwendig ist, die Methoden der Diagnostik;
- u. sie entwickelt internationale Normen, setzt solche fest und fördert ihre Anwendung auf dem Gebiete der Lebensmittel, der biologischen, pharmazeutischen und ähnlicher Produkte;
- v. sie trifft überhaupt jede notwendige Massnahme, um das der Organisation gesteckte Ziel zu erreichen.

Kapitel III

Mitglieder und zugewandte Mitglieder

Art. 3

Die Mitgliedschaft der Organisation steht allen Staaten offen.

Art. 4

Die Mitglieder der Vereinten Nationen können Mitglieder der Organisation werden durch Unterzeichnung oder anderweitige Annahme dieser Verfassung, gemäss den Bestimmungen von Kapitel XIX und in Übereinstimmung mit ihren eigenen verfassungsrechtlichen Vorschriften.

Art. 5

Die Staaten, deren Regierungen zur Entsendung von Beobachtern an die internationale Gesundheitskonferenz in New York 1946 eingeladen wurden, können Mitglieder werden durch Unterzeichnung oder anderweitige Annahme dieser Verfassung, gemäss den Bestimmungen von Kapitel XIX und in Übereinstimmung mit ihren eigenen verfassungsrechtlichen Vorschriften, vorausgesetzt dass diese Unterzeichnung oder Annahme vor der ersten Tagung der Gesundheitsversammlung erfolgt.

Art. 6

Unter Vorbehalt der Bestimmungen irgendeines Abkommens zwischen den Vereinten Nationen und der Organisation, das gemäss Kapitel XVI genehmigt wird, können Staaten, die nicht nach den Bestimmungen der Artikel 4 und 5 Mitglieder werden, um Zulassung als Mitglieder ersuchen und Mitglieder werden, wenn ihr Gesuch durch einfachen Mehrheitsbeschluss der Gesundheitsversammlung genehmigt wird.

Art. 7

Wenn ein Mitgliedstaat seine finanzielle Verpflichtungen der Organisation gegenüber nicht erfüllt oder bei andern aussergewöhnlichen Umständen, kann die Gesundheitsversammlung unter den ihr gut scheinenden Bedingungen diesem Staate das Stimmrecht und die einem Mitglied zustehenden Leistungen entziehen. Die Gesundheitsversammlung ist ermächtigt, das Stimmrecht und diese Leistungen wieder herzustellen.

Art. 8

Gebiete oder Gruppen von Gebieten, die für die Regelung ihrer internationalen Beziehungen nicht selber verantwortlich sind, können von der Gesundheitsversammlung als zugewandte Mitglieder zugelassen werden, wenn ein Gesuch im Namen eines solchen Gebietes oder einer Gruppe derartiger Gebiete durch den Mitgliedstaat oder eine andere Behörde, die für die Regelung ihrer internationalen Beziehung verantwortlich ist, gestellt wird. Die Vertreter der zugewandten Mitglieder an der Gesundheitsversammlung sollen durch fachliche Zuständigkeit auf dem Gebiete des

Gesundheitswesens geeignet und aus der eingeborenen Bevölkerung ausgewählt sein. Art und Bereich der Rechte und Pflichten der zugewandten Mitglieder werden durch die Gesundheitsversammlung festgelegt.

Kapitel IV Organe

Art. 9

Die Tätigkeit der Organisation wird durchgeführt durch:

- a. die Weltgesundheitsversammlung (im folgenden Gesundheitsversammlung genannt);
- b. den Exekutivrat (im folgenden Rat genannt);
- c. das Sekretariat.

Kapitel V Die Weltgesundheitsversammlung

Art. 10

Die Gesundheitsversammlung setzt sich aus Vertretern der Mitgliedstaaten zusammen.

Art. 11

Jeder Mitgliedstaat soll nicht mehr als drei Vertreter entsenden, von denen einer durch den Mitgliedstaat als erster Vertreter zu bezeichnen ist. Diese Vertreter sollen aus den durch ihre fachliche Zuständigkeit auf dem Gebiete des Gesundheitswesens geeignetsten Persönlichkeiten ausgewählt werden und vornehmlich die staatliche Gesundheitsverwaltung des Mitgliedstaates vertreten.

Art. 12

Ersatzleute und Berater sind als Begleiter der Vertreter zugelassen.

Art. 13

Die Gesundheitsversammlung tritt jährlich zur ordentlichen Tagung zusammen und sooft als nötig zu ausserordentlichen Tagungen. Ausserordentliche Tagungen werden auf Verlangen des Rates oder einer Mehrheit der Mitgliedstaaten einberufen.

Art. 14

Die Gesundheitsversammlung bestimmt an jeder jährlichen Tagung das Land oder das Gebiet für ihre nächste Jahrestagung; der Ort wird hernach durch den Rat festgelegt. Für eine ausserordentliche Tagung legt der Rat den Ort fest.

Art. 15

Der Rat bestimmt nach Rücksprache mit dem Generalsekretär der Vereinten Nationen den Zeitpunkt jeder jährlichen und jeder ausserordentlichen Tagung.

Art. 16

Die Gesundheitsversammlung wählt ihren Präsidenten und die übrigen Mitglieder des Büros bei Beginn jeder Jahrestagung. Diese bleiben bis zur Wahl ihrer Nachfolger im Amt.

Art. 17

Die Gesundheitsversammlung stellt ihre eigene Geschäftsordnung auf.

Art. 18

Die Gesundheitsversammlung hat folgende Aufgaben:

- a. sie legt die Politik der Organisation fest;
- b. sie wählt die Staaten, die zur Bezeichnung eines Vertreters in den Rat berechtigt sind;
- c. sie ernennt den Generaldirektor;
- d. sie prüft und genehmigt die Berichte und die Tätigkeit des Rates und des Generaldirektors und erteilt dem Rat Weisungen in Angelegenheiten, für die Massnahmen, Untersuchungen, Erhebungen oder Berichterstattung wünschenswert erscheinen;
- e. sie bestellt die für die Tätigkeit der Organisation notwendigen Kommissionen;
- f. sie überwacht die Finanzpolitik der Organisation und prüft und genehmigt den Voranschlag;
- g. sie erteilt Weisungen an den Rat und an den Generaldirektor, um die Aufmerksamkeit von Mitgliedstaaten und amtlichen oder nichtamtlichen internationalen Organisationen auf jede Frage des Gesundheitswesens zu lenken, welche die Gesundheitsversammlung für geeignet hält;
- h. sie lädt jede internationale oder nationale amtliche oder nichtamtliche Organisation, der ähnliche Aufgaben wie der Organisation obliegen, ein, Vertreter ohne Stimmrecht an ihre Tagungen, an diejenigen ihrer Kommissionen oder an von ihr einberufenen Konferenzen zu den von der Versammlung festgelegten Bedingungen zu entsenden; Einladungen an nationale Organisa-

tionen sollen jedoch nur mit der Zustimmung der entsprechenden Regierung erfolgen;

- i. sie prüft Empfehlungen der Generalversammlung, des Wirtschafts- und Sozialrates, des Sicherheitsrates oder des Treuhandschaftsrates der Vereinten Nationen auf dem Gebiete des Gesundheitswesens und erstattet diesen über die in Ausführung solcher Empfehlungen unternommenen Schritte Bericht;
- j. sie erstattet dem Wirtschafts- und Sozialrat Bericht gemäss jedem zwischen der Organisation und den Vereinten Nationen abgeschlossenen Abkommen;
- k. sie fördert und leitet Forschungsarbeiten auf dem Gebiete des Gesundheitswesens, sei es mit Hilfe des Personals der Organisation, durch Schaffung von eigenen Institutionen oder durch Zusammenarbeit mit den amtlichen oder nichtamtlichen Institutionen jedes Mitgliedstaates, im Einverständnis mit seiner Regierung;
- l. sie ruft weitere Institutionen ins Leben, die sie für wünschenswert hält;
- m. sie trifft jede andere für die Erreichung des Zwecks der Organisation geeignete Massnahme.

Art. 19

Die Gesundheitsversammlung ist ermächtigt, Verträge oder Abkommen über jede innerhalb der Zuständigkeit der Organisation liegende Frage anzunehmen. Für die Annahme derartiger Verträge oder Abkommen ist die Zweidrittelsmehrheit der Versammlung nötig; sie treten für jeden Mitgliedstaat in Kraft, wenn er sie in Übereinstimmung mit seinen verfassungsrechtlichen Bestimmungen genehmigt hat.

Art. 20

Jeder Mitgliedstaat verpflichtet sich, innert 18 Monaten nach Annahme eines Vertrages oder Abkommens durch die Gesundheitsversammlung Schritte zur Annahme dieses Vertrages oder Abkommens zu unternehmen. Jeder Mitgliedstaat gibt dem Generaldirektor von den unternommenen Schritten Kenntnis und, sofern er den Vertrag oder das Abkommen innerhalb der vorgeschriebenen Frist nicht genehmigt, eine Erklärung zur Begründung der Nichtgenehmigung. Im Falle der Genehmigung verpflichtet sich jeder Mitgliedstaat, gemäss Kapitel XIV dem Generaldirektor jährlich Bericht zu erstatten.

Art. 21

Die Gesundheitsversammlung ist ermächtigt, Regelungen zu treffen über:

- a. sanitäre und Quarantänemassnahmen und andere Vorkehren zur Verhinderung der Ausbreitung von Krankheiten von einem Land ins andere;
- b. die Nomenklatur der Krankheiten, der Todesursachen und der Arbeitsmethoden des öffentlichen Gesundheitsdienstes;
- c. Normen der diagnostischen Methoden für den internationalen Gebrauch;

- d. Normen für die Beschaffenheit, Reinheit und Wirksamkeit biologischer, pharmazeutischer und ähnlicher Produkte im internationalen Handel;
- e. die Ankündigung und die Bezeichnung biologischer, pharmazeutischer und ähnlicher Produkte im internationalen Handel.

Art. 22⁴

Die in Ausführung von Artikel 21 getroffenen Regelungen treten für alle Mitgliedstaaten in Kraft, nachdem ihre Annahme durch die Gesundheitsversammlung gebührend bekannt gegeben worden ist, ausgenommen für diejenigen Mitgliedstaaten, die den Generaldirektor innerhalb der in der Bekanntgabe festgesetzten Frist von ihrer Ablehnung oder von der Erhebung von Vorbehalten in Kenntnis setzen.

Art. 23

Die Gesundheitsversammlung ist ermächtigt, den Mitgliedstaaten Empfehlungen über jede innerhalb der Zuständigkeit der Organisation liegende Frage zu machen.

Kapitel VI

Der Exekutivrat

Art. 24⁵

Der Rat besteht aus vierunddreissig von der gleichen Anzahl von Mitgliedern benannten Personen. Die Gesundheitsversammlung wählt unter Berücksichtigung einer ausgewogenen geographischen Verteilung die Mitglieder, die berechtigt sind, eine Persönlichkeit für den Rat zu benennen; dabei müssen mindestens drei dieser Mitglieder aus jeder der nach Artikel 44 errichteten regionalen Organisationen gewählt werden. Jedes dieser Mitglieder soll eine Persönlichkeit mit Fachkenntnissen im Gesundheitswesen in den Rat entsenden; ihr können Stellvertreter und Berater beigegeben werden.

Art. 25⁶

Diese Mitglieder werden für drei Jahre gewählt und können wiedergewählt werden; jedoch ist die Amtszeit des zusätzlich gewählten Mitglieds unter den Mitgliedern die auf der ersten Tagung der Gesundheitsversammlung nach Inkrafttreten der Satzungsänderung gewählt werden, durch welche die Mitgliederzahl des Rates von zweiund-

⁴ Die gemäss diesem Artikel vorgesehene Frist zur Geltendmachung einer Ablehnung oder von Vorbehalten beträgt sechs Monate vom Zeitpunkt an gerechnet, an dem der Generaldirektor die Annahme des Zusatzreglementes vom 20. Mai 1981 durch die Weltgesundheitsorganisation bekannt gibt (Art. II des Zusatzreglementes über die Änderung des Internationalen Sanitätsreglementes vom 20. Mai 1981 (AS **1982** 1739).

⁵ Fassung gemäss Beschluss der 51. Weltgesundheitsversammlung vom 16. Mai 1998, in Kraft seit 15. Sept. 2005 (AS **2006** 829 Ziff. I).

⁶ Fassung gemäss Beschluss der 51. Weltgesundheitsversammlung vom 16. Mai 1998, in Kraft seit 15. Sept. 2005 (AS **2006** 829 Ziff. I).

dreissig auf vierunddreissig erhöht wird, nach Bedarf so zu kürzen, dass die Wahl wenigstens eines Mitglieds aus jeder regionalen Organisation in jedem Jahr erleichtert wird.

Art. 26

Der Rat tritt jährlich wenigstens zweimal zusammen; er bezeichnet den Ort für jede Tagung.

Art. 27

Der Rat wählt seinen Präsidenten unter seinen Mitgliedern und stellt seine eigene Geschäftsordnung auf.

Art. 28

Der Rat hat folgende Aufgaben:

- a. er vollzieht die Beschlüsse und Weisungen der Gesundheitsversammlung;
- b. er handelt als ausführendes Organ der Gesundheitsversammlung;
- c. er führt jede andere Aufgabe aus, die ihm von der Gesundheitsversammlung übertragen wird;
- d. er berät die Gesundheitsversammlung in Fragen, die ihm von dieser unterbreitet werden, und in Angelegenheiten, die der Organisation durch Verträge, Abkommen und Regelungen übertragen sind;
- e. er unterbreitet der Gesundheitsversammlung aus eigenem Antrieb Ratschläge oder Anträge;
- f. er bereitet die Tagesordnung für die Tagungen der Gesundheitsversammlung vor;
- g. er unterbreitet der Gesundheitsversammlung einen allgemeinen Arbeitsplan für einen bestimmten Zeitabschnitt zur Prüfung und Genehmigung;
- h. er prüft alle Fragen, die in seinem Zuständigkeitsbereich liegen;
- i. er trifft dringende Massnahmen im Rahmen der Tätigkeit und der finanziellen Möglichkeiten der Organisation bei Ereignissen, die sofortiges Handeln erfordern. Er kann insbesondere den Generaldirektor ermächtigen, die nötigen Schritte zur Bekämpfung von Epidemien zu ergreifen, sich an der Organisation von sanitären Hilfeleistungen für Opfer von Notständen zu beteiligen und Untersuchungen oder Erhebungen anzustellen, auf deren Dringlichkeit er durch einen Mitgliedstaat oder den Generaldirektor hingewiesen wird.

Art. 29

Der Rat übt im Namen der gesamten Gesundheitsversammlung diejenigen Befugnisse aus, die von dieser an ihn delegiert werden.

Kapitel VII

Sekretariat

Art. 30

Das Sekretariat umfasst den Generaldirektor und das für die Organisation notwendige technische und administrative Personal.

Art. 31

Der Generaldirektor wird von der Gesundheitsversammlung auf Vorschlag des Rates gemäss den von der Gesundheitsversammlung festzulegenden Bedingungen ernannt. Der Generaldirektor untersteht der Autorität des Rates und ist der höchste technische und administrative Beamte der Organisation.

Art. 32

Der Generaldirektor ist von Amtes wegen Sekretär der Gesundheitsversammlung, des Rates, aller Kommissionen und Ausschüsse der Organisation und der von ihr einberufenen Konferenzen. Er kann diese Aufgaben delegieren.

Art. 33

Der Generaldirektor oder sein Vertreter kann durch Abkommen mit den Mitgliedstaaten ein Verfahren festlegen, das ihm erlaubt, zur Erfüllung seiner Aufgaben unmittelbar mit ihren verschiedenen Departementen in Beziehung zu treten, insbesondere mit ihren Gesundheitsämtern und mit den amtlichen oder nichtamtlichen nationalen Gesundheitsorganisationen. Er kann ebenfalls unmittelbar mit den internationalen Organisationen in Beziehung treten, deren Tätigkeit in den Zuständigkeitsbereich der Organisation fällt. Er hat die regionalen Büros über alle ihr Gebiet betreffenden Fragen auf dem Laufenden zu halten.

Art. 34⁷

Der Generaldirektor bereitet die Rechnung und den Voranschlag der Organisation vor und unterbreitet sie dem Rat.

Art. 35

Der Generaldirektor ernennt das Personal des Sekretariats gemäss dem von der Gesundheitsversammlung aufgestellten Personalreglement⁸. Die Auswahl des Personals soll in erster Linie von dem Gesichtspunkt aus geschehen, die Leistungsfähigkeit, die Integrität und den internationalen Charakter des Sekretariats im höchst-

⁷ Fassung gemäss Beschluss der 26. Weltgesundheitsversammlung vom 22. Mai 1973, in Kraft seit 3. Febr. 1977 (AS 1977 621 Ziff. I).

⁸ In der AS nicht veröffentlicht.

ten Masse zu wahren. Gebührende Bedeutung soll auch der Auswahl des Personals auf einer breitestmöglichen geographischen Grundlage beigemessen werden.

Art. 36

Die Arbeitsbedingungen des Personals der Organisation sollen soweit wie möglich denjenigen anderer Organisationen der Vereinten Nationen entsprechen.

Art. 37

In der Ausübung ihrer Pflichten sollen der Generaldirektor und das Personal von keiner Regierung oder Behörde ausserhalb der Organisation Weisungen einholen oder entgegennehmen. Sie sollen sich jeder Tätigkeit, die ihrer Stellung als internationale Beamte Abbruch tun könnte, enthalten. Jeder Mitgliedstaat der Organisation verpflichtet sich seinerseits, die ausschliesslich internationale Stellung des Generaldirektors und des Personals zu achten und jeden Versuch der Beeinflussung zu unterlassen.

Kapitel VIII Kommissionen

Art. 38

Der Rat bildet die von der Gesundheitsversammlung vorgesehenen Kommissionen; er kann aus eigenem Antrieb oder auf Vorschlag des Generaldirektors jede andere Kommission bilden, die für die in der Zuständigkeit der Organisation liegenden Ziele wünschenswert erscheint.

Art. 39

Der Rat prüft von Zeit zu Zeit und auf jeden Fall einmal jährlich die Notwendigkeit der Aufrechterhaltung jeder einzelnen Kommission.

Art. 40

Der Rat kann mit andern Organisationen gemeinsame oder gemischte Kommissionen bilden oder die Organisation in solchen vertreten lassen; er kann für die Vertretung der Organisation in Kommissionen, die von andern Organisationen eingesetzt sind, sorgen.

Kapitel IX Konferenzen

Art. 41

Die Gesundheitsversammlung oder der Rat können lokale, allgemeine, technische oder andere Konferenzen besonderer Art zum Studium jeder in die Zuständigkeit der Organisation fallenden Frage einberufen und für die Vertretung an Konferenzen von internationalen Organisationen und, mit der Zustimmung der betreffenden Regierung, von nationalen, amtlichen oder nichtamtlichen Organisationen sorgen. Die Art dieser Vertretung wird von der Gesundheitsversammlung oder vom Rate festgelegt.

Art. 42

Der Rat kann für die Vertretung der Organisation an Konferenzen sorgen, die nach seiner Ansicht für sie von Interesse sind.

Kapitel X Sitz

Art. 43

Der Ort des Sitzes der Organisation wird durch die Gesundheitsversammlung nach Rücksprache mit den Vereinten Nationen festgelegt.

Kapitel XI Regionale Abkommen

Art. 44

- a. Die Gesundheitsversammlung bestimmt von Zeit zu Zeit die geographischen Regionen, in denen die Errichtung einer regionalen Organisation wünschenswert erscheint.
- b. Die Gesundheitsversammlung kann unter Zustimmung der Mehrheit der zu jeder festgelegten Region gehörenden Mitgliedstaaten eine regionale Organisation errichten, um den besonderen Bedürfnissen dieser Region zu entsprechen. Es soll in jeder Region nicht mehr als eine regionale Organisation bestehen.

Art. 45

Jede regionale Organisation bildet in Übereinstimmung mit der vorliegenden Verfassung einen integrierenden Bestandteil der Organisation.

Art. 46

Jede regionale Organisation umfasst einen Regionalausschuss und ein Regionalbüro.

Art. 47

Die Regionalausschüsse setzen sich aus Vertretern der Mitgliedstaaten und der zugewandten Mitglieder der entsprechenden Region zusammen. Gebiete oder Gruppen von Gebieten einer Region, die für die Regelung ihrer internationalen Beziehungen nicht selber verantwortlich und nicht zugewandte Mitglieder sind, haben das Recht, in den Regionalausschüssen vertreten zu sein und darin mitzuwirken. Art und Bereich der Rechte und Pflichten dieser Gebiete oder Gruppen von Gebieten in den Regionalausschüssen werden durch die Gesundheitsversammlung im Einvernehmen mit dem Mitgliedstaat oder einer andern Behörde, die für die internationalen Beziehungen dieser Gebiete verantwortlich ist, und mit den Mitgliedstaaten der Region festgelegt.

Art. 48

Die Regionalausschüsse treten sooft als notwendig zusammen; sie bestimmen den Ort jeder Tagung.

Art. 49

Die Regionalausschüsse stellen ihre eigene Geschäftsordnung auf.

Art. 50

Der Regionalausschuss hat folgende Aufgaben:

- a. er stellt Richtlinien auf für Angelegenheiten ausschliesslich regionalen Charakters;
- b. er überwacht die Tätigkeit des Regionalbüros;
- c. er schlägt dem Regionalbüro die Einberufung von technischen Konferenzen sowie jede zusätzliche Arbeit oder Untersuchung in Angelegenheiten des Gesundheitswesens vor, die nach Ansicht des Regionalausschusses dazu beitragen, das von der Organisation in dieser Region verfolgte Ziel zu erreichen;
- d. er arbeitet mit den entsprechenden Regionalausschüssen der Vereinten Nationen und mit denjenigen anderer Spezialorganisationen zusammen und ebenso mit weitem internationalen regionalen Organisationen, die mit der Organisation gemeinsame Interessen besitzen;
- e. er unterbreitet der Organisation durch Vermittlung des Generaldirektors seine Ansicht in Fragen des internationalen Gesundheitswesens, deren Bedeutung über den Rahmen der Region hinausgeht;
- f. er empfiehlt die Erteilung von zusätzlichen regionalen Beiträgen durch die Regierungen der entsprechenden Regionen, wenn der für die Region aus dem Gesamtbudget der Organisation bewilligte Anteil nicht genügt, um die regionale Tätigkeit durchzuführen;

- g. er führt jede weitere Aufgabe durch, die dem Regionalausschuss von der Gesundheitsversammlung, vom Rat oder vom Generaldirektor übertragen werden kann.

Art. 51

Das Regionalbüro untersteht der allgemeinen Autorität des Generaldirektors der Organisation und ist das Verwaltungsorgan des Regionalausschusses. Es hat ausserdem innerhalb der Region die Beschlüsse der Gesundheitsversammlung und des Rates durchzuführen.

Art. 52

Vorsteher des Regionalbüros ist der vom Rat im Einverständnis mit dem Regionalausschuss ernannte Regionaldirektor.

Art. 53

Das Personal des Regionalbüros wird ernannt gemäss Bestimmungen, die durch Übereinkommen zwischen dem Generaldirektor und dem Regionaldirektor festgelegt werden.

Art. 54

Die panamerikanische Gesundheitsorganisation, bestehend aus dem panamerikanischen Sanitätsamt und den panamerikanischen Sanitätskonferenzen, sowie alle andern vor der Unterzeichnung dieser Verfassung bestehenden regionalen zwischenstaatlichen Gesundheitsorganisationen sollen zur gegebenen Zeit in der Organisation aufgehen. Diese Einverleibung soll sobald als möglich erfolgen durch eine gemeinsame Aktion unter gegenseitiger Zustimmung der zuständigen Stellen, die durch die interessierten Organisationen bekannt gegeben wird.

Kapitel XII Budget und Ausgaben

Art. 55⁹

Der Generaldirektor stellt den Voranschlag auf und unterbreitet ihn dem Rat. Der Rat prüft den Voranschlag und legt ihn zusammen mit den ihm gut scheinenden Empfehlungen der Gesundheitsversammlung vor.

⁹ Fassung gemäss Beschluss der 26. Weltgesundheitsversammlung vom 22. Mai 1973, in Kraft seit 3. Febr. 1977 (AS 1977 621 Ziff. I).

Art. 56

Unter Vorbehalt eines Abkommens zwischen der Organisation und den Vereinten Nationen prüft und genehmigt die Gesundheitsversammlung den Voranschlag und nimmt die Kostenverteilung unter die Mitgliedstaaten nach einem von ihr festzusetzenden Schlüssel vor.

Art. 57

Die Gesundheitsversammlung oder in ihrem Namen der Rat können Geschenke und Legate an die Organisation empfangen und verwalten unter der Voraussetzung, dass die an diese Geschenke oder Legate geknüpften Bedingungen der Gesundheitsversammlung oder dem Rat annehmbar erscheinen und mit den Zielen und der Politik der Organisation übereinstimmen.

Art. 58

Ein Spezialfonds, über den der Rat nach freiem Ermessen verfügen kann, wird errichtet, um dringenden Fällen und unvorhergesehenen Ereignissen zu begegnen.

**Kapitel XIII
Abstimmung****Art. 59**

Jeder Mitgliedstaat verfügt über eine Stimme in der Gesundheitsversammlung.

Art. 60

- a. Beschlüsse der Gesundheitsversammlung über wichtige Fragen werden mit Zweidrittelmehrheit der anwesenden und stimmenden Mitgliedstaaten gefasst. Diese Fragen umfassen: die Annahme von Verträgen oder Abkommen; die Genehmigung von Abkommen über die Beziehungen der Organisation zu den Vereinten Nationen und zu zwischenstaatlichen Organisationen und Institutionen, in Anwendung der Artikel 69, 70 und 72; Änderungen der vorliegenden Verfassung.
- b. Beschlüsse über andere Fragen, inbegriffen die Festlegung weiterer Kategorien von Fragen, über die mit Zweidrittelmehrheit zu entscheiden ist, werden mit einfacher Mehrheit der anwesenden und stimmenden Mitgliedstaaten gefasst.
- c. Im Rat und in den Kommissionen der Organisation wird die Abstimmung über Fragen gleicher Natur gemäss den Buchstaben a und b dieses Artikels durchgeführt.

Kapitel XIV

Berichterstattung der Staaten

Art. 61

Jeder Mitgliedstaat legt der Organisation jährlich Bericht ab über die zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung getroffenen Massnahmen und die damit erzielten Fortschritte.

Art. 62

Jeder Mitgliedstaat erstattet jährlich Bericht über die Massnahmen, die er in Ausführung der ihm von der Organisation gemachten Empfehlungen und in Hinsicht auf die Verträge, Abkommen und Regelungen getroffen hat.

Art. 63

Jeder Mitgliedstaat gibt der Organisation rasch die wichtigen Gesetze, Verordnungen, amtlichen Berichte und Statistiken bekannt, die das Gebiet des Gesundheitswesens berühren und in diesem Staat veröffentlicht worden sind.

Art. 64

Jeder Mitgliedstaat erstattet statistische und epidemiologische Berichte in der von der Gesundheitsversammlung zu bestimmenden Weise.

Art. 65

Auf Verlangen des Rates liefert jeder Mitgliedstaat im Rahmen der Möglichkeit alle weitem Auskünfte über das Gebiet des Gesundheitswesens.

Kapitel XV

Rechtsfähigkeit, Privilegien und Immunitäten

Art. 66

Die Organisation genießt auf dem Gebiete jedes Mitgliedstaates die für die Erreichung ihres Zieles und die Durchführung ihrer Aufgaben erforderliche Rechtsfähigkeit.

Art. 67

a. Die Organisation genießt auf dem Gebiete jedes Mitgliedstaates die für die Erreichung ihres Zieles und die Durchführung ihrer Aufgaben notwendigen Privilegien und Immunitäten.

b. Ebenso genießen die Vertreter der Mitgliedstaaten, die am Rate beteiligten Persönlichkeiten und das technische und administrative Personal der Organisation die für die ungehinderte Ausübung ihrer Tätigkeit im Dienste der Organisation notwendigen Privilegien und Immunitäten.

Art. 68

Diese Rechtsfähigkeit, Privilegien und Immunitäten sollen in einem besonderen Abkommen festgelegt werden, das von der Organisation im Einvernehmen mit dem Generalsekretär der Vereinten Nationen vorzubereiten und zwischen den Mitgliedstaaten abzuschließen ist.

Kapitel XVI Beziehungen mit andern Organisationen

Art. 69

Die Organisation soll als eine der in Artikel 57 der Satzung der Vereinten Nationen vorgesehenen Spezialorganisationen mit den Vereinten Nationen in Beziehung gebracht werden. Das oder die Abkommen zur Regelung der Beziehungen zwischen der Organisation und den Vereinten Nationen müssen mit Zweidrittelmehrheit von der Gesundheitsversammlung genehmigt werden.

Art. 70

Die Organisation soll, wo dies wünschenswert erscheint, in wirksame Beziehungen zu andern zwischenstaatlichen Organisationen treten und eng mit diesen zusammenarbeiten. Jedes mit diesen Organisationen offiziell abgeschlossene Abkommen muss von der Gesundheitsversammlung mit Zweidrittelmehrheit genehmigt werden.

Art. 71

Die Organisation kann in Fragen ihrer Befugnis geeignete Schritte unternehmen, um sich mit internationalen nichtamtlichen Organisationen und, mit Zustimmung der betreffenden Regierung, mit nationalen, amtlichen oder nichtamtlichen Organisationen ins Einvernehmen zu setzen und mit ihnen zusammenzuarbeiten.

Art. 72

Unter Vorbehalt der Genehmigung durch eine Zweidrittelmehrheit der Gesundheitsversammlung kann die Organisation von andern internationalen Organisationen oder Institutionen, deren Zweck und Tätigkeit in den Zuständigkeitsbereich der Organisation fallen, diejenigen Aufgaben, Mittel und Verpflichtungen übernehmen, die der Organisation auf Grund eines internationalen Abkommens oder beidseitig annehmbarer und zwischen den zuständigen Organen der betreffenden Organisationen abgeschlossener Vereinbarungen übertragen werden.

Kapitel XVII

Verfassungsänderungen

Art. 73

Der Wortlaut von Abänderungsanträgen zu dieser Verfassung soll den Mitgliedstaaten durch den Generaldirektor mindestens sechs Monate vor der Behandlung durch die Gesundheitsversammlung unterbreitet werden. Die Abänderungen treten für alle Mitgliedstaaten in Kraft, wenn sie von der Gesundheitsversammlung mit Zweidrittelmehrheit angenommen und von zwei Dritteln der Mitgliedstaaten in Übereinstimmung mit ihren eigenen verfassungsrechtlichen Bestimmungen genehmigt worden sind.

Kapitel XVIII

Auslegung

Art. 74

Der chinesische, englische, französische, spanische und russische Wortlaut dieser Verfassung sind in gleicher Weise als massgebend anzusehen.

Art. 75

Jede Frage oder jeder Streitfall betreffend die Auslegung oder die Anwendung dieser Verfassung, der nicht auf dem Verhandlungsweg oder durch die Gesundheitskonferenz geregelt werden kann, ist von den Parteien dem Internationalen Gerichtshof gemäss dem Statut dieses Gerichtshofes¹⁰ zu unterbreiten, es sei denn, dass die beteiligten Parteien sich auf eine andere Regelung einigen.

Art. 76

Mit der Ermächtigung der Generalversammlung der Vereinten Nationen oder mit der Ermächtigung auf Grund von Abkommen zwischen der Organisation und den Vereinten Nationen kann die Organisation über jede in ihrem Zuständigkeitsbereich auftauchende Rechtsfrage ein Gutachten des Internationalen Gerichtshofes einholen.

Art. 77

Der Generaldirektor kann die Organisation vor dem Gerichtshof in jedem Verfahren, das sich aus der Einholung eines solchen Gutachtens ergibt, vertreten. Er hat die nötigen Vorkehren zu treffen, um den Fall dem Gerichtshof zu unterbreiten, einschliesslich derjenigen, die zur Begründung der verschiedenen Ansichten über die betreffende Frage erforderlich sind.

¹⁰ SR 0.193.501

Kapitel XIX Inkrafttreten

Art. 78

Unter Vorbehalt der Bestimmungen von Kapitel III steht die vorliegende Verfassung allen Staaten zur Unterzeichnung oder Annahme offen.

Art. 79

a. Die Staaten können dieser Verfassung beitreten durch:

- I. Unterzeichnung ohne Vorbehalt der Genehmigung;
- II. Unterzeichnung unter Vorbehalt der Genehmigung mit nachfolgender Annahme;
- III. einfache Annahme.

b Die Annahme wird wirksam durch die Hinterlegung einer offiziellen Urkunde beim Generalsekretär der Vereinten Nationen.

Art. 80

Die vorliegende Verfassung tritt in Kraft, wenn sechsundzwanzig Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen ihr gemäss den Bestimmungen von Artikel 79 beigetreten sind.

Art. 81

Gemäss Artikel 102 der Satzung der Vereinten Nationen wird der Generalsekretär der Vereinten Nationen diese Verfassung registrieren, wenn sie durch einen Staat ohne Vorbehalt der Genehmigung unterzeichnet worden ist oder nach der Hinterlegung der ersten Annahmeurkunde.

Art. 82

Der Generalsekretär der Vereinten Nationen wird die an dieser Verfassung beteiligten Staaten vom Zeitpunkt ihres Inkrafttretens in Kenntnis setzen. Er wird sie ebenso über den Zeitpunkt, an dem ihr andere Staaten beitreten, unterrichten.

Zu Urkund dessen unterzeichnen die dazu ordnungsgemäss bevollmächtigten Vertreter die vorliegende Verfassung.

Gegeben in der Stadt New York am zweiundzwanzigsten Juli 1946 in einer einzigen Urkunde, in chinesischer, englischer, französischer, russischer und spanischer Sprache; jeder Text ist in gleicher Weise massgebend. Die Urtexte sollen in den Archiven der Vereinten Nationen hinterlegt werden. Der Generalsekretär der Vereinten Nationen wird jeder an der Konferenz vertretenen Regierung beglaubigte Abschriften zustellen.

(Es folgen die Unterschriften)

Geltungsbereich am 13. Dezember 2005

Vertragsstaaten	Ratifikation Unterzeichnet ohne Ratifikationsvorbe- halt (U)		Inkrafttreten	
Afghanistan	19. April	1948	19. April	1948
Ägypten	16. Dezember	1947	16. Dezember	1947
Albanien	26. Mai	1947	7. April	1948
Algerien	8. November	1962	8. November	1962
Andorra	15. Januar	1997	15. Januar	1997
Angola	15. Mai	1976	15. Mai	1976
Antigua und Barbuda	12. März	1984	12. März	1984
Äquatorialguinea	5. Mai	1980	5. Mai	1980
Argentinien	22. Oktober	1948	22. Oktober	1948
Armenien	4. Mai	1992	4. Mai	1992
Aserbaidschan	2. Oktober	1992	2. Oktober	1992
Äthiopien	11. April	1947	7. April	1948
Australien	2. Februar	1948	7. April	1948
Bahamas	1. April	1974	1. April	1974
Bahrain	2. November	1971	2. November	1971
Bangladesch	19. Mai	1972	19. Mai	1972
Barbados	25. April	1967	25. April	1967
Belarus	7. April	1948	7. April	1948
Belgien	25. Juni	1948	25. Juni	1948
Belize	23. August	1990	23. August	1990
Benin	20. September	1960	20. September	1960
Bhutan	8. März	1982	8. März	1982
Bolivien	23. Dezember	1949	23. Dezember	1949
Bosnien und Herzegowina	10. September	1992	10. September	1992
Botsuana	26. Februar	1975	26. Februar	1975
Brasilien	2. Juni	1948	2. Juni	1948
Brunei	25. März	1985	25. März	1985
Bulgarien	9. Juni	1948	9. Juni	1948
Burkina Faso	4. Oktober	1960	4. Oktober	1960
Burundi	22. Oktober	1962	22. Oktober	1962
Chile	15. Oktober	1948	15. Oktober	1948
China	22. Juli	1946 U	7. April	1948
Cook-Inseln	9. Mai	1984	9. Mai	1984
Costa Rica	17. März	1949	17. März	1949
Côte d'Ivoire	28. Oktober	1960	28. Oktober	1960
Dänemark	19. April	1948	19. April	1948
Deutschland	29. Mai	1951	29. Mai	1951
Dominica	13. August	1981	13. August	1981
Dominikanische Republik	21. Juni	1948	21. Juni	1948
Dschibuti	10. März	1978	10. März	1978
Ecuador	1. März	1949	1. März	1949
El Salvador	22. Juni	1948	22. Juni	1948

Vertragsstaaten	Ratifikation Unterzeichnet ohne Ratifikationsvorbe- halt (U)		Inkrafttreten	
Eritrea	24. Juli	1993	24. Juli	1993
Estland	31. März	1993	31. März	1993
Fidschi	1. Januar	1972	1. Januar	1972
Finnland	7. Oktober	1947	7. April	1948
Frankreich	16. Juni	1948	16. Juni	1948
Gabun	21. November	1960	21. November	1960
Gambia	26. April	1971	26. April	1971
Georgien	26. Mai	1992	26. Mai	1992
Ghana	8. April	1957	8. April	1957
Grenada	4. Dezember	1974	4. Dezember	1974
Griechenland	12. März	1948	7. April	1948
Guatemala	26. August	1949	26. August	1949
Guinea	19. Mai	1959	19. Mai	1959
Guinea-Bissau	29. Juli	1974	29. Juli	1974
Guyana	27. September	1966	27. September	1966
Haiti	12. August	1947	7. April	1948
Honduras	8. April	1949	8. April	1949
Indien	12. Januar	1948	7. April	1948
Indonesien	23. Mai	1950	23. Mai	1950
Irak	23. September	1947	7. April	1948
Iran	23. November	1946	7. April	1948
Irland	20. Oktober	1947	7. April	1948
Island	17. Juni	1948	17. Juni	1948
Israel	21. Juni	1949	21. Juni	1949
Italien	11. April	1947	7. April	1948
Jamaika	21. März	1963	21. März	1963
Japan	16. Mai	1951	16. Mai	1951
Jemen	6. Mai	1968	6. Mai	1968
Jordanien	7. April	1947	7. April	1948
Kambodscha	17. Mai	1950	17. Mai	1950
Kamerun	6. Mai	1960	6. Mai	1960
Kanada	29. August	1946	7. April	1948
Kap Verde	5. Januar	1976	5. Januar	1976
Kasachstan	19. August	1992	19. August	1992
Katar	11. Mai	1972	11. Mai	1972
Kenia	27. Januar	1964	27. Januar	1964
Kirgisistan	29. April	1992	29. April	1992
Kiribati	26. Juli	1984	26. Juli	1984
Kolumbien	14. Mai	1959	14. Mai	1959
Komoren	9. Dezember	1975	9. Dezember	1975
Kongo (Brazzaville)	26. Oktober	1960	26. Oktober	1960
Kongo (Kinshasa)	24. Februar	1961	24. Februar	1961
Korea (Nord-)	19. Mai	1973	19. Mai	1973
Korea (Süd-)	17. August	1949	17. August	1949

Vertragsstaaten	Ratifikation Unterzeichnet ohne Ratifikationsvorbe- halt (U)		Inkrafttreten	
Kroatien	11. Juni	1992	11. Juni	1992
Kuba	9. Mai	1950	9. Mai	1950
Kuwait	9. Mai	1960	9. Mai	1960
Laos	17. Mai	1950	17. Mai	1950
Lesotho	7. Juli	1967	7. Juli	1967
Lettland	4. Dezember	1991	4. Dezember	1991
Libanon	19. Januar	1949	19. Januar	1949
Liberia	14. März	1947	7. April	1948
Libyen	16. Mai	1952	16. Mai	1952
Litauen	25. November	1991	25. November	1991
Luxemburg	3. Juni	1949	3. Juni	1949
Madagaskar	16. Januar	1961	16. Januar	1961
Malawi	9. April	1965	9. April	1965
Malaysia	24. April	1958	24. April	1958
Malediven	5. November	1965	5. November	1965
Mali	17. Oktober	1960	17. Oktober	1960
Malta	1. Februar	1965	1. Februar	1965
Marokko	14. Mai	1956	14. Mai	1956
Marshallinseln	5. Juni	1991	5. Juni	1991
Mauretanien	7. März	1961	7. März	1961
Mauritius	9. Dezember	1968	9. Dezember	1968
Mazedonien	22. April	1993	22. April	1993
Mexiko	7. April	1948	7. April	1948
Mikronesien	14. August	1991	14. August	1991
Moldau	4. Mai	1992	4. Mai	1992
Monaco	8. Juli	1948	8. Juli	1948
Mongolei	18. April	1962	18. April	1962
Mosambik	11. September	1975	11. September	1975
Myanmar	1. Juli	1948	1. Juli	1948
Namibia	23. April	1990	23. April	1990
Nauru	9. Mai	1994	9. Mai	1994
Nepal	2. September	1953	2. September	1953
Neuseeland	10. Dezember	1946	7. April	1948
Nicaragua	24. April	1950	24. April	1950
Niederlande	25. April	1947	7. April	1948
Niger	5. Oktober	1960	5. Oktober	1960
Nigeria	25. November	1960	25. November	1960
Niue	5. Mai	1994	5. Mai	1994
Norwegen	18. August	1947	7. April	1948
Oman	28. Mai	1971	28. Mai	1971
Österreich	30. Juni	1947	7. April	1948
Pakistan	23. Juni	1948	23. Juni	1948
Palau	9. März	1995	9. März	1995
Panama	20. Februar	1951	20. Februar	1951

Vertragsstaaten	Ratifikation Unterzeichnet ohne Ratifikationsvorbe- halt (U)		Inkrafttreten	
Papua-Neuguinea	29. April	1976	29. April	1976
Paraguay	4. Januar	1949	4. Januar	1949
Peru	11. November	1949	11. November	1949
Philippinen	9. Juli	1948	9. Juli	1948
Polen	6. Mai	1948	6. Mai	1948
Portugal	13. Februar	1948	7. April	1948
Ruanda	7. November	1962	7. November	1962
Rumänien	8. Juni	1948	8. Juni	1948
Russland	24. März	1948	7. April	1948
St. Kitts und Nevis	3. Dezember	1984	3. Dezember	1984
St. Lucia	11. November	1980	11. November	1980
St. Vincent und die Grenadinen	1. September	1983	1. September	1983
Salomoninseln	4. April	1983	4. April	1983
Sambia	2. Februar	1965 U	2. Februar	1965
Samoa	16. Mai	1962	16. Mai	1962
San Marino	12. Mai	1980	12. Mai	1980
São Tomé und Príncipe	23. März	1976	23. März	1976
Saudi-Arabien	26. Mai	1947	7. April	1948
Schweden	28. August	1947	7. April	1948
Schweiz	26. März	1947	7. April	1948
Senegal	31. Oktober	1960	31. Oktober	1960
Serbien und Montenegro	28. November	2000	28. November	2000
Seychellen	11. September	1979	11. September	1979
Sierra Leone	20. Oktober	1961	20. Oktober	1961
Simbabwe	16. Mai	1980	16. Mai	1980
Singapur	25. Februar	1966	25. Februar	1966
Slowakei	4. Februar	1993	4. Februar	1993
Slowenien	7. Mai	1992	7. Mai	1992
Somalia	26. Januar	1961	26. Januar	1961
Spanien	28. Mai	1951	28. Mai	1951
Sri Lanka	7. Juli	1948	7. Juli	1948
Südafrika	7. August	1947	7. April	1948
Sudan	14. Mai	1956	14. Mai	1956
Suriname	25. März	1976	25. März	1976
Swasiland	16. April	1973	16. April	1973
Syrien	18. Dezember	1946	7. April	1948
Tadschikistan	4. Mai	1992	4. Mai	1992
Tansania	26. April	1964	26. April	1964
Thailand	26. September	1947	7. April	1948
Timor-Leste	27. September	2002	27. September	2002
Togo	13. Mai	1960	13. Mai	1960
Tonga	14. August	1975	14. August	1975
Trinidad und Tobago	3. Januar	1963	3. Januar	1963
Tschad	1. Januar	1961	1. Januar	1961

Vertragsstaaten	Ratifikation Unterzeichnet ohne Ratifikationsvorbe- halt (U)		Inkrafttreten	
Tschechische Republik	22. Januar	1993	22. Januar	1993
Tunesien	14. Mai	1956	14. Mai	1956
Türkei	2. Januar	1948	7. April	1948
Turkmenistan	2. Juli	1992	2. Juli	1992
Tuvalu	7. Mai	1993	7. Mai	1993
Uganda	7. März	1963	7. März	1963
Ukraine	3. April	1948	7. April	1948
Ungarn	17. Juni	1948	17. Juni	1948
Uruguay	22. April	1949	22. April	1949
Usbekistan	22. Mai	1992	22. Mai	1992
Vanuatu	7. März	1983	7. März	1983
Venezuela	7. Juli	1948	7. Juli	1948
Vereinigte Arabische Emirate	30. März	1972	30. März	1972
Vereinigte Staaten	21. Juni	1948	21. Juni	1948
Vereinigtes Königreich	22. Juli	1946 U	7. April	1948
Vietnam	22. Oktober	1975	22. Oktober	1975
Zentralafrikanische Republik	20. September	1960	20. September	1960
Zypern	16. Januar	1961	16. Januar	1961

