

# aktuell

Informationen und Bekanntmachungen zur kommunalen  
und staatlichen Unfallversicherung in Bayern



**Neue Beitragsstrukturen  
beim Bayer. GUVV**

**DRG: Von der Fallpauschale  
zur „Falschpauschale“?**

**Neues Konzept für die  
Rehabilitation Hirnverletzter**

## Call Center

des Bayer. GUVV/der Bayer. LUK  
Tel. 0 89/3 60 93-4 40

Montag bis Donnerstag von  
8.00 Uhr bis 17.00 Uhr,  
Freitag von 8.00 Uhr bis 15.00 Uhr  
Rufen Sie uns an – wir helfen gerne



Bayerischer Gemeindeunfallversicherungsverband  
Bayerische Landesunfallkasse

## » KURZ & KNAPP

SEITE 3

- Praxisgebühr und kein Ende!
- Seminare 2004 – noch Plätze frei

## » IM BLICKPUNKT

SEITE 4 – 7

- Weiterentwicklung des Beitragssystems beim Bayer. GUVV



## » PRÄVENTION

SEITE 8 – 13



- Passivrauchen am Arbeitsplatz
- Neu erschienen: Gefahren lauern im Haushalt
- Bleib gesund, fahr Rad (Wettbewerb)
- Seminar „Verkehrserziehung bei Menschen mit Behinderungen“

## » RECHT & REHA

SEITE 14 – 25

- Von der Fallpauschale zur „Falschpauschale“?
- Serie: Das wissenswerte Urteil
- Serie: Fragen und Antworten zur Unfallversicherung
- Neues Konzept für die Rehabilitation  
Hirnverletzter – SAV



## » INTERN

SEITE 26 – 27

- Sozialwahl 2005
- Verdienstmedaille für GUVV-Versicherten Ernst Plötz
- Einsatz für Menschen mit Behinderungen

„Unfallversicherung aktuell“ – Informationen zur kommunalen und staatlichen Unfallversicherung in Bayern. Mitteilungsblatt des Bayerischen Gemeindeunfallversicherungsverbandes und der Bayerischen Landesunfallkasse Nr. 2/2004 (April/Mai/Juni 2004). „Unfallversicherung aktuell“ erscheint quartalsweise und geht den Mitgliedern kostenlos zu. Nachdruck oder Vervielfältigung nur mit Zustimmung der Redaktion und Quellenangabe.

Inhaber und Verleger: Bayerischer Gemeindeunfallversicherungsverband (Bayer. GUVV), Körperschaft des öffentlichen Rechts, und Bayerische Landesunfallkasse (Bayer. LUK), Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Verantwortlich: Direktor Dr. Hans-Christian Titze  
Redaktion: Referat Öffentlichkeitsarbeit, Ulrike Renner-Helfmann, Tel. 0 89/3 60 93-1 19, Fax 0 89/3 60 93-3 79  
Anschrift: Bayer. GUVV, Ungererstr. 71, 80805 München, Tel. 0 89/3 60 93-0, Fax 0 89/3 60 93-1 35  
Internet: [www.bayerguvv.de](http://www.bayerguvv.de) und [www.bayerluk.de](http://www.bayerluk.de)  
E-Mail: [oea@bayerguvv.de](mailto:oea@bayerguvv.de) und [oea@bayerluk.de](mailto:oea@bayerluk.de)  
Bildnachweis: Titel und S. 13 Fa. Robert Hoening, Bayer. GUVV S. 4 – 5, S. 17, S. 24, S. 27, MEV S. 8 – 11, UKH S. 14, S. 16, DVR S. 18, Feuerwehr Rödental S. 19, DSH S. 20, S. 21, SAV S. 22 – 25, Klaus Bergbauer S. 26  
Gestaltung: Studio Schübel Werbeagentur, Neumarkter Straße 21, 81673 München  
Druck: heller & partner, Possartstraße 14, 81679 München

# Impressum

# Praxisgebühr und kein Ende!

## Keine Praxisgebühr in der gesetzlichen Unfallversicherung

Seit der Einführung der Praxisgebühr von zehn Euro in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Januar 2004 ist die Diskussion um diese Regelung nicht abgerissen.

Was allerdings viele – trotz Information über die Presse – nicht wahrgenommen haben, ist, dass diese Praxisgebühr nicht für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gilt. Bei allen Unfällen, die über die Gemeindeunfallversicherungen oder Landesunfallkassen entschädigt werden, also Arbeits- und Wegeunfälle oder Berufskrankheiten u. a. von

- Beschäftigten des öffentlichen Dienstes,
- Kindergartenkindern, Schulkindern, Studierenden,
- ehrenamtlich Tätigen (wie kommunale Mandatsträger, Elternbeiräte, Schülerlotsen, Wahlhelfer u. Ä.),
- Haushaltshilfen,
- häuslich Pflegenden,
- Blut- und Organ Spendern,
- Personen, die in Unglücks- oder Notfällen Hilfe leisten,

ist keine Praxisgebühr zu bezahlen.



Dass dies viele noch nicht wissen, belegen Zeitungsberichte aus München. Danach wurde ein Student, der unter Lebensgefahr einen bewusstlos in der Isar treibenden Mann rettete und anschließend selbst im Krankenhaus wegen Unterkühlung versorgt werden musste, zur Kasse gebeten.

Zu Unrecht, wie die Unfallversicherungsträger feststellten. Wenn Hilfeleistende infolge einer Hilfsaktion einen Arzt oder ein Krankenhaus aufsuchen müssen, so fällt keine Praxisgebühr an.

Ähnliche Unkenntnis besteht im Bereich der Blut- und Organspender. Auch dort wird z. T. die Praxisgebühr verlangt, obwohl sie nach den gesetzlichen Regelungen nicht zu leisten ist.

Hier ist noch viel Aufklärungsarbeit zu leisten, und wir werden in unserem Bereich in der nächsten Zeit umfangreiche Informationskampagnen starten, um weitere Irritationen unserer Versicherten zu verhindern.

## Seminare 2004 – noch Plätze frei

Eine Bitte an Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Verwaltungen:

**Altenpflegebereich: Seminar für Pflegedienstleitungen**

11. – 12. Mai 2004 92355 Lengenfeld

Nicht alle Betriebe in kommunaler und staatlicher Trägerschaft sind im Verteiler unseres Mitteilungsblattes *UV aktuell* berücksichtigt, das trifft u. a. auch auf die Alten- und Pflegeheime zu.

### Wir möchten Sie deshalb um Ihre Mithilfe bitten

Informieren Sie bitte die o. g. Zielgruppe „Pflegedienstleitungen“ von Alten- und Pflegeeinrichtungen über dieses Seminarangebot unseres Verbandes, ggf. über die Leitung der jeweiligen Einrichtung, möglichst durch Zuleitung dieser Ausgabe unseres Mitteilungsblattes *UV aktuell* oder einer Kopie des Artikels.

### Hier die Schwerpunktthemen, die in dem Seminar behandelt werden sollen:

- Überblick über das außer- und innerbetriebliche Arbeitsschutzsystem,
- für den Pflegebereich relevante sowie neue Vorschriften,
- Integration von Arbeits- und Gesundheitsschutz in die betriebliche Organisation, z. B. im Rahmen eines QM-Systems,
- rückengerechtes Arbeiten in der Altenpflege,
- aktuelle Themen, insbesondere nach Wunsch der Teilnehmer.

### Für Rückfragen stehen zur

**Verfügung:** Tel. 0 89/ 3 60 93-3 44  
Herr Wiedemann (-1 39),  
Herr Morgenbrod (-3 53),  
Herr Zuchs (-3 71)

## Achtung! Seminar „Notfallmedizin für Betriebsärzte“ – neuer Termin 19. – 20. Juli 2004!

Das ursprünglich für 7./8. Juni vorgesehene Seminar wurde auf einen Termin außerhalb der Schulferien verschoben, um auch Betriebsärzten mit familiären Verpflichtungen die Teilnahme zu ermöglichen.

Sollten Sie also Zeit und Interesse haben, mit Dr. Dorsch Ihre praktischen notfallmedizinischen Fertigkeiten in Feldkirchen-Westerham zu trainieren, bitten wir um baldige Anmeldung.

Ihr Ansprechpartner: Herr Reischl, Tel.: 0 89/3 60 93-1 71



# Weiterentwicklung des Beitragssystems beim Bayer. GUVV

## Neue wirtschaftliche Rahmenbedingungen erfordern neue Beitragsstrukturen

### **Kommunalwirtschaftliche Entwicklung**

Seit Jahren gründen Gemeinden, Landkreise und Bezirke in zunehmendem Umfang rechtlich selbständige Unternehmen und übertragen ihnen die Erfüllung öffentlicher Aufgaben. Obwohl diese neuen Unternehmen in kommunaler Trägerschaft verbleiben, sind ihre Beschäftigten in der Regel nicht mehr eigene Beschäftigte der Kommune. In der Folge entwickeln sich die Beschäftigtenzahlen vieler Kommunen zurück, während andere ohne ausgegründete Unternehmen eine vergleichsweise höhere Zahl eigener Beschäftigter aufweisen. Oftmals unterscheiden sich die Beschäftigtenzahlen von Kommunen vergleichbarer Größe erheblich.

### **Auswirkungen auf den Beitrag zur gesetzlichen Unfallversicherung**

Diese Entwicklung erfordert Anpassungen im Beitragssystem des Bayer. GUVV. Nach den derzeit geltenden Satzungsbestimmungen werden die Beiträge der Gemeinden, Landkreise und Bezirke nach deren Einwohnerzahl berechnet. Der Beitragsmaßstab „Einwohnerzahl“ sorgte bislang für eine gerechte Beitragsverteilung, da Kom-

munen vergleichbarer Größe in etwa auch gleich viele Beschäftigte hatten und damit ein ähnliches Versicherungsrisiko aufwiesen. Diese Regel gilt jedoch nicht mehr. Vermehrte Ausgründungen führen dazu, dass immer mehr Kommunen mit geringerer Beschäftigtenzahl denselben Beitrag zu entrichten haben wie vergleichbare Kommunen mit deutlich mehr Beschäftigten. Darüber hinaus werden rechtlich selbständige kommunale Unternehmen zu einem eigenen Beitrag veranlagt, der wirtschaftlich ihren Trägern zuzurechnen ist. Zu Recht erwarten deshalb viele Kommunen, dass es mit der Ausgründung eines Unternehmens zu einer Minderung des eigenen kommunalen Beitrags kommen muss.

### **Notwendigkeit einer Weiter- entwicklung des Beitragssystems**

### **Beitrag nach dem Entgelt der Beschäftigten**

Vorstand und Vertreterversammlung des Bayer. GUVV haben auf diese Entwicklung reagiert und eine Anpassung des Beitragssystems an die veränderten kommunalwirtschaftlichen Rahmen-



bedingungen beschlossen. Kernpunkt der im November 2003 gefassten Beschlüsse ist, den Beitrag für die Beschäftigten der Kommunen künftig nicht mehr auf der Grundlage der Einwohnerzahl, sondern nach dem an die Beschäftigten entrichteten Entgelt zu berechnen. Eine geringere Beschäftigtenzahl drückt sich damit auch in der Höhe des Beitrags aus. Ebenso führt die Ausgründung eines kommunalen Unternehmens zu einer unmittelbaren Entlastung des kommunalen Beitrags. Es wird ein höheres Maß an Beitragsgerechtigkeit erreicht. Die Heranziehung des Entgelts als Beitragsmaßstab führt unter einem weiteren Gesichtspunkt zu mehr Beitragsgerechtigkeit: Wichtige Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung wie die Verletztenrente und

das Verletztengeld werden nach dem Entgelt der Versicherten berechnet. Das Entschädigungsrisiko eines Unternehmens spiegelt sich deshalb am nächsten in der Höhe des an die Beschäftigten entrichteten Entgelts wider.

#### **Weiterhin Beitrag nach Einwohnerzahl für die Unfallversicherung der Schüler**

Die Beiträge für die gesetzliche Unfallversicherung der Schüler und Kindergartenkinder werden jedoch weiterhin nach der Einwohnerzahl erhoben. Damit wird wie bisher eine zusätzliche Belastung von Städten und Gemeinden mit hohem Kinderanteil vermieden. Der Unfallversicherungsschutz für Kinder und Jugendliche bleibt eine gesamt-

gesellschaftliche Aufgabe der kommunalen Gemeinschaft. Dasselbe gilt für die Unfallversicherung der Hilfeleistenden und ehrenamtlich Tätigen sowie der Blutspender und Pflegepersonen, die nach den gesetzlichen Bestimmungen von den Kommunen aufzubringen ist.

#### **Einbeziehung bislang beitragsfreier Unternehmen in die Beitragspflicht**

Künftig werden die bislang beitragsfreien Unternehmen in die Beitragspflicht einbezogen. Davon betroffen sind die Verwaltungsgemeinschaften, die Zweckverbände, die Schul- und Berufsschulverbände und die kommunalen Krankenhäuser in selbständiger Rechtsform. Derzeit werden deren Aufwendungen auf die Kommunen umgelegt und ein Binnenausgleich durchgeführt, der sich von Fall zu Fall nach unterschiedlichen Regeln gestaltet. Das neue Verfahren entlastet den kommunalen Beitrag, vereinfacht die Beitragserhebung und stellt ein höheres Maß an Beitragstransparenz her. Interne Verrechnungen des Beitrags zur gesetzlichen Unfallversicherung, beispielsweise zwischen rechtlich selbständigen Krankenhäusern und deren Trägern, sind nicht mehr notwendig.

#### **Auswirkungen der Vorschläge**

##### **Vergleichsberechnung zwischen altem und neuem Beitrag**

Das neue System wirkt sich natürlich auch auf die Beitragshöhe bei den einzelnen Mitgliedern aus. Um die finanziellen Folgen der Umstrukturierung des Beitragssystems abschätzen zu können, führte der Bayer. GUVV eine Modellrechnung zwischen den alten und den neuen Beiträgen durch. Zu diesem Zweck wurden alle kommunalen Mitglieder des GUVV sowie alle bisher beitragsfreien Unternehmen gebeten, die Entgeltsummen für ihre Beschäftigten im Jahr 2000 zu melden. Dieser Bitte sind 93% der Mitglieder nachgekom-



men. Die gelieferten Daten ermöglichen eine Prognose der Auswirkungen der Systemumstellung, die zumindest als gesicherte Tendaussage dienen kann.

### **Beitragsentlastung für drei Viertel der Kommunen**

Nach den durchgeführten Berechnungen können ca. drei Viertel der kommunalen Gebietskörperschaften mit sinkenden Beiträgen rechnen. Bei etwa einem Viertel der Kommunen wird sich der Beitrag allerdings erhöhen. Der Entlastung der ganz überwiegenden Mehrzahl der kommunalen Mitglieder steht außerdem die erstmalige Heranziehung der bislang beitragsfreien Unternehmen zu eigenen Beiträgen gegenüber. Von Beitragssteigerungen sind insbesondere Kommunen ohne selbständige Unternehmen in kommunaler Trägerschaft betroffen. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass diese Mitglieder nur einen Beitrag zu entrichten haben, während bei Kommunen mit ausgegründeten Unternehmen neben dem kommunalen Beitrag weitere Beiträge der verselbständigten Unternehmen anfallen.

### **Begrenzung von Beitragssteigerungen**

Bei keiner Kommune soll nach dem neuen Modell der Beitrag umstellungsbedingt um mehr als 10 v. H. im Jahr steigen. Sprunghafte Beitragssteigerungen, die keinem Mitglied zumutbar wären, werden so vermieden. Der sich für die Stützung der Beiträge ergebende Finanzierungsbedarf wird aus den Betriebsmitteln des Bayer. GUVV gedeckt.

### **Verfahren**

Die Beiträge an den Bayer. GUVV werden jeweils im Dezember des Vorjahres für das laufende Beitragsjahr erhoben. Da die Entgelte des Vorjahres bis zu diesem Zeitpunkt nicht eingereicht werden können, sehen die neuen Bestimmungen eine Beitragserhebung auf der Grundlage der im jeweiligen Vorvorjahr entrichteten Entgelte vor. Ein Beispiel: Für das Beitragsjahr 2006 werden die

Beiträge für die kommunalen Beschäftigten im Dezember 2005 auf der Grundlage der Entgelte des Jahres 2004 erhoben. Die Mitglieder weisen dem Bayer. GUVV bis zum 30. April 2005 die Entgelte des Jahres 2004 nach. Damit verbleibt den kommunalen Mitgliedern ein ausreichend langer Zeitraum zur Abgabe der Entgeltnachweise. Lediglich bei den selbständigen Unternehmen in privater Rechtsform, z. B. bei einer kommunalen GmbH, bleibt es bei der Verpflichtung, die Entgeltnachweise innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf des Kalenderjahres einzureichen. Da diese Unternehmen insolvenzgeldpflichtig sind, werden die Entgelte bereits zu diesem Zeitpunkt für die Berechnung der Insolvenzdumlage benötigt. Die Unfallversicherungsträger haben die Insolvenzdumlage im gesetzlichen Auftrag für die Bundesagentur für Arbeit zu erheben.

### **Verwaltungsaufwand**

Die kommunalen Gebietskörperschaften und die bislang beitragsfreien Unternehmen werden ihre Entgelte künftig auch für den Beitrag zur gesetzlichen Unfallversicherung melden. Der dafür zu leistende Mehraufwand wird sich jedoch in engen Grenzen halten, denn die Kommunen melden bereits jetzt als Arbeitgeber ihre Entgeltsummen an die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung. Zwar müssen für die gesetzliche Unfallversicherung im Gegensatz zur Kranken- und Rentenversicherung zum Beispiel auch Nachtzuschläge, Feiertagszuschläge und bestimmte Gratifikationen angegeben werden, viele Kommunen können bei der Erfüllung dieser Aufgabe jedoch auf kommunale Dienstleister wie die AKDB zurückgreifen, sodass sich das neue Verfahren bald eingespielt haben wird.

### **Zeitpunkt der Einführung**

Das neue Beitragssystem wird erstmals auf den Beitrag für das Kalenderjahr 2005 Anwendung finden. Der Bayer. GUVV wird im Laufe des 2. Quartals 2004 um die Einreichung der Entgeltnach-



Krankenhaus Freyung

weise für das Kalenderjahr 2003 bitten, das als maßgebliches Bemessungsjahr für den Beitrag 2005 heranzuziehen ist. Ein Nachweis bis zum 30. April ist im Einführungsjahr schon aus technischen Gründen nicht möglich. Wir bitten alle Mitglieder, durch vollständige und rechtzeitige Einreichung eine problemlose Umstellung auf das neue System zu unterstützen.

*Autor:*

*Elmar Lederer, stv. Geschäftsführer  
des Bayer. GUVV/der Bayer. LUK*

**Bei Rückfragen stehen Ihnen  
gerne zur Verfügung:**

**Herr Heinrich Wettlaufer  
Tel. 0 89/3 60 93-2 91  
oder  
Herr Klaus-Hendrik Potthoff  
Tel. 0 89/3 60 93-3 88**





Landrat  
Theo Zellner

**Die Weiterentwicklung des Beitrags-systems des Bayer. GUVV ist letztlich auch eine Antwort auf die zunehmende Ausgliederung kommunaler Unternehmen. Besonders häufig werden kommunale Krankenhäuser in die selbständige Rechtsform überführt.**

**Zu den Hintergründen fragen wir den Präsidenten des Bayerischen Landkreistags, Herrn Landrat Theo Zellner.**

**UV aktuell:** *Aus welchen Gründen werden kommunale Betriebe vermehrt verselbständigt? Welche Vorteile versprechen sich die Kommunen?*

**Zellner:** Grundsätzlich gehen wir beim Betrieb unserer Krankenhäuser davon aus, dass die Wahl der Betriebsform allein noch nicht den wirtschaftlichen Erfolg garantieren kann. Unsere Beobachtungen bei den aktuellen Umfragen zur Wirtschaftlichkeit unserer Kreis-krankenhäuser lassen erkennen, dass es immer noch Krankenhäuser in der Rechtsform des Regiebetriebs gibt, die schwarze Zahlen schreiben. Erforderlich ist es aber, die Rahmenbedingungen der Geschäftsführung so zu optimieren, dass das operative Geschäft möglichst ohne sachfremde Einflüsse kostenbewusst geführt werden kann.

**UV aktuell:** *Wie viele Landkreise in Bayern führen ihre Krankenhäuser noch als Eigen- oder Regiebetriebe?*

**Zellner:** Nur noch sechs Landkreise mit neun Krankenhäusern betreiben ihre Kreiskrankenhäuser in der ursprünglich allein vorherrschenden Betriebsform des Regiebetriebs. Als Eigenbetrieb führen 17 Landkreise ihre 36 Krankenhäuser.

Die private Rechtsform der gemeinnützigen GmbH mit dem Landkreis als alleinigem Gesellschafter haben wir bei 30 Landkreisen mit 59 Krankenhäusern. Das selbständige Kommunalunternehmen erfreut sich zunehmender Beliebtheit. Diese Wahl haben inzwischen 16 Landkreise mit 29 Krankenhäusern getroffen.

**UV aktuell:** *Welches sind erfolgreiche Beispiele für ausgegliederte Unternehmen?*

**Zellner:** „Erfolg“ ist im Bereich der Krankenhäuser ein sehr anspruchsvolles Wort. Sie wissen vielleicht, dass die Krankenhäuser im Freistaat Bayern vor allem in öffentlicher Trägerschaft unter den ungleichen Rahmenbedingungen zu leiden haben. Hier macht sich besonders die seit 1993 geltende Deckelung der Krankenhausbudgets durch die bundesgesetzlichen Vorgaben negativ bemerkbar. Der Gesetzgeber fragt nicht nach der medizinischen Leistungsfähigkeit und den daraus resultierenden Kosten der Krankenhäuser, sondern nur nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Infolgedessen programmieren die gesetzlich erlaubten Steigerungsraten die Defizite vor. Dies ist unschwer daran zu erkennen, dass der Steigerungsrahmen für die Krankenhausbudgets im Jahr 2004 bei 0,02% liegt, während die Personalkostensteigerung bei 3 bis 4% auszumachen ist. 70 Prozent der Kosten sind durch das Personal gebunden. Im Vorjahr lag die gesetzliche Steigerungsrate bei 0,81%, während die Personalkosten effektiv um rd. 5% erhöht wurden.

Neben den BAT-Steigerungen machen den Krankenhausträgern die Aufwendungen für die Zusatzversorgung zu schaffen. Private Krankenhausträger haben es im Personalbereich leichter, weil sie weder an den BAT noch an die Zusatzversorgung gebunden sind. Dies führt zu einem Kostenvorteil von bis zu 30 Prozent. Die laufende Umstellung auf das Fallpauschalensystem bedingt weiterhin große Unklarheiten und

unternehmerische Risiken. Vor allem der daraus resultierende Rückgang der Verweildauer wird viele Krankenhausbetten entbehrlich machen. Schon jetzt versuchen viele Krankenhausträger, die unvermeidlichen Defizite mit haus-eigenen Mitteln zu beheben. Dies führt zur Stilllegung von Betten und zur Schließung von Stationen. Die Folge davon ist die Entlassung von Personal. Das alles beschleunigt den Prozess der Verschlechterung des stationären Angebots vor allem durch Schließung kleinerer Häuser.

**UV aktuell:** *Wie schätzen Sie die weitere Entwicklung des kommunalen Unternehmerrechts ein?*

**Zellner:** Regiebetrieb und Eigenbetrieb werden den komplexen betriebswirtschaftlichen und strukturellen Anforderungen des modernen Krankenhausbetriebs immer schwerer gerecht. Wir brauchen schnelle Entscheidungsmöglichkeiten. Diese oft auch bis in die Binnenstruktur eingreifenden Entscheidungen müssen möglichst ohne langwierige politische Abstimmungsprozesse getroffen werden können. Dies erfordert zunehmend rechtlich selbständige Unternehmensformen. Dafür eignen sich besonders die GmbH und das Kommunalunternehmen. Ein Landkreis betreibt sein Krankenhaus bereits in der Rechtsform der Aktiengesellschaft; allerdings notiert dieser Betrieb im Gegensatz zu Privatfirmen nicht an der Börse.

Es wird sich auch zunehmend die Notwendigkeit überregionaler Kooperation bis hin zu gemeinschaftlichen Holdinglösungen ergeben. Erste Anfänge sind bereits zu erkennen. Keinesfalls wird Kirchturmpolitik im Krankensektor weiterführen.

[theo.zellner@ira.landkreis-cham.de](mailto:theo.zellner@ira.landkreis-cham.de)

# Rauchen – nein, danke!

## Passivrauchen am Arbeitsplatz

**In Deutschland arbeiten über drei Millionen Nichtraucher in Räumen, in denen geraucht wird. Jahre- und jahrzehntelang sind diese so genannten Passivraucher Chemikalien ausgesetzt, die – wie inzwischen jeder weiß – Krebs auslösen können, die erbgutverändernd, fruchtschädigend oder fortpflanzungsgefährdend, sehr giftig, ätzend und/oder sensibilisierend wirken. Sie sind diesen Stoffen ohne Atemschutz und ohne Absauganlage ausgesetzt!**

Zigarettenrauchen ist bekanntermaßen gefährlich und ist nach wissenschaftlichen Untersuchungen die häufigste vermeidbare Ursache für einen frühen Tod in den Industrieländern. Darüber hinaus erzeugt Rauchen akute und chronische Erkrankungen und macht süchtig.

Was bislang aber oft unterschätzt wurde, ist das hohe Risiko, dem Nichtraucher ausgesetzt sind, wenn sie passiv Tabakrauch aufnehmen. Das Deutsche Krebsforschungszentrum schätzt, dass jährlich allein etwa 400 Lungenkrebstodesfälle bei Nichtrauchern auf das Passivrauchen zurückzuführen sind.

Als Passivrauchen wird das (meist) unfreiwillige Einatmen von Tabakrauch durch Nichtraucher bezeichnet. Die Zigarette stellt dabei die am meisten verbreitete Form des Tabakkonsums

dar. Der Rauch, dem ein Passivraucher ausgesetzt ist, setzt sich zusammen aus

- dem vom Raucher ausgeatmeten Hauptstromrauch und
- dem durch das Glimmen der Tabakprodukte entstehenden Nebenstromrauch.

Der Hauptstromrauch entsteht beim Ziehen an der Zigarette bei einer Temperatur von ca. 900°C. Der Nebenstromrauch breitet sich nach dem Ablegen der glimmenden Zigarette aus, die Entstehungstemperatur beträgt dabei etwa 400 bis 700°C.

### Was ist drin im Zigarettenrauch?

Im Zigarettenrauch sind über 4.000 chemische Substanzen enthalten, die bei den hohen Temperaturen in der Glutzone der Zigarette aus Tabak, Zusatzstoffen und Papier entstehen und gasförmig oder an Schwebstoffpartikel gebunden eingeatmet werden.

Darunter befinden sich

- mehr als 40 krebserzeugende Stoffe (polycyclische aromatische Kohlenwasserstoffe [PAK], tabakspezifische Nitrosamine, aromatische Amine, Benzol, Cadmiumverbindungen u. a.),
- Stoffe mit sehr giftiger bzw. giftiger Wirkung (Nikotin, Blausäure, Phenol,

Stickstoffdioxid, Kohlenstoffmonoxid, u. a.),

- Stoffe mit reizenden und sensibilisierenden Wirkungen (Formaldehyd, Schwebstaub u. a.).

Qualitativ (Art der Stoffe) unterscheiden sich Haupt- und Nebenstromrauch kaum, jedoch sind quantitativ (Menge der Stoffe) große Unterschiede festgestellt worden. Der Passivraucher atmet zwar im Gegensatz zum Raucher den Tabakrauch in verdünnter Form ein. Der höhere Gehalt gerade an den sehr gesundheitsgefährdenden Stoffen im Nebenstromrauch relativiert diesen Verdünnungseffekt jedoch wieder. So sind gefährliche Substanzen im Nebenstromrauch in bis zu hundertfach höheren Konzentrationen enthalten. Die Tabelle zeigt für eine Auswahl gefährlicher Stoffe die pro Zigarette freigesetzten Mengen im Hauptstromrauch und das Verhältnis der Stoffkonzentrationen im Haupt- und Nebenstromrauch. Die Konzentrationen wurden unter definierten Bedingungen ermittelt. Mit in die Tabelle aufgenommen ist die relevante Einstufung der ausgewählten Stoffe nach Gefahrstoffverordnung (GefStoffV).

### Passivrauchen gefährdet die Gesundheit

Die Verweildauer der Bestandteile des Tabakrauchs in der Raumluft ist lang.



**Tabelle:**

Stoffe im Haupt- und Nebenstromrauch und ihre Einstufung nach Gefahrstoffverordnung (Auswahl aus [1])

Stoff	Hauptstrom (µg / Zigarette)	Verhältnis Neben- zu Haupt- stromrauch	relevante Einstufung des Stoffes nach GefStoffV *
4-Aminobiphenyl	0,003 – 0,005	31 : 1	krebserzeugend (K 1)
Benzol	12 – 48	5 – 10 : 1	krebserzeugend (K 1) erbgutverändernd (M 2) giftig
1,3-Butadien	69	3 – 6 : 1	krebserzeugend (K 1) erbgutverändernd (M 2)
2-Naphthylamin	0,001 – 0,022	30 : 1	krebserzeugend (K 1)
Nickel	0,02 – 0,08	12 – 31 : 1	krebserzeugend (K 1)
Kohlenstoffmonoxid	13.000 – 22.000	2,5 – 4,7 : 1	fruchtschädigend (R <sub>F</sub> 1) giftig
Benzo[a]pyren	0,038	2,1 – 3,5 : 1	krebserzeugend (K 2) erbgutverändernd (M 2) fortpflanzungsgefährdend (R <sub>F</sub> 2) fruchtschädigend (R <sub>F</sub> 2)
Cadmium	0,1 – 0,12	3,6 – 7,2 : 1	krebserzeugend (K 2)
Dimethylnitrosamin	0,01 – 0,04	20 – 100 : 1	krebserzeugend (K 2)
Anilin	0,36	29,7 : 1	krebserzeugend (K 3) giftig (T)
Formaldehyd	70 – 100	0,1 – 50 : 1	krebserzeugend (K 3) giftig ätzend sensibilisierend
Acrolein	60 – 100	8 – 15 : 1	sehr giftig ätzend
Ammoniak	50 – 130	3,5 – 5,1 : 1	giftig ätzend
Blausäure	400 – 500	0,1 – 0,25 : 1	sehr giftig
Nikotin	1.330 – 1.830	2,6 – 3,3 : 1	sehr giftig

\* Gefährlichkeitsmerkmale:

K 1: Stoffe, die beim Menschen bekanntermaßen krebserzeugend wirken

K 2: Stoffe, die beim Menschen als krebserzeugend angesehen werden sollten

K 3: Stoffe mit möglicherweise krebserzeugender Wirkung

M 2: Stoffe, die als erbgutverändernd für den Menschen angesehen werden sollten

R<sub>F</sub> 2: Stoffe, die als beeinträchtigend für die Fortpflanzungsfähigkeit des Menschen angesehen werden solltenR<sub>F</sub> 1: Stoffe, die beim Menschen bekanntermaßen fruchtschädigend wirkenR<sub>F</sub> 2: Stoffe, die als fruchtschädigend für den Menschen angesehen werden sollten

[1] Begründungen zur Bewertung von Stoffen als krebserzeugend, erbgutverändernd oder fortpflanzungsgefährdend; Passivrauchen; Ausschuss für Gefahrstoffe, Mai 2002

In einem unbelüfteten Raum kann man noch Stunden nach dem Rauchen mehrerer Zigaretten erhöhte Schadstoffkonzentrationen messen. Ein Nichtraucher, der zwei Stunden in einem verrauchten Raum verbringt, nimmt so viele Schadstoffe auf, als hätte er selbst eine Zigarette geraucht! Passivraucher können deshalb dieselben akuten oder chronischen Gesundheitsschäden – wenn auch in geringerem Umfang und mit

geringerer Häufigkeit – wie die Raucher selbst erleiden:

- Die Ergebnisse vieler Studien sowohl an Nichtrauchern, die mit einem rauchenden Partner zusammenlebten, als auch Studien an Nichtrauchern, die am Arbeitsplatz Zigarettenrauch ausgesetzt waren, belegen ein erhöhtes Risiko der Passivraucher, an Lungenkrebs zu erkranken. Es wurde eine Expositions-Wirkungs-Beziehung gefunden; das Lungenkrebsrisiko von Passivrauchern ist gegenüber Nichtrauchern um bis zu 30% erhöht. Auch ein erhöhtes Auftreten von Nasennebenhöhlenkarzinomen bei Passivrauchern ist belegt.

- Passivraucher leiden häufiger als Nichtraucher an chronischen Erkrankungen der Atemwege, z. B. chronischer Bronchitis, infektiöser Lungenentzündung und neu auftretenden Asthmaanfällen. Das Risiko für diese Erkrankungen ist für Passivraucher um ca. 50% erhöht.
- Auch das Risiko chronischer Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems ist für Passivraucher erhöht. So werden der Prozess der Arterienverkalkung beschleunigt, die Anpassung des Herz-Kreislauf-Systems an wechselnde Belastungen erschwert und Herzkrankungen prägen sich schneller aus.

Aufgrund der Gefährdungen, die von Tabakrauch ausgehen, hat die Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe der Deutschen Forschungsgemeinschaft bereits 1998 den Tabakrauch in der Raumluft als eindeutig krebserzeugend für den Menschen eingestuft. Seit Mai 2002 ist Passivrauchen nach den Kriterien der Gefahrstoffverordnung als krebserzeugend und fruchtschädigend für den Menschen (jeweils Kategorie 1) sowie als möglicherweise erbgutverändernd eingestuft. Die Begründung für die Einstufung ist vom Ausschuss für Gefahrstoffe (AGS) erstellt worden und ist unter [www.baua.de/prax/](http://www.baua.de/prax/) zugänglich.

### Rechtliche Grundlagen des Nichtraucherschutzes am Arbeitsplatz

Seit jeher hat ein Beschäftigter gegenüber seinem Arbeitgeber auf der Grundlage des Paragraphen 618 des **Bürgerlichen Gesetzbuches** ein Recht auf den Schutz seiner Gesundheit am Arbeitsplatz (Fürsorgepflicht). Dieses Recht wird jedoch für den Einzelfall eingeschränkt, wenn die Art der Arbeitstätigkeit den notwendigen Schutzmaßnahmen entgegensteht. Bislang fehlte jedoch, abgesehen von Sonderregelungen bezüglich spezieller Arbeitsbereiche nach der Gefahrstoffverordnung, ein ausdrücklicher Nichtraucherschutz.

Dieses besondere Recht zum Schutz der Nichtraucher am Arbeitsplatz wurde am 2. Oktober 2002 mit der Ergänzung der **Arbeitsstättenverordnung** durch den Paragraph 3 a geschaffen. Danach ist jeder Arbeitgeber verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um Nichtraucher wesentlich besser als bisher vor dem Passivrauchen zu schützen. Wie bereits in *UV aktuell 1/2003* berichtet, hat die Neuregelung folgenden Wortlaut:

## „ § 3 a Nichtraucherschutz

**(1) Der Arbeitgeber hat die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, damit die nicht rauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch geschützt sind.**

**(2) In Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr hat der Arbeitgeber Schutzmaßnahmen nach Absatz 1 nur insoweit zu treffen, als die Natur des Betriebes und die Art der Beschäftigung es zulassen.“**

Paragraph 3 a Absatz 1 enthält die grundsätzliche Verpflichtung des Arbeitgebers zum wirksamen Nichtraucherschutz für alle Beschäftigten in allen Arbeitsstätten. Absatz 2 enthält die Ausnahme, die nur für Arbeitsplätze mit Publikumsverkehr und für bestimmte Arten der Beschäftigung möglich ist (das sind insbesondere Gasträume in Gaststätten). Trotzdem hat der Arbeitgeber auch in diesen Ausnahmefällen die Pflicht zur Minimierung der Passivrauchbelastung der Beschäftigten. Durch eine ergänzende Änderung in Paragraph 1 der Arbeitsstättenverordnung (Geltungsbereich) gilt der Nichtraucherschutz u. a. auch im Bereich des öffentlichen Verkehrs, in dem die Verordnung sonst keine Anwendung findet.

## Maßnahmen zum Nichtraucherschutz

Mit der Ergänzung der Arbeitsstättenverordnung wird kein generelles Rauchverbot in Arbeitsstätten gefordert. Allerdings ist nun der betriebliche Nichtraucherschutz aus der Privatsphäre der direkt Betroffenen herausgehoben und ausdrücklich der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers zugeordnet worden. Dieser ist verpflichtet tätig zu werden,

wenn gegen den Nichtraucherschutz im Betrieb verstoßen wird.

In der Praxis wird es weiterhin schwierig sein, den Nichtraucherschutz optimal umzusetzen. Der neue Paragraph in der Arbeitsstättenverordnung gibt jedoch dem Arbeitgeber einen großen Spielraum bei der Auswahl der Schutzmaßnahmen – die natürlich auch von den

### Diese Schutzmaßnahmen sind geeignet, die Forderung der Arbeitsstättenverordnung zu erfüllen:

- **Die Trennung rauchender von nicht rauchenden Beschäftigten während der Arbeit**

Das geschieht durch Planung und Einrichtung von Raucher- und Nichtraucherzimmern bzw. -abteilungen. Die Maßnahme ist dann nicht ausreichend, wenn sich nicht rauchende Beschäftigte aufgrund der Informations-Beschaffung oder des -Austausches zeitweise in Raucherzimmern aufhalten müssen. Besteht keine Möglichkeit der räumlichen Trennung, muss der Arbeitgeber ein Rauchverbot für gemeinsam von Rauchern und Nichtrauchern genutzte Räume erlassen.

- **Lüftungsmaßnahmen in Raucherräumen**

Raucherräume sollen generell nach außen entlüftet werden, damit Rauch nicht in benachbarte Räume bzw. Gänge zieht. Ein verrauchter Raum ist erst nach langfristigen Lüftungsmaßnahmen für Nichtraucher nutzbar. Kurzfristige Stoßlüftungen reichen dazu nicht aus!

- **Die Schaffung von Raucherzonen außerhalb oder innerhalb des Gebäudes**

Um den Nichtraucherschutz zu gewährleisten, genügt für die Zigarettenpause bereits ein Unterstand im Freien. Soll das Rauchen innerhalb des Gebäudes erlaubt sein, sind Raucherzonen dort auszuweisen, wo der Rauch niemanden stört oder gefährdet. Aus diesem Grund sollten alle öffentlichen Räume, z. B. Flure, Treppenhäuser, Aufenthaltsräume, rauchfrei gehalten werden. Seit einiger Zeit sind auch wirksame und ansprechende offene Kabinen im Handel, in denen im Umluftbetrieb die verrauchte Luft abgesaugt und durch einen Filter gereinigt wird. Die notwendige regelmäßige Wartung und der Austausch des Filtermaterials sind jedoch bei der Kostenplanung zu berücksichtigen.

räumlichen und finanziellen Voraussetzungen sowie den Wünschen der Beschäftigten beeinflusst werden. Der Arbeitgeber muss allerdings gegenüber seinen nicht rauchenden Beschäftigten den Nachweis führen können, dass er die erforderlichen wirksamen Maßnahmen getroffen hat. Als wirksam ist eine Maßnahme dann anzusehen, wenn kein Tabakrauch im Aufenthaltsbereich des Nichtraucher nachweisbar bzw. wahrnehmbar ist und Beschäftigte nicht über relevante Befindlichkeitsstörungen klagen.

Bei innerbetrieblichen Regelungen zwischen Arbeitgeber und Beschäftigten zum Schutz der Nichtraucher ist nach Art. 75 Abs. 4 Nr. 8 des Bayerischen Personalvertretungsgesetzes der Personalrat zu beteiligen. Außerdem sollten die Fachkraft für Arbeitssicherheit und der Betriebsarzt bei der Beratung zum Nichtraucherschutz herangezogen werden. Ziel sollte immer sein, eine von allen Beschäftigten zu akzeptierende Regelung zu finden, die den Betriebsfrieden nicht nachhaltig beeinträchtigt.

Der Nichtraucherschutz ist auch in der Allgemeinen Geschäftsordnung des Freistaats Bayern festgelegt.

### Nichtraucherschutz im Betrieb – ein Konfliktherd?

Bis zur Einführung des § 3 a Arbeitsstättenverordnung war die Rechtslage zum Nichtraucherschutz sehr umstritten. Mitarbeiter, die sich und andere vor Gesundheitsgefährdungen durch Passivrauche schützen wollten, wurden bis dahin häufig in der Rolle des „Unruhestifters“ wahrgenommen. Meinungsverschiedenheiten zum betrieblichen Umgang mit dem Raucherschutz wurden

häufig vor Gericht ausgetragen – ein Umstand, der das große Konfliktpotenzial dieses Themas verdeutlicht.

Gerade im Hinblick auf die Spannungen, die durch einen konsequenten Nichtraucherschutz im Betrieb hervorgerufen werden können, muss jedoch auch die Situation der Raucher mit berücksichtigt werden. Nicht jeder kann oder will sofort aufhören zu rauchen. Schon im Vorfeld der Einführung von Rauchverboten sollten daher die Betroffenen auf Hilfsangebote wie Entwöhnungskurse, Nikotinpräparate etc. hingewiesen werden. Informationsworkshops können informieren und die Motivation der Teilnehmer stärken, von der Nikotinabhängigkeit wegzukommen.

### Nichtraucherschutz im Konsens

Insgesamt ist festzuhalten, dass die betriebliche Lösung des Nichtraucherschutzes nicht allein „technisch“ durch Raumtrennung etc. bewerkstelligt werden kann. Auch mit dem Angebot von Entwöhnungskursen allein kann das infolge unterschiedlicher Auffassungen von Rauchern und Nichtrauchern belastete Arbeitsklima häufig nicht beruhigt werden. Vielmehr ist es wichtig, das Rauchen im Betrieb zu thematisieren, ohne die Beschäftigten, die rauchen, zu diskriminieren. Zur Sicherstellung des Betriebsfriedens sind daher die Erörterung im Konsens sowie der Abschluss einer Dienstvereinbarung zum Nichtraucherschutz, flankiert von aufklärenden Maßnahmen, zu empfehlen.

*Autorin:*

*Dr. Gisela Lohmann, Unfallkasse Sachsen,  
ergänzt durch Hinweise von Gudrun Falter,  
Landesunfallkasse NRW*

### Beratung und weitere Hilfen für Betroffene:

Die Bundesvereinigung für Gesundheit unterhält ein Projektbüro zu Fragen des betrieblichen Nichtraucherschutzes  
Telefon 02 28/9 87 27-13/-17,  
Mo – Fr 10.00 Uhr bis 12.00 Uhr

Das Institut für präventive Pneumologie am Klinikum Nürnberg bietet unter dem Motto „Helpline – Bayern wird rauchfrei“ eine telefonische Beratung für aufhörwillige Raucher  
Telefon 08 00/1 41 81,  
Mo – Fr 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr

Informationsmaterial zur Raucherentwöhnung bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
[www.rauchfrei-kampagne.de](http://www.rauchfrei-kampagne.de)

Faltblatt „Nichtrauchen am Arbeitsplatz“ mit einem Vorschlag für eine Betriebsvereinbarung beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen  
[www.bkk.de](http://www.bkk.de)

„Netzwerk mehr Gesundheit im Betrieb“: [www.gesamet.de/nichtraucherschutz.html](http://www.gesamet.de/nichtraucherschutz.html)

„Wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft Raucher-Entwöhnung und Gewichtsreduktion WAREG e. V.“  
[www.wareg.de](http://www.wareg.de)

Bundesvereinigung für Gesundheit  
[www.who-nichtrauchertag.de/html/nrs\\_kontaktliste.html](http://www.who-nichtrauchertag.de/html/nrs_kontaktliste.html)





**NEU ERSCHIENEN**

## Gefahren lauern im Haushalt

Nicht am Arbeitsplatz sind wir den größten Unfallgefahren ausgesetzt. Nach einem soeben erschienenen Bericht des Statistischen Bundesamtes verletzen sich deutlich mehr Menschen im Haushalt und in der Freizeit als bei der Arbeit.

So sind im Jahr 2001 von den insgesamt 8,83 Millionen Verletzten in Deutschland 30,91 Prozent im Haushalt und 29,8 Prozent in der Freizeit gegenüber 16,4 Prozent in der Arbeit verunglückt. Auch die Schule ist mit 17,2 Prozent unfallträchtiger als der Arbeitsplatz.

Bei den durch Unfälle getöteten Menschen sind die Bereiche Verkehr (35,1 Prozent), Hausarbeit (29,5 Prozent) und Freizeit (28,3 Prozent) führend. Lediglich 3,9 Prozent der Getöteten sind am Arbeitsplatz ums Leben gekommen.

Diese aktuellen Zahlen belegen eindrucksvoll den hohen Stellenwert

des Arbeitsschutzes in Deutschland sowie die sehr erfolgreiche Präventionsarbeit in den Betrieben.

Für die gesetzliche Unfallversicherung, die neben Arbeits- und Wegeunfällen und Schulunfällen auch für die Unfälle von Haus- und Garten Helfern zuständig ist, bedeuten diese statistischen Erhebungen, sich intensiv mit der Prävention von Haushaltsunfällen zu beschäftigen (wobei viele Unfälle im Haushalt nicht die angemeldeten und bezahlten Haushaltshilfen betreffen, sondern Hausfrauen, die nicht von der gesetzlichen Unfallversicherung erfasst und versichert werden).

### Prävention im Haushalt

Der Bayer. GUVV hat daher gemeinsam mit der Aktion „Das sichere Haus“ (DSH) eine neue Faltblattserie zu den häufigsten Gefahrenquellen im Haus-

halt aufgelegt. Sie enthält fünf Informationshefte zu den Themen:

- Grillunfälle,
- Sturzunfälle,
- Stromunfälle,
- Sicherer Hausputz,
- Stolperfallen.

Jedes dieser Faltblätter zeigt sehr praxisnah und konkret die Gefährdungen im Haushalt und gibt Tipps, welche vorbeugende Maßnahmen möglich sind, um Unfälle zu vermeiden.

Die Faltblattserie ist kostenlos bei der **Aktion „Das sichere Haus“ (DSH)** Holsteinischer Kamp 62, 22081 Hamburg

sowie beim **Bayer. GUVV** Referat Öffentlichkeitsarbeit, Fax 0 89/3 60 93-3 79 oder per E-Mail unter [oea@bayerguvv.de](mailto:oea@bayerguvv.de) zu erhalten.



## Bleib gesund, fahr Rad

„Mit dem Rad zur Arbeit“ heißt es auch in diesem Jahr wieder bei einer Aktion der AOK, der Gewerkschaft ver.di, des Allgemeinen Deutschen Fahrrad-Clubs (ADFC) und der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft. Mit dem Rad zur Arbeit fahren ist gesund, umweltfreundlich und dazu billig. Wer sich bewegt, leidet weniger unter Stress, ist weniger anfällig für Krankheiten und bleibt fit.

Daher wurde nun bereits zum vierten Mal der Wettbewerb „Mit dem Rad zur Arbeit“ ausgeschrieben, der vorsieht, dass jeder Teilnehmer mindestens die Hälfte seiner Arbeitstage im Aktionszeitraum 21.6. bis 18.7.2004 mit dem Fahrrad zur Arbeit fährt. Die Teilnahme erfolgt in Teams mit je vier Mitarbeitern eines Unternehmens, die bei erfolgreichem Abschluss attraktive Preise gewinnen können.

**Bewerbungsschluss ist der 11.6.2004. Information und Anmeldung unter [www.mit-dem-rad-zur-arbeit.de](http://www.mit-dem-rad-zur-arbeit.de)**

# Seminar „Verkehrserziehung bei Menschen mit Behinderungen“



Anlässlich des „Jahres der Menschen mit Behinderungen“ veranstalteten der Bayer. GUVV/die Bayer. LUK in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Medien, Weiterbildung und Medienkonzeption mbH (GWM) erstmals ein Seminar zu diesem Thema. Den fachlichen Teil des Seminars gestaltete Herr Dipl.-Päd. Lehnert von der GWM in sehr kompetenter und ansprechender Form. Positiv überraschte die wahre Flut von Anmeldungen. Wegen der im Seminar enthaltenen praktischen Übungen musste die Teilnehmerzahl allerdings auf 18 Personen begrenzt werden.

Das Seminar in Pleinfeld vom 17./ 18. 12.2003 begann mit einem Erfahrungsaustausch. Die eingeladenen Förderlehrkräfte berichteten von ihren Erfahrungen mit verkehrspraktischen Übungen und den Schwierigkeiten, denen sie und ihre Schützlinge im Alltag oft gegenüberstehen. Dies sind die Beschaffung von sicheren und geeigneten Übungsfahrrädern, die Wahl des Gelän-

des, die Bildung von homogenen Gruppen beim Training, die verschiedenen Anforderungsstufen und der Erwerb einer Qualifikation mit „Prüfungscharakter“. Dies waren die häufigsten der genannten Probleme, wobei sich die Anwesenden bereits hier gegenseitig wertvolle Tipps und Unterstützung geben konnten.

Bekanntlich unterscheiden sich Kinder generell in der Verkehrswelt in ihrer Wahrnehmung ganz entscheidend von Erwachsenen: Das Richtungshören ist noch nicht so differenziert ausgeprägt, bei einem zentralen optischen Reiz wird die Umgebung oft ausgeblendet, das Sichtfeld ist eingeschränkt, Gefahrenbewusstsein und Selbsteinschätzung stimmen mit den situativen Gegebenheiten oft nicht überein. Zudem können sie Geschwindigkeiten nur schlecht einschätzen.

Bei Kindern mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen wirken sich diese Wahrnehmungsfehler umso stärker aus. Selbst das Erlernen von Regelwissen erfordert hier eine starke Differenzierung je nach Art der Behinderung: Ein Verhaltensrepertoire wie das Erkennen von Farben und die entsprechende Reaktion müssen im Ernstfall in Sekundenschnelle verfügbar sein oder gar modifiziert werden können. Geübte Verhaltensmuster wie „bei Grün gehen“ verlieren ihre Gültigkeit, wenn als akustischer Reiz ein Martinshorn dazukommt. Ängste, Zwangsstörungen oder der Einfluss notwendiger Medikamente erschweren manchmal situationsgerechtes Verhalten im Straßenverkehr.

## Hier hilft nur eine Pädagogik der kleinen Schritte:

Übungen auf sicherem Terrain, die nötige Differenzierung nach Umfang der Einschränkung, das Löschen von oft falschen Verhaltensweisen, das schrittweise Erarbeiten von Regeln, die Orientierung an Vorbildern (und hier sind wieder einmal mehr wir alle gefragt!), geduldiges Wiederholen des Gelernten und das Verwenden aktueller Unterrichtsmedien und Hilfsmittel spielen dabei eine ganz entscheidende Rolle. Der Referent präsentierte für den Unterricht Videofilme und Spielesortimente zur Sinnesschulung sowie eine Aufsatzsammlung zu dieser speziellen Thematik. Außerdem wurden besondere Fahrradtypen, Fahrradhelme und Kindersitze vorgestellt, um den Kollegen auch den heutigen technischen Standard vorzuführen.

Zum Schluss bedankten sich die Teilnehmer bei den Referenten der GWM, des Bayer. GUVV und der Bayer. LUK für die sehr informativen Vorträge und die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch, der auch untereinander in Zukunft gepflegt werden soll. Außerdem wurde der Hoffnung Ausdruck verliehen, dass – nicht zuletzt auch wegen der großen Nachfrage – weitere Seminare dieser Art angeboten werden.

### Autoren:

**Katja Seßlen (Beratungslehrerin) und  
Dipl.-Ing. (FH) Peter Schraml, Geschäftsbereich  
Prävention beim Bayer. GUVV**

# Von der Fallpauschal

## DRGs – vier Buchstaben, die in den Berufsgenossenschaften zurzeit für erhebliche Verunsicherung sorgen

**Für die einen ist es die umfassendste Krankenhausreform aller Zeiten. Für die anderen eine Unbekannte, die erhebliche Auswirkungen auf Organisation, Abläufe und Kostenentwicklung bei den Unfallversicherungsträgern hat.**

Kaum ein Tag vergeht ohne neue Vorschläge in den Diskussionen zur Reform des Gesundheitswesens. Eine dieser Maßnahmen ist die erwähnte „umfassendste Krankenhausreform aller Zeiten“, wie sie das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMSG) nennt: das Fallpauschalengesetz vom April 2002. Mit diesem Gesetz wurde ein neues Vergütungssystem für Krankenhausleitungen eingeführt: die so genannten DRGs (Diagnosis Related Groups). Und diese DRGs haben tatsächlich weit reichende Auswirkungen in der Krankenhauswelt und bei den Leistungsträgern.



Arzt im Gespräch mit einer Patientin

### Was sind eigentlich DRGs?

Sie haben es bestimmt schon erraten: natürlich wieder einmal etwas aus Amerika! Allerdings haben dieser Begriff und dieses System diesmal einen Umweg über Australien genommen, bevor sie hier in der Bundesrepublik Deutschland eingeführt wurden. DRGs sind an der Diagnose orientierte Fallpauschalen. Sie fassen eine Vielzahl von unter-

schiedlichen Diagnosen und damit Krankheitsarten zu einer überschaubaren Anzahl von Abrechnungspositionen mit vergleichbarem Aufwand zusammen.

Dabei erfolgt die Zuordnung zu einer Abrechnungsposition über medizinische Diagnose-, Operations- und Prozeduren-

schlüssel. Zusätzlich werden im Einzelfall weitere Kriterien herangezogen, wie z.B. Alter oder Geschlecht der Patienten. Somit kann das gesamte Leistungsspektrum von Krankenhäusern in einem Katalog abgebildet werden. Zusätzlich trägt das System durch Haupt- und Nebendiagnosen unterschiedlichen Schweregraden Rechnung.



# ale zur

# „Falschpauschale“?

## Warum wurde eine andere Vergütung im Krankenhausbereich nötig?

### Ein Vergleich der durchschnittlichen Verweildauer gibt uns vielleicht eine Antwort.

Bis Ende 2002 wurden Krankenhausleistungen in Deutschland zu 75 % über tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet. D. h., die Leistung des Krankenhauses wurde über die Liegedauer des Patienten honoriert. Bei einem Anteil von nur 25 % der Patienten erfolgt die Kostenerstattung über andere Kriterien wie Fallpauschalen und Sonderentgelte, insbesondere für gängige Operationen.

Vergleicht man international die Verweildauer in den Krankenhäusern, so standen im Jahre 1999 einer akutstationären Verweildauer von 9,9 Tagen in Deutschland 8,5 Tage in Belgien, 5,9 Tage in Österreich, 5,9 Tage in den USA und 5,5 Tage in Frankreich gegenüber.

### Durch Fallpauschalen soll die Verweildauer auf das medizinisch notwendige Maß reduziert werden.

Das Prinzip einer pauschalierten Vergütung auf Basis von Diagnosen wurde in den USA Mitte der 70er Jahre entwickelt.

Ungefähr zehn Jahre später erfolgten dort erstmals Abrechnungen nach diesem System. Andere Länder, z. B. Australien, aber auch viele europäische Länder übernahmen dieses Vergütungsverfahren und entwickelten es ständig weiter. Die 1992 in Australien eingeführten AR-DRGs (Australian Refinded-Diagnosis-Related-Groups) gelten als das am weitesten entwickelte System und bilden die Grundlagen für die G-DRGs (German-Diagnosis-Related-Groups).

Bereits seit 1. Januar 2003 konnten Krankenhäuser freiwillig nach dem DRG-Fallpauschalensystem abrechnen. Verpflichtend ist dieses Abrechnungssystem grundsätzlich für alle Krankenhäuser nunmehr seit 1. Januar 2004. Ab 2007 gelten dann für alle Krankenhäuser in Deutschland gleiche Abrechnungsvoraussetzungen.

### Verunsicherung bei den BGen: Wird weiterhin angemessene Behandlung gewährleistet?

Mindestens zwei Gründe sorgen dafür, dass im Moment im Umfeld der gesetzlichen Unfallversicherung eine

gewisse Verunsicherung hinsichtlich der Einführung der Fallpauschalen besteht.

Zum einen die Frage, ob die errechneten Pauschalen tatsächlich die Kostenbelastungen realistisch ausweisen. Zum anderen die Befürchtung, dass Schwerverletzte künftig nicht mehr angemessen behandelt und rehabilitiert werden könnten. Daneben müssen natürlich noch organisatorische Voraussetzungen geschaffen werden, damit die Abrechnungen der Krankenhäuser auch künftig vollständig und durchgängig geprüft werden können.

Zweifel an der sachgerechten Festlegung der Fallpauschalen bestehen deshalb, weil die German-DRGs unter großem Zeitdruck erstellt wurden. Einige der Fallpauschalen sollen nach Ansicht von Experten unrealistische Kostengewichte ausweisen. Der Grund liegt vermutlich darin, dass keine der deutschen Universitätskliniken bei der Erstkalkulation miteinbezogen war. Deshalb bilden die G-DRGs in der Version 1.0 schwere Fälle offensichtlich nicht sachgerecht ab. Teure Fälle werden nach ersten Erkenntnissen eher unterbewertet, billigere Fälle eher überbewertet.



Sachbearbeiter steuern das Heilverfahren

In diesem Zusammenhang sprechen gerade die Krankenhäuser von einem Reformdesaster. Gar von gnadenloser Selektion ist die Rede. Es wird unterstellt, dass sich jedes Krankenhaus die profitabelsten Krankheitsbilder sucht. Verlierer seien dann die Schwerstverletzten, denn jede Klinik werde sich die „besten Risiken“ herausuchen.

## Die deutsche Gründlichkeit?

Auch nach Ansicht der Berufsgenossenschaften bedroht die umfassende Einführung der DRGs die adäquate Versorgung schwerst verletzter Unfallopfer. Besonders bei Querschnittgelähmten, Schwerbrandverletzten, Schädelhirnverletzten und polytraumatisierten Patienten ist eine Verschlechterung in der Versorgung zu befürchten. Sehr schwere Fälle sind im DRG-System nämlich nicht darstellbar. Sämtliche anderen Länder, die dieses System verwenden, haben besonders schwere Fallgruppen aus der pauschalierten Abrechnung herausgenommen. Deutschland ist das erste Land, das ausschließlich über DRGs abrechnen will. Ausgenommen sind lediglich psychiatrische Behandlungen.

Diese, nach Ansicht vieler Fachleute, übertriebene deutsche Gründlichkeit, wurde inzwischen im Rahmen einer Gesetzesänderung abgeschwächt. Danach können jetzt doch „besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwer kranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden“. Zumindest eine kleine, aber dringend notwendige Korrektur, die den Unfallversicherungsträgern aber nicht weit genug geht.

## Welche Auswirkungen können die Fallpauschalen bei den Leistungsträgern haben?

### Mögliche Szenarien:

DRGs werden

- zu mehr Fällen und insgesamt steigenden Kosten in der Unfallversicherung führen,
- die Fallsteuerung erschweren,
- die Rehabilitation noch wichtiger werden lassen.

## Vermeintliche Lösungen?

Die Unfallversicherungsträger müssen

- die Steuerung verstärken, d. h. vermehrt Besuche im Akut-Krankenhaus bei schweren Verletzungen,
- BG-Kliniken verstärkt in der Akutphase in Anspruch nehmen,
- BGSW (Berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung) und ambulante Rehabilitation weiter ausbauen.

Die verbindliche Einführung der Fallpauschalen – ein weiterer Grund dafür, sich noch intensiver um die aktive Steuerung des Heilverfahrens zu kümmern. Gemäß unserem gesetzlichen Auftrag müssen wir „mit allen geeigneten Mitteln“ versuchen, die zu erwartenden Lücken in der Rehabilitation zu vermeiden. So genannte Reha-Lücken könnten wegen der frühzeitigen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus entstehen. Deshalb gewinnen weiterführende Reha-Angebote zunehmend an Bedeutung. Hier sind das Know-how und das Engagement der jeweiligen Leistungsträger gefragt.

## Prozeduren, Grouper, Bewertungsrelation, Case-Mix-Index oder Kodierrichtlinien

Keine Geheimsprache, nur neue Begriffe, mit denen wir uns anfreunden müssen. Außerdem müssen in den Verwaltungen Geschäftsabläufe überprüft und neu gestaltet werden. Die Anschaffung einer geeigneten Prüfsoftware ist ebenso zwingend erforderlich. Sie reicht aber allein nicht aus. Die vereinfachte Prüfung von Krankenhausrechnungen über Verweildauer und Pflegesätze ist passé. Zukünftig müssen die erhobenen Daten im Berichtswesen der Behandler mit den Angaben in den DRG-Abrechnungen abgeglichen werden. Ein erheblicher organisatorischer Aufwand, der ohne entsprechende Fachkenntnisse von gut ausgebildeten

Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht geleistet werden kann.

So haben die Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken in Deutschland den UV-Trägern ihre Unterstützung bei der Prüfung von DRG-Abrechnungen zugesagt. In Extremfällen fordert nämlich die sachliche Prüfung einer DRG-Abrechnung medizinisches Expertenwissen.

### Und noch eine wichtige Hilfe!

Um den gesetzlichen Auftrag, „mit allen geeigneten Mitteln“ Arbeitsunfallver-

letzte und Berufserkrankte zu rehabilitieren, erfüllen zu können, betreiben die BGen bundesweit neun Unfallkliniken, denen Vorbildfunktion für das europäische Unfallversorgungssystem zukommt. Diese Kliniken praktizieren ein Konzept der umfassenden medizinischen und sozialen Rehabilitation, welches gerade schwer verletzten Patienten dient.

Die BG-Kliniken verfügen auch weiterhin über die besten Möglichkeiten einer akutmedizinischen Versorgung. Um eine durchgängige qualitative Rehabilitation zu sichern, gilt es also, relevante Fälle möglichst frühzeitig – noch in der

Akutphase – in die Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken zu steuern. Und noch ein Vorteil für uns: Gegenüber den Berufsgenossenschaften rechnen diese Kliniken auch weiterhin keine DRGs ab.

Sie sehen: DRGs, vier Buchstaben, die erhebliche Auswirkungen auf die Organisation und das Reha-Management der UV-Träger haben werden. Wir stellen uns gerne dieser neuen Herausforderung.

**Autor:**  
**Alex Pistauer,**  
**Unfallkasse Hessen**



Die Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken gewährleisten eine angemessene Behandlung



**SERIE:**

Das wissenschaftliche Urteil

# „Der Weg ist das Ziel“

**- vielleicht für viele ein schönes Lebensmotto.**

Aber für den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung muss noch mehr dazukommen

**Das Recht der gesetzlichen Unfallversicherung erfasst die unterschiedlichsten Fragestellungen aus einer bunten Vielfalt von Lebenssachverhalten. Die Serie „Das wissenschaftliche Urteil“ soll anhand von exemplarisch ausgewählten Urteilen aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung einen Eindruck von dieser Vielschichtigkeit und Lebendigkeit – aber auch der Komplexität – des Unfallversicherungsrechtes vermitteln.**



In der gesetzlichen Unfallversicherung ist das Zurücklegen des unmittelbaren Weges „nach und von dem Ort der Tätigkeit“ versichert. Der Weg nach und

von der Tätigkeit ist im Grunde als eine Art Vorbereitungshandlung für die eigentliche Tätigkeit als solche ein Handlungsfeld, das noch nicht direkt „die Arbeit“ oder andere versicherte Tätigkeiten darstellt. Jedoch wird die versicherte Tätigkeit durch den Weg erst ermöglicht. Somit steht er nicht beziehungslos zur versicherten Tätigkeit. Auf dem Weg nach und von der Tätigkeit nimmt das Gesetz daher einen „inneren Zusammenhang“ mit dieser an. Und ohne „inneren Zusammenhang“ kein Versicherungsschutz.

### **Versicherte Tätigkeit und der Weg dorthin – eine enge Verbindung mit Besonderheiten**

Im Einzelfall muss diese enge Bindung zum Kernbereich der versicherten Tätigkeit jedoch auch tatsächlich gegeben sein. Das heißt, dass eine wesentliche sachliche Verbindung des Weges mit der versicherten Tätigkeit bestehen muss. Der Weg muss also gerade deshalb unternommen werden, um zu einer Tätigkeit zu gelangen bzw. um von ihr zurückzukehren, die selbst für sich genommen vom Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung erfasst wäre. Erst wenn das zu bejahen ist, würden Über-

legungen z. B. hinsichtlich des Beginns des Weges, der Wahl der Wegstrecke usw. für die Prüfung eines Wegeunfalles eine Rolle spielen.

### **Auf die Details des Einzelfalles kommt es an**

Fraglich ist, ob im jeweiligen Einzelfall ein ausreichender Bezug zur im Übrigen versicherten Sphäre besteht. Der folgende Beispielfall zeigt, wie kompliziert die Abgrenzung sein kann. Das Bundessozialgericht (BSG) hatte in seinem Urteil vom 18.4.2000 (B 2 U 5/99 R) darüber zu entscheiden, ob die Klägerin einen versicherten Unfall auf dem Weg zum Abholen von Lernmaterial aus ihrem Ausbildungsbetrieb erlitten hatte.

### **Der Sachverhalt:**

Die Klägerin war als Auszubildende für den Beruf einer Rechtsanwalts- und Notargehilfin beschäftigt. Im Dezember 1995 musste sie an einem einwöchigen so genannten Blockunterricht in der Berufsschule teilnehmen und war in dieser Zeit von der Mitarbeit in der auszubildenden Rechtsanwaltskanzlei befreit. Eines Abends verunglückte sie mit ihrem Pkw auf dem Weg zwischen ihrer Wohnung und der Kanzlei, von der sie



aus eigenem Antrieb zur Vorbereitung auf eine spätere Klausuraufgabe in der Berufsschule einen vom Bürovorsteher angelegten Ordner mit früheren Prüfungsarbeiten für Rechtsanwalts- und Notargehilfen holen wollte. Weder von ihrem Ausbilder in der Kanzlei noch von einem Lehrer in der Berufsschule war ihr eine konkrete Weisung zum Holen des Ordners zu diesem Zeitpunkt oder zur Arbeit mit der Aufgabensammlung erteilt worden.

### **Versicherter Weg mit Bezug zur Tätigkeit?**

Die Klägerin gehörte grundsätzlich als Auszubildende im dualen System, also in der betrieblichen und der schulischen Ausbildung, zu den in der gesetzlichen Unfallversicherung gegen Arbeitsunfall versicherten Personen. Denn zum einen war sie Beschäftigte in einer Rechtsanwaltskanzlei und darüber hinaus grundsätzlich auch als Schülerin der Berufsschule versichert.

Das Problem ist nur, ob der Weg, auf dem der Unfall passierte, zu wenigstens einer dieser versicherten Sphären in einem inneren Zusammenhang stand. Denn der Bezug zu keiner der beiden

versicherten Tätigkeitsfelder ist hier eindeutig. Und dann wird es schwierig.

### **Welchem versicherten Bereich sollte der Weg dienen?**

Das BSG kam zu dem Ergebnis, dass der Unfall weder zu einer versicherten Tätigkeit in der Rechtsanwaltskanzlei noch zu dem Berufsschulbesuch in dem notwendigen inneren Zusammenhang stehe. Eine Versicherung als Beschäftigte scheidet schon deshalb aus, weil die Klägerin in der fraglichen Zeit von der Mitarbeit in der ausbildenden Rechtsanwaltskanzlei befreit war. Ihre alleinige Absicht, sich den Ordner mit den früheren Prüfungsaufgaben zu holen, um ihn zu Hause durchzuarbeiten, begründe keine innere sachliche Verbindung mit der betrieblichen Tätigkeit in der Kanzlei.

### **Nützlichkeit für die Schule allein nicht ausreichend**

Auch ein ausreichender innerer Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit als Berufsschülerin sei hier nicht gegeben. Denn ebenso wie bei dem Besuch einer allgemein bildenden Schule oder der Aus- und Fortbildung an Hochschulen ist der Versicherungsschutz bei dem

Besuch von Berufsschulen auf Tätigkeiten innerhalb des organisatorischen Verantwortungsbereiches der Schule beschränkt. Dieser erfordert jedoch einen unmittelbaren räumlichen und zeitlichen Zusammenhang zur Schule, der dann verlassen ist, wenn eine Einwirkung durch schulische Organisations- oder Aufsichtsmaßnahmen nicht mehr gewährleistet ist.

Im hier entschiedenen Fall habe die Klägerin noch nicht einmal eine dem Verantwortungsbereich der Schule ggf. zurechenbare Weisung eines Lehrers, sich den Ordner gerade zu diesem Zeitpunkt zu holen und durchzuarbeiten, erhalten. Darüber hinaus sei auch nicht feststellbar, dass die Klägerin sich den Ordner gerade zum Unfallzeitpunkt abholen musste, etwa um am nächsten Tag am Berufsschulunterricht überhaupt teilnehmen zu können. Im Ergebnis entspringe der Entschluss, den Ordner zu holen, vielmehr der eigenen Initiative der Klägerin. Daher war dieser Unfall dem unversicherten Lebensbereich zuzuordnen.

*Autor: Rainer Richter,  
Leiter der Rechtsabteilung  
des Bayer. GUVV*

**SERIE:**

Fragen und Antworten zur Unfallversicherung

# Arbeitsleistungen für andere im privaten Bereich

Die aktuellen gesetzgeberischen Initiativen zur konsequenten Bekämpfung von illegaler bzw. nicht angemeldeter Beschäftigung im häuslichen Bereich sind seit einigen Monaten wiederholt Anlass für entsprechende Anfragen an den Bayer. GUVV gewesen. Klärungsbedarf besteht insbesondere hinsichtlich der Frage, ob und ggf. bei welchem

Träger für Bürgerinnen und Bürger gesetzlicher Unfallversicherungsschutz besteht, die in den verschiedensten Bereichen der Haushalts- und Lebensführung für andere entgeltlich, unentgeltlich oder auf Gegenseitigkeitsbasis tätig werden. Die Thematik wurde unter dem Stichwort „Gefälligkeitsleistung“ im Rahmen der aktuellen Stichworte zur gesetzlichen Unfallversicherung (*UV aktuell*, 4/1996, S. 20/21) bereits angesprochen und soll hier aus gegebenem Anlass nochmals erörtert werden.

**?** **Frage:** „Unser Seniorenbeirat plant den Aufbau einer Helferbörse mit dem Motto „Senioren helfen Senioren“. Zu einem ersten Schritt soll der Beirat Frauen und Männer anwerben, die freiwillig und unentgeltlich Dienste anbieten wie z. B.

- Begleitung von älteren und behinderten Menschen zu Einkäufen, Behörden oder bei Spaziergängen,
- Hilfestellung im häuslichen Bereich (Haushaltsführung, kleinere Reparaturen, Kleingartenpflege),
- Seniorenbetreuung in Heimen, Haus- oder Klinikbesuche,
- Begleitung zu Theater-, Konzertbesuchen.

*Als zweiten Schritt möchten wir die Angebote bekannt machen, um sodann bei entsprechenden Anfragen Helfer an Bedürftige zu vermitteln.*

*Wie sind diese freiwilligen Helfer im Rahmen ihrer Tätigkeit gegen Unfallversicherungsrechtlich geschützt?“*

**!** **Antwort:** „Vom Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung werden auch Personen erfasst, die zwar nicht direkt in einem Beschäftigungs- bzw. Arbeitsverhältnis zu einem anderen (= Unternehmer) stehen, aber **wie** Beschäftigte für diesen tätig werden. Unternehmer ist dabei – wie generell in der gesetzlichen Unfallversicherung – derjenige, dem das Ergebnis des „Unternehmens“, hier also der vorübergehenden beschäftigungsähnlichen Tätigkeit, unmittelbar zum Vor- oder Nachteil gereicht. Dies ist hier nicht die Stadt bzw. deren Seniorenbeirat, da diese/ dieser die Helfer lediglich anwirbt und an Hilfe suchende Bürgerinnen und Bürger vermittelt, ohne selbst von der Tätigkeit der Helfer zu profitieren bzw. deren Einsätze nach Art und Umfang im Einzelnen näher zu bestimmen oder zu kontrollieren. Unternehmer im unfall-







versicherungsrechtlichen Sinne ist vielmehr derjenige, in dessen „Betrieb“ der Helfer vermittelt und für den er konkret tätig wird.

Im Regelfall werden die von Ihnen geschilderten Aktivitäten dem Privathaushalt des Hilfe suchenden Bürgers zuzurechnen sein, sodass der Helfer über unseren Verband unfallversichert ist. Die Zahlung einer Aufwandsentschädigung seitens des unterstützten Haushaltsführenden an den Helfer steht dabei dem Versicherungsschutz nicht entgegen. Nahe Verwandte oder Schwägernde des Haushaltsführenden sind allerdings bei beschäftigungsähnlichem Tätigwerden in dessen Privathaushalt nicht gesetzlich unfallversichert.

Bei der angesprochenen Seniorenbetreuung in einem Altenheim oder in einer Klinik kann nach Art und Umfang der unterstützenden Tätigkeiten auch die Zuständigkeit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gegeben sein. In einem solchen uns gemeldeten Fall entschädigen wir den Verletzten nach Bejahung des Versicherungsfalles in

vorläufiger Zuständigkeit (als „erstangegangener Unfallversicherungsträger“) und klären die Frage der endgültigen Zuständigkeit mit der BGW ab.“

**?** **Frage:** „In unserer Gemeinde haben ca. 20 Personen einen Verein zur gegenseitigen Nachbarschaftshilfe gegründet. Die Hilfen – vorwiegend in Privathaushalten – werden ehrenamtlich und kostenneutral ausgeführt. Der Verein beschäftigt wegen der großen Nachfrage zur notwendigen Koordination der Hilfeinsätze ein ehemaliges Gemeinderatsmitglied auf Geringfügigkeitsbasis. Wo und wie sind die Helfer und der Beschäftigte unfallversichert?“

**!** **Antwort:** „Für die helfenden Bürgerinnen und Bürger, die wie Beschäftigte des jeweiligen Hilfe anfordernden Privathaushalts tätig werden, besteht grundsätzlich Unfallversicherungsschutz über unseren Verband. Für den geringfügig beschäftigten „Kordinator“ der Einsätze tritt dagegen nicht der jeweils unterstützte Privathaushalt, sondern der Nachbarschaftshilfe-Verein als Unternehmer im unfallversicherungsrechtlichen Sinne auf. Dieser könnte nach seiner Zielrichtung als Unternehmen der Wohlfahrtspflege einzuordnen sein, wenn es vorwiegend um die Vermittlung von Helfern an alte oder behinderte Bürger/Bürgerinnen geht; zuständig wäre für den Beschäftigten dann die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Ansonsten wäre der Beschäftigte bei der für private Vereine zuständigen Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) versichert. Wir empfehlen, mit diesen Unfallversicherungsträgern zur weiteren Abklärung der Zuständigkeit für den Beschäftigten Kontakt aufzunehmen.“

**?** **Frage:** „Wie ist im Rahmen der Nachbarschaftshilfe die Haftung bei Personen- und Sachschäden geregelt? Wird z. B. ein Schaden ersetzt, der an dem bei der Nachbarschaftshilfe eingesetzten PKW des Helfers auftritt?“

**!** **Antwort:** „Im Verhältnis zwischen dem versicherten Helfer und der von ihm unterstützten Person (i. d. R. Haushaltsführender als Unternehmer) gilt das auch in sonstigen Betrieben bestehende gegenseitige Haftungsprivileg, d. h., Unternehmer und Versicherte können einander für **Personenschäden** nur dann zivilrechtlich verantwortlich machen, wenn sie den Unfall des anderen vorsätzlich (d. h. bewusst und gewollt) herbeigeführt haben. Für **Sachschäden**, die von dem Leistungskatalog der gesetzlichen Unfallversicherung grundsätzlich nicht erfasst sind, gelten dagegen die allgemeinen Regeln des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Ersatzansprüche setzen also prinzipiell eine zumindest fahrlässige Schadensverursachung seitens des anderen voraus. Selbst verursachte Schäden (z. B. an dem bei der Nachbarschaftshilfe eingesetzten eigenen PKW) können somit nur im Rahmen einer eigenen Vollkasko-Versicherung abgedeckt werden. Diese Risiken sollten aber kein Hindernis für die Bereitschaft zu gegenseitiger Unterstützung sein.“

Weitere Fragen zu dieser Thematik beantwortet der Autor gerne schriftlich oder telefonisch: 0 89 / 3 60 93-179.

**Autor: Michael von Farkas,**  
**Leiter des Geschäftsbereiches**  
**Rehabilitation und**  
**Entschädigung beim Bayer. GUVV**

# Ein neues Konzept für die Re

# SAV (Stationär-ambulanter Verbund)

## Welche Überlegungen haben zur Gründung des SAV geführt?

Die Umsetzung der ambulanten neurologischen Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland in der Praxis hinkt der Theorie hinterher. In den Konzeptpapieren der großen Kostenträger wie auch in der wissenschaftlichen Literatur wird langfristig angelegte ambulante und gemeindenahere Rehabilitation durchwegs empfohlen. Warum ist sie in der Realität noch so wenig entwickelt?

Obwohl in Deutschland die Rehabilitation in der öffentlichen Meinung einen relativ hohen Stellenwert genießt und im internationalen Vergleich auch über erhebliche Mittel verfügt, sind die besseren ambulanten Konzepte im benachbarten Ausland umgesetzt. Es gibt dafür historische Gründe. Die neurologische Rehabilitation in der Bundesrepublik hat sich nach dem Zweiten Weltkrieg aus der Kurmedizin entwickelt. In individuell angepassten „Anwendungen“ in landschaftlich reizvoller Umgebung sollte der Patient seine Fähigkeiten trainieren, sich erholen und regenerieren und im Anschluss nach der Entlassung sein normales Leben wieder aufnehmen. Das ist manchen Kliniken noch anzumerken. Rehabilitation findet ganz überwiegend stationär und meist nicht wohnortnah statt. Das ist teure Medizin und liefert schlechte Ergebnisse.

Die meisten Kliniken haben eine Mischbelegung – es überwiegen die

Patienten der gesetzlichen Krankenkassen oder der gesetzlichen Rentenversicherung, je nach Spektrum der Klinik, dazu ein paar Privatpatienten und einige Patienten der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Kliniken stellen sich konzeptionell auf ihre „Hauptkundschaft“ ein.

Die strikte Kostentrennung zwischen Krankenkasse und Rentenversicherung einerseits, stationärer und ambulanter Versorgung andererseits verhindert für diese zahlenmäßig überwiegenden

Patientengruppen integrative Konzepte und unterhält die traditionellen Versorgungsformen, die zu unbefriedigenden Rehabilitationsergebnissen führen.

Die ambulante Rehabilitation hat sich in den vergangenen Jahren kaum weiterentwickelt. Zahlreiche Anbieter mussten sich aufgrund überzogener Anforderungen, z. B. durch die gesetzliche Rentenversicherung, oder unzureichender Bezahlung, z. B. durch die gesetzlichen Krankenkassen, wieder zurückziehen.



Vereinsvorsitzender CA Dr. Hubert Lösslein

# habilitation Hirnverletzter –

In der Akutphase ist bei polytraumatisierten Verletzten die Hirnbeteiligung häufig maskiert, z. B. aufgrund von Beatmung oder sonstiger schwerer Beeinträchtigungen, und wird auch im Verlauf nicht erkannt, sodass sie zunächst gar keiner Rehabilitation zugeführt werden. Ihre Probleme werden dann erst in der Phase der Wiedereingliederung manifest.

Für unerfahrene Assistenzärzte ist es schwer, im Heilverlauf vorauszudenken und sich rechtzeitig genug um Rehabilitationsmöglichkeiten zu kümmern, die Wege zu deren Einleitung sind ihnen häufig nicht bekannt und sie verfügen nicht über die notwendigen Anlaufadressen. Die Sozialdienste in den Akutkliniken sind dazu personell ausgedünnt und überlastet. Im alltäglichen Kampf mit den Krankenkassen steckende Ärzte denken auch nicht daran, den Kostenträger umfassend über den Behandlungsverlauf zu informieren, wie es das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren vorsieht, und so erfolgt die Information an die BG in vielen Fällen verspätet, unzulänglich oder gar nicht.

Die größte Schwachstelle in der Rehabilitation hirnverletzter Patienten liegt im Anschluss an die stationäre Rehabilitation in der Phase der sozialen und beruflichen Rehabilitation. Hier tauchen Probleme auf, die durch die eingeschränkten Fähigkeiten alleine nicht zu erklären sind. Die Ursachen hierfür

sind vielfältig, einige davon sind krankheitsspezifisch:

Langzeitfolgen nach Hirnverletzungen sind häufig Einschränkungen von kognitiven Hirnleistungen sowie affektiv-emotionale Störungen. Meist finden sich Aufmerksamkeitsstörungen, Störungen des Planens und Handelns, der Impulskontrolle, der Selbsteinschätzung und der Emotionalität. Besonders gravierend können sie sich gerade dann auswirken, wenn man den Patienten ihre Probleme äußerlich nicht ansieht. Sie werden dann mit den Erwartungen an Gesunde gemessen, können diesen aber nicht gerecht werden. Anders als motorische Ausfälle werden derartige Störungen oft vom Patienten selbst nicht bemerkt, oder es gelingt ihm nicht, sein Versagen richtig zu interpretieren bzw. daraus die richtigen Schlüsse und Verhaltenskonsequenzen zu ziehen.

Häufig gelingt den Patienten der Transfer einer Fähigkeit aus einer Situation in eine andere nicht. Was sie im stationären Setting gelernt haben, hilft ihnen für den häuslichen oder beruflichen Alltag oft wenig. In der Klinik können viele Situationen nicht alltagsgerecht simuliert und trainiert werden. Die Bezugspersonen stehen in der Klinik nicht zur Verfügung und können deshalb auch nicht geschult werden.

Die Unterstützung durch die Umgebung, z. B. Familie oder Kollegen am

Arbeitsplatz, ist meist liebevoll, oft aber nicht adäquat. Typische Probleme sind Über- oder Unterforderung. Impulsivität, Aggressivität, Antriebsarmut, Depressivität oder andere emotionale Störungen der Verletzten stellen langfristig eine hohe Belastung für die Umgebung dar, überfordern Partner, Kinder, Kollegen oder Arbeitgeber – und nicht zuletzt die Verletzten selbst. Auch Therapeuten, Sachbearbeiter und Behörden werden oft auf eine harte Probe gestellt.

Hinzu kommen Probleme der Mobilität. Auch wenn die Patienten in ihrer Gehfähigkeit nicht eingeschränkt sind, fehlt ihnen doch häufig die Fahreignung. Besonders in ländlichen Gegenden ist das ein schweres Handicap für die Teilhabe in jeder Hinsicht. Soweit vorhanden, ist das Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel für viele Betroffene auch nicht einfach.

## Die Entstehung des SAV

Im vergangenen Jahr hat sich der SAV (Stationär-ambulanter Verbund zur Rehabilitation Hirnverletzter e. V.) konstituiert. Der Verein ist ein Zusammenschluss niedergelassener Neuropsychologen und Ärzte sowie renommierter Rehakliniken (vorläufig) in Bayern mit dem Ziel, durch enge Vernetzung und ambulantes Reha-Management die beschriebene Lücke zu schließen.





SAV-Sitzung

Das Konzept wurde namentlich durch Herrn Dipl.-Psych. Ehrhardt geprägt. Er entwickelte die Geschäftsidee, mit den Berufsgenossenschaften eine Kostenregelung für ambulantes Case-Management zu vereinbaren, und ließ sich damit nieder. Im Unterschied zu sonstigen ambulanten Strukturen finden Diagnostik und Therapie nicht in einer Praxis statt, der Therapeut besucht stattdessen die Patienten vor Ort, d. h. zu Hause oder am Arbeitsplatz – wir nennen das

„Gehstruktur“, weil der Therapeut zum Patienten geht und nicht umgekehrt wie üblich – und versteht seine Therapie als ganzheitliches Reha-Management. Der Auftrag für den Therapeuten geht deutlich über das hinaus, was üblicherweise der Auftrag im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung ist.

Nach längerer Zusammenarbeit u. a. mit der Klinik für Neurologische Rehabilitation am Bezirksklinikum Mainkofen und der Klinik Maximilian in Kötzing unter früherer Leitung entstand daraus 1999 die Idee, die Vernetzung zum Prinzip zu erheben und damit des SAV. Die an diesen Kliniken tätigen Psychologen haben bewiesen, dass auch klinisch tätige angestellte Mitarbeiter die ambulante Versorgung leisten können, sofern sich die Klinikleitung dem Konzept öffnet. Mit steigender Teilnehmerzahl wurde eine klare Struktur für den SAV erforderlich, die durch die Vereinsgründung im letzten Jahr realisiert wurde. Andere niedergelassene Neuropsychologen wie das Mobile Reha-Management Richter und Koch, König & Müller, Ärzte wie Prof. Fries und Rehakliniken haben sich angeschlossen.

## Aufgaben des SAV

Kliniken und Niedergelassene verpflichten sich zu enger Zusammenarbeit. Der Verein verfügt landesweit über alle Phasen der neurologischen Rehabilitation und Spezialisten für alle wesentlichen rehabilitativen Fragestellungen. Die Patienten können stets wohnortnah vermittelt werden. In Kliniknähe kann die ambulante Therapie durch klinik-eigene Therapeuten erfolgen, ansonsten wird an niedergelassene Neuropsychologen vermittelt, die frühzeitig eingebunden werden. Es zeichnet sich eine Arbeitsteilung unter den beteiligten Verbundpartnern nach Schwerpunkten ab. Während die ambulant tätigen Neuropsychologen eine langfristig angelegte und eher niederfrequente Rehabilitation anbieten, wird im stationären Setting

die Phase hohen Therapiebedarfs aus mehreren Disziplinen angeboten, und die teilstationären Einrichtungen spezialisieren sich auf die Phase der häuslichen Rehabilitation im Anschluss an die stationäre Phase.

Die Therapeuten besuchen die Patienten zu Hause und am Arbeitsplatz, analysieren die Bedingungen des Scheiterns (oder Gelingens) unter Alltagsbedingungen und behandeln vor Ort. Für jeden Patienten werden individuelle Strategien zu Training und Kompensation entwickelt. Ein wichtiges Element ist Trainingssoftware, die auf dem PC des Patienten installiert werden kann. Teletherapie eignet sich hervorragend für Patienten, die sonst schwer zu erreichen sind. Die Patienten erhalten Trainingsmaterial, das mit der Post oder elektronisch versandt wird, bearbeiten es zu Hause, senden die Ergebnisse zurück, und die Auswertung erfolgt wieder zentral beim Therapeuten. Aus der Auswertung ergibt sich, was, wie oft und mit welchem Erfolg der Patient geübt hat. Im Anschluss stellt der Therapeut neues Therapiematerial zusammen. Das Training wird ergänzt durch Material und Inhalte aus der realen Lebenswirklichkeit der Betroffenen aus Alltag, Freizeit, Schule oder Beruf.

Die Therapie ist langfristig angelegt – über Monate, teilweise über Jahre, dafür aber niederfrequent. Die Patienten werden einmal wöchentlich oder noch seltener aufgesucht, bei Bedarf auch häufiger. Dafür werden Familie, Freunde, Nachbarn, Kollegen und Arbeitgeber eingebunden und können ggf. zu Co-Therapeuten werden. Über die funktionelle Rehabilitation hinaus gehören zu den Aufgaben des Therapeuten auch das Management in Behördenangelegenheiten, die Organisation anderer Therapieeinheiten und die Einschaltung weiterer Hilfen, soweit erforderlich – jeweils in enger Kooperation mit dem Unfallversicherungsträger. Zu den Aufgaben können das Management bei finanziellen oder rechtlichen Belangen

gehören, ebenso die Vermittlung in familiären Konflikten oder Unterstützung bei der häufig auftretenden Partnerproblematik.

Wesentliches Prinzip des SAV ist die enge Kooperation mit den Unfallversicherungsträgern, insbesondere den Berufshelfern, durch frühzeitige Information, regelmäßige und zeitnahe Unterrichtung über den Rehabilitationsverlauf und Einladung zu Besprechungen mit dem Patienten, ggf. unter Teilnahme der relevanten Bezugspersonen. Alle wesentlichen Behandlungsschritte werden gemeinsam geplant.

### Erfahrungen

Die bisherigen Rehabilitationsverläufe belegen, dass eine langfristige Integration auch in Fällen möglich ist, wo stationäre Rehabilitation bisher versagt hat. Die berufliche Eingliederungsrate ist hoch. Die Berufsgenossenschaften als Kostenträger haben erkannt, dass hier eine sinnvolle Alternative geboten wird, die langfristig Kosten für Rentenzahlungen und stationäre Aufenthalte einspart. Ähnliche Konzepte werden von privaten Unfallversicherungen, vor allem auch im benachbarten Ausland, schon länger verfolgt.



Arbeitstraining



Neuropsychologisches Training am PC

Das Netz der niedergelassenen Kollegen ist noch weitmaschig, was zu teilweise weiten Fahrtstrecken führt. Durch das Hinzukommen neuer Verbundpartner verbessert sich die Situation jedoch rasch.

Die Krankenversicherungen und gesetzlichen Rentenversicherungen haben für ihre Versicherten das Konzept noch nicht akzeptiert. Für Schlaganfallpatienten wäre dies jedoch dringend notwendig, zumal sie bezüglich ihrer Mobilität oft noch mehr eingeschränkt sind. Ambulante und klinische Leistungen sind jedoch abrechnungstechnisch immer noch streng getrennt. Kliniken haben kaum Möglichkeiten, ambulant tätig zu sein, und niedergelassene Ärzte können Leistungen wie Vermittlung, Reha-Management, Telefonate und Schriftkram mit Behörden und Arbeitgebern nicht abrechnen – kein guter Anreiz, sich um solche wichtigen Aufgaben zu kümmern. Meines Erachtens wird ganz offensichtlich am falschen Ende gespart.

Die gesetzliche Unfallversicherung übernimmt in mustergültiger Weise eine Vorreiterrolle gemeinsam mit der privaten Haftpflichtversicherung, was wieder einmal beweist, dass ein sinnvoller

Umgang mit Geld auch die sozialen Realitäten verbessern kann, ohne dass dadurch Mehrkosten entstehen müssen. Die Tatsache, dass die privaten Haftpflichtversicherer das Konzept akzeptieren – sicherlich nicht nur aus altruistischen Gründen –, spricht für die langfristig erzielbaren wirtschaftlichen Vorteile.

Der SAV verfolgt das langfristige Ziel, hier zu neuen Einsichten zu verhelfen. Durch Basisdokumentation und wissenschaftliche Begleitforschung soll der Nutzen des Konzeptes nachgewiesen und für andere Aufgabenbereiche zugänglich gemacht werden.

### Informationen beim Verfasser und Vereinsvorsitzenden

CA Dr. Hubert Lösslein  
Klinik für Neurologische Rehabilitation  
Bezirksklinikum Mainkofen  
94469 Deggendorf  
Tel. 0 99 31 / 8 77 07, Fax - 9 72

# Sozialwahl 2005

Bestellung der Wahlausschüsse für den Bayer. GUVV und die Bayer. LUK

Im Jahre 2005 finden zum zehnten Mal seit 1953 Sozialversicherungswahlen statt. Beim Bayer. GUVV und bei der Bayer. LUK werden Vorbereitung und Durchführung der Wahl vom jeweiligen Wahlausschuss unter der Leitung des Wahlausschussvorsitzenden, Herrn Direktor Dr. Hans-Christian Titze, und des stellvertretenden Wahlausschussvorsitzenden, Herrn stv. Direktor Elmar Lederer, organisiert.

In der Sitzung des Vorstandes des **Bayer. GUVV am 24. November 2003** wurden neben dem Vorsitzenden, Herrn Direktor Dr. Titze, und dem stellvertretenden Vorsitzenden, Herrn stv. Direktor Lederer, in den Wahlausschuss berufen:

als Beisitzer der Gruppe der Versicherten:  
als stellvertr. Beisitzer der Versichertengruppe:  
als Beisitzer der Gruppe der Arbeitgeber:  
als stellvertr. Beisitzer der Arbeitgebergruppe:

**Herr Heinz Thümler,**  
Rehau  
**Herr Georg Zetzl,**  
Weiden  
**Herr Wolfgang Pöller,**  
Parsberg  
**Herr Günter Seiler,**  
Ebersdorf bei Coburg

In der Sitzung des Vorstandes der **Bayer. LUK am 9. Dezember 2003** wurden gleichfalls als Vorsitzender des Wahlausschusses Herr Direktor Dr. Titze und als stellvertretender Vorsitzender Herr stv. Direktor Lederer bestellt, ferner wurden in den Wahlausschuss berufen:

als Beisitzerin der Gruppe der Versicherten:  
als stellvertr. Beisitzer der Versichertengruppe:  
als Beisitzer der Gruppe der Arbeitgeber:  
als stellvertr. Beisitzer der Arbeitgebergruppe:

**Frau Waltraut Borchert,**  
München  
**Herr Egon Smolic,**  
Freising  
**Herr Dr. Josef Streitwieser,**  
Olching  
**Herr Erwin Thumann,**  
Gilching

Die Wahlausschüsse verhandeln, beraten und entscheiden in öffentlicher Sitzung (§ 3 Abs. 6 Satz 1 SVWO).

Die Sitzungstermine werden im Aushang des Bayer. GUVV bzw. der Bayer. LUK bekannt gegeben.

**Rückfragen/Anmeldungen bitte bei Frau Thurnhuber-Spachmann unter der Rufnummer: 0 89/ 3 60 93 -1 11.**

*Autorin: Elisabeth Thurnhuber-Spachmann*

## Erfolgreich das Leben meistern – trotz Behinderung

### Verdienstmedaille für GUVV-Versicherten Ernst Plötz

Für seine Verdienste als langjähriger Lokalberichterstatte für die *Straubinger Zeitung* und für sein ehrenamtliches Engagement in der Kommunalpolitik und in vielen Vereinen wurde Ernst Plötz von Landrat Theo Zellner die Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland überreicht.

Seine Leistungen sind umso erstaunlicher, weil er aufgrund eines Arbeitsunfalls 1964 völlig erblindete und seine berufliche Laufbahn komplett neu ausrichten musste. Durch den Bayer. GUVV, der ihn im Rahmen seiner Berufshilfe

34 Jahre lang betreute, konnte er eine blindentechnische Grundausbildung absolvieren sowie ein Büro in seinem Haus für seine journalistische Tätigkeit einrichten.

Wie Landrat Theo Zellner in seiner Laudatio ausführte, gebührt den Leistungen von Ernst Plötz auch deshalb besondere Anerkennung, weil er trotz seiner schweren Behinderung ein Beispiel an Mut, Eigeninitiative und Durchsetzungskraft zur Bewältigung seines schweren Schicksals gezeigt habe.



*Landrat Theo Zellner (li.) überreicht die Medaille an Ernst Plötz (re.)*

Der Bayer. GUVV schließt sich dieser Anerkennung an und gratuliert zur hohen Auszeichnung!





Sozialministerin Christa Stewens (oben li.) neben Nina Ruge, Schirmherrin des „Netzwerkes“ im Kreis der Studierenden und der Vertreterinnen des „Netzwerkes“ und Reinhard Kirchner (re.)

# Einsatz für Menschen mit Behinderungen

**Aktionen – Ereignisse – Institutionen**

Mit dem Ablauf des Jahres 2003 ist auch das „Europäische Jahr der Menschen mit Behinderungen“ zu Ende gegangen. Es war sicherlich ein erfolgreiches Aktionsjahr. Überall gab es Veranstaltungen, in der Presse und in der Öffentlichkeit wurden die Belange von Behinderten thematisiert und wichtige Gesetzesentscheidungen auf den Weg gebracht, um Menschen mit Behinderungen das Leben zu erleichtern. Stichworte wie barrierefreies Bauen und barrierefreies Internet sind seither geläufig und werden, so ist zu hoffen, bald selbstverständlich sein.

Mit dem Beginn des neuen Jahres werden neue Themen in den Blickwinkel der Öffentlichkeit rücken, und die berechtigten Anliegen der behinderten Menschen laufen Gefahr, wieder in den Hintergrund zu treten. Um dies zu vermeiden, werden wir im Rahmen unserer *UV aktuell* in loser Folge über besondere Aktionen für Behinderte oder spezielle Einrichtungen und ihre Ziele berichten.



## „Na und!“ – und kein Ende

Die sehr kreative und ungewöhnliche Kampagne „Na und!“ der Bayerischen Staatsregierung zum „Jahr der Menschen mit Behinderungen“ – wir berichteten in *UV aktuell* 3/2003 – wird auch in 2004 fortgeführt. Dies erklärte Sozialministerin **Christa Stewens** anlässlich einer Spende der Diplomierungsgruppe 2003 der Bayerischen Beamtenfachhochschule Hof in Höhe von 1.250 Euro an das „**Netzwerk von und für Frauen und**

**Mädchen mit Behinderung in Bayern e.V.**“ Bei der Feier zum Diplom hatten alle Studierenden gesammelt und das Geld für das Aktionsprogramm „Na und!“ zur Verfügung gestellt. Stellvertretend für ihre Mitstudierenden übergaben **Markus Heilmann, Daniela Halbauer und Jörg Baumgärtner** einen Scheck an **Ute Strittmatter** vom Netzwerk. Die Bedeutung der Förderung behinderter Mädchen und Frauen betonten auch die Fernsehmoderatorin **Nina Ruge** als Schirmherrin des Netzwerkes sowie der Geschäftsführer der Landesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte in Bayern e.V.“, **Reinhard Kirchner**.

## „Netzwerk von und für Frauen und Mädchen mit Behinderung in Bayern e.V.“

Nach einer Statistik des Bayerischen Landesamtes für Versorgung und Familienförderung leben über 450.000 weibliche Schwerbehinderte in Bayern mit all den Problemen, die Menschen mit Behinderungen ausgesetzt sind, aber auch mit speziellen Anliegen als Frauen. Dies war Anlass für einige behinderte Frauen, sich 1999 zu einem Netzwerk zusammenzuschließen, um ihre besondere Situation, ihre Probleme, ihre Benachteiligungen und Diskriminierungen offen anzusprechen und gemeinsam mit anderen Betroffenen dagegen anzugehen. Mit Hilfe des Netzwerkes wollen sie sich aus ihrer Isolierung lösen und in intensivem Kontakt mit anderen auf die Öffentlichkeit und auf die politische Ebene einwirken.

### Die Aufgaben des Netzwerkes (Auszug aus dem Programm)

„Das Netzwerk versteht sich als Anlaufstelle für die Belange behinderter Frauen und Mädchen und bietet diesen die Gelegenheit, sich gegenseitig zu finden und zu unterstützen.“

Dieser Erfahrungs- und Informationsaustausch, der Aufbau einer politischen Lobby sowie die gegenseitige Unterstützung sollen dazu beitragen, die Situationen von Frauen und Mädchen mit Behinderung in allen Lebensbereichen wie Schule, Partnerschaft und Beruf zu verbessern.

Als eine der primären Aufgaben betrachtet es das Netzwerk, gesellschaftliche und individuelle Voraussetzungen zu schaffen, die Frauen und Mädchen mit Behinderung ein selbst bestimmtes Leben ermöglichen (z.B. freie Wahl der Assistenz; Zugänglichkeit aller öffentlichen Gebäude, vor allem solcher mit speziellen Angeboten für Frauen und Mädchen).

Um diesen Zielen gerecht zu werden, hat das Netzwerk Kontakt zu Frauen- und Behindertenbeauftragten der Städte, Gemeinden und Landkreise aufgenommen.

Ferner ist das Netzwerk dabei, die bayerischen Volkshochschulen dazu anzuregen, Gesprächskreise für Frauen und Mädchen mit Behinderung anzubieten, um so auch in kleineren Städten und ländlichen Gebieten Bayerns Frauen und Mädchen mit Behinderung die Möglichkeit zur gegenseitigen Unterstützung zu schaffen.“

Weiter Informationen finden sich unter [www.netzwerkfrauen-bayern.de](http://www.netzwerkfrauen-bayern.de)



## Haben Sie eine Haushaltshilfe, einen Gärtner oder Babysitter ...

... dann ist der Jahresbeitrag, für den Ihr „guter Geist“ bei uns auch gut versichert ist, kaum der Rede wert. Bei einer Arbeitszeit von mehr als zehn Stunden pro Woche sind 86 € pro Jahr zu zahlen, bei weniger Wochenarbeitsstunden sogar nur 43 € pro Jahr. Damit haben Sie und Ihre Haushaltshilfe immer gut Lachen.

### Anmeldung

Ich/wir beschäftigen in meinem/unserem  
Privathaushalt \_\_\_\_\_ Person/en  
als Haushaltshilfe (dazu gehören auch  
Gartenhilfen und Babysitter) seit \_\_\_\_\_  
Die Wochenarbeitszeit beträgt  
\_\_\_\_\_ Stunden.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte einsenden an: Bayerischer  
Gemeindeunfallversicherungsverband  
80791 München, oder  
Fax (0 89) 3 60 93-1 35



# Haushaltshilfen