

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

wenn Sie diese Ausgabe der Praktischen Arbeitsmedizin in der Hand halten, ist die lange, entbehrungsreiche, dunkle Zeit vorbei. Die Phase des Aufbruchs ist gekommen, des Neubeginns, des Wachstums. Vergessen sind die Mühen und Plagen, vor uns liegt eine blühende Zukunft, positive Stimmung herrscht überall. „Yes, we can!“ heißt das Motto, das die globale Wirtschaftskrise spürbar schrumpfen lässt. Und wer glaubte, auch für die Arbeits- und Betriebsmedizin seien die Zeiten des Untergangs angebrochen, sieht sich eines Besseren belehrt: Unser Fachgebiet ist wieder in aller Munde!

Die EU-Kommission fordert in ihrem Grünbuch „Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa“ die Attraktivität der betriebsärztlichen Tätigkeit zu steigern, Bundestag und Bundesrat sind übereingekommen, bei der Anerkennung der Bergmannbronchitis unsinnige Anerkennungsvoraussetzungen wegfällen zu lassen, der Wehrbeauftragte widmet sich in seinem aktuellen Jahresbericht ausführlich der Bedeutung des Arbeitsschutzes, der Ausschuss für Arbeitsmedizin beim Bundesarbeitsministerium nimmt Fahrt auf (und kümmert sich hoffentlich nicht nur um Wunschuntersuchungen), in ganz Deutschland sind Lehrstühle für Arbeitsmedizin ausgeschrieben, im Ärzteblatt häufen sich die einschlägigen Stellenangebote (auch für Gesundheitsmanager), im Arbmednet werden Gehaltsvorschläge für angestellte Betriebsärzte diskutiert, die durchaus als ein weiteres Konjunkturpaket durchgehen könnten...

In diesen spannungsreichen Zeiten wollen wir Ihnen, unseren treuen Leserinnen und Lesern, wie immer eine Zeitung bieten, die schon heute Entwicklungen im Arbeitsschutz aufgreift, die morgen von grundsätzlicher Bedeutung für Ihre Arbeit und die der von Ihnen betreuten Betriebe sind. Wir wollen, dass Sie mit uns immer den entscheidenden Schritt voraus sind.

Basel II und seine Bedeutung für den Arbeitsschutz haben wir alle verinnerlicht (wenn nicht: Schirmeister, R., Michel, P.: Tangiert Basel II den Arbeitsschutz? Praktische Arbeitsmedizin. Nr. 8, 8-11, 2007). Jede Firma, die sich Geschäftskapital beschaffen möchte - und in Zeiten der Wirtschaftskrise werden es zunehmend mehr - muss sich einem „von außen“ oktroyierten Rating stellen. Dabei fließt der Arbeitsschutz in das Ratingurteil ein, auch wenn sein konkreter Einfluss auf die Kreditzinsen kaum exakt in Prozentpunkten auszudrücken ist.

Einen ähnlichen Prozess wie bei den Banken wird es auch bei den Versicherungen geben: Solvency II wird zukünftig ein Thema auch für den Arbeitsschutz. Das Projekt „Solvency II“ wurde Anfang 2000 durch die EU-Kommission ins Leben gerufen. Es soll das Solvabilitätssystem (i. e. die Ausstattung eines Versicherers mit risikoadäquaten Eigenmitteln) weiter verbessern und mit den Regelungen des Bankenwesens harmonisieren. Auch die Versicherungen müssen ihr Eigenkapital an die individuellen und operationellen versicherten Risiken anpassen, was wiederum auf deren Kunden zurückfällt.



Der Trend geht eindeutig zur risikoadäquaten Gestaltung und Tarifierung von Versicherungsprodukten, d. h. Aspekte, die das Risiko minimieren, können zu einer Prämienreduktion führen. Die genauere Analyse und stärkere Berücksichtigung der individuellen Risikosituation des Kunden rücken somit in den Mittelpunkt; dessen Eigenverantwortung und Handlungstransparenz werden für die individuelle Prämiengestaltung immer wichtiger. Dabei kann der Arbeitsschutz als Kernbestandteil des Risikomanagements erneut eine wichtige Rolle einnehmen.

Das zeigt: Arbeitssicherheit und betrieblicher Gesundheitsschutz müssen ihre ökonomische Bedeutung für das Unternehmen deutlich herausstellen. Betriebsärzte sind hier wesentliche Akteure und Multiplikatoren. Guter Arbeitsschutz kostet kein Geld, sondern erwirtschaftet Gewinn. Gute Arbeitsmedizin als immanenter Arbeitsschutzbestandteil gehört dazu, sie ist Wertschöpfungsfaktor und muss in der Folge als Kernprozess betrachtet werden.

Sie sehen, neben arbeitsmedizinischen Pflicht-, Angebots- und Wunschuntersuchungen gibt es noch ein weites Betätigungsfeld. Und zu alledem kommt abschließend noch eine Bitte in eigener Sache hinzu: Beide Schriftleiter werden immer wieder mit dem Wunsch konfrontiert, „ganz einfache Beispiele aus der Alltagswelt des niedergelassenen Betriebsarztes“ zu veröffentlichen. Diesem Wunsch kommen wir gerne nach. Aber dabei sind wir nur so gut, wie Sie es zulassen! Also, wenn Sie ein arbeitsmedizinisches Problem haben, für das Sie eine Lösung suchen – schrei-



ben Sie uns. Wenn Sie für ein Problem eine arbeitsmedizinische Lösung gefunden haben – lassen Sie es uns wissen. Wenn Sie in Ihrer Praxis etwas gemacht haben, von dem „alle Welt“ erfahren soll – wo darüber berichten, wenn nicht in der Praktischen Arbeitsmedizin?

Übrigens: Für den nächsten Betriebsärztetag, der am 6. und 7. März 2010 in Osnabrück stattfindet, haben sich die Veranstalter etwas ausgedacht, um Sie, die Kongressbesucherinnen und -besucher, noch aktiver in das Geschehen einbinden zu können. Hier und heute wird dazu noch nicht mehr verraten, lassen Sie sich überraschen: Die Praktische Arbeitsmedizin ist dafür immer gut!

Silvester Siegmann
Schriftleiter der Praktischen Arbeitsmedizin
für den Bereich Arbeitssicherheit

Andreas Meyer-Falcke
Schriftleiter der Praktischen Arbeitsmedizin
für den Bereich Arbeitsmedizin

Kompetenz zeigen, gezielt beraten - Das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW stellt sich vor

Eleftheria Lehmann

Zum 1. Januar 2008 wurde das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA.NRW) durch Fusion der Landesanstalt für Arbeitsschutz (LAFa) und des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) gegründet. Beratung und Unterstützung sind die zentralen Aufgaben des LIGA.NRW. Die im Institut gebündelten Kompetenzen werden wirksam und ergebnisorientiert eingesetzt, um den künftigen Anforderungen in den Politikfeldern Gesundheit und Arbeit in Nordrhein-Westfalen gerecht zu werden.

Schlagworte:

Gesundheit, Arbeit, Institut, LIGA.NRW

1 Einleitung

Die zu Beginn der Legislaturperiode angestoßene Reorganisation der Landesverwaltung in Nordrhein-Westfalen ist weitgehend abgeschlossen. Als fachkompetente Einrichtung wurde zum 1. Januar 2008 das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA.NRW) durch Fusion der Landesanstalt für Arbeitsschutz (LAFa) und des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) gegründet. Das neue Institut berät und unterstützt Land und Kommunen in Fragen der Gesundheit, der Gesundheitspolitik sowie der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes in der Arbeitswelt. Dazu gehören auch sicherheitstechnische Aufgaben zum Schutz Dritter im Bereich des Arbeitsschutzes sowie Aufgaben des Patienten- und Verbraucherschutzes im Bereich der Arzneimittelsicherheit. Mit der Fusion sind die Weichen dafür gestellt worden, dass die Potenziale der im Institut gebündelten Kompetenzen wirksam und ergebnisorientiert eingesetzt und den künftigen Anforderungen in den Politikfeldern Gesundheit und Arbeit in Nordrhein-Westfalen gerecht werden.

2 Gesundheitspolitischer Rahmen – Handlungsfelder des LIGA.NRW

Gesundheitspolitik in Nordrhein-Westfalen wird an den Erfordernissen der Menschen ausgerichtet und ist in den europäischen und internationalen Gesundheitsstrategien eingebettet. Den Rahmen bilden die in 2004 von der Landesgesundheitskonferenz (LGK) verabschiedeten Gesundheitsziele 2005-2010. Aus den gesetzten Schwerpunkten und den eingeleiteten Maßnahmen ergeben sich zentrale

Handlungsfelder für die Arbeit des Instituts, auf die im Folgenden kurz eingegangen wird.

Durch aktive Prävention sollen ein längeres Leben und ein gesundes Alter ermöglicht, der demografische Wandel, gerade auch in den Betrieben, erfolgreich bewältigt und eine bezahlbare gesundheitliche Versorgung mit hoher Qualität gesichert werden. Zugleich bietet das Wachstumspotenzial der Gesundheitswirtschaft Chancen für die Schaffung zukunftsfähiger Arbeitsplätze und die Stärkung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit.

Das Präventionskonzept NRW, von der LGK 2005 verabschiedet, ist das Fundament für gemeinsame Initiativen, abgestimmtes Handeln und den zielgerichteten Einsatz der begrenzt vorhandenen Ressourcen. Zu vier vereinbarten Schwerpunkten laufen gegenwärtig Landesinitiativen, an denen sich die Partner mit Projekten und in verschiedenen Formen der Kooperation einbringen: „Leben ohne Qualm“, „Gesundheit von Mutter und Kind“, „Prävention von Übergewicht bei Kindern“ und „Sturzprävention bei Senioren“.

Vor allem die Globalisierung sowie der technologische und demografische Wandel machen sich an Veränderungen in Berufen und Arbeitsverhältnissen sowie am Belastungswandel bemerkbar. Die Folgen der fortschreitenden Auflösung klassischer Arbeitsstrukturen und Inhalte und der stärkeren Aufspaltung von Berufsbiografien mit dazwischen liegenden Phasen der Arbeitslosigkeit müssen ebenso wie Lebens- und Lebensstilrisiken berücksichtigt werden. Das Augenmerk der gesundheits- und arbeitsschutzpolitischen Aktivitäten des Landes richtet sich deshalb verstärkt auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und die Verankerung eines ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit bei der Arbeit in der Öffentlichkeit und auf die systematische Umsetzung in den Betrieben.

Die Chancen des Gesundheitswesens sollen mit einer gemeinsamen Anstrengung von Gesundheitspolitik, Wirtschaftspolitik und Forschungspolitik genutzt werden. In der zurückliegenden Zeit wurde die Gesundheitswirtschaft in fünf Gesundheitsregionen systematisch verankert (Aachen, Köln/Bonn, Münsterland, Ostwestfalen-Lippe, Ruhrgebiet). In den Gesund-

Zur Person



Dr. rer. nat. Eleftheria Lehmann

Leiterin des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit NRW
Ulenbergstr. 127-131,
40225 Düsseldorf

Tel.: +49 211 3101 1149,
Fax: +49 211 3101 1186
eleftheria.lehmann@liga.nrw.de
<http://www.liga.nrw.de>

heitsregionen sind Netzwerke, Projektverbünde und unterschiedlichste Kooperationsmodelle entlang der Wertschöpfungskette entstanden. Das Clustermanagement „Gesundheitswirtschaft.NRW“ unterstützt die Regionen bei ihren Aktivitäten und organisiert die überregionale Vernetzung und Kooperation. Flankierend dazu sollen im Rahmen des 2007 ausgelobten Wettbewerbs „Innovative Gesundheitswirtschaft NRW“ innovative Dienstleistungen und Produkte in der Gesundheitswirtschaft gezielt gefördert werden.

Mit der 2008 beschlossenen Errichtung des Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen wird die Infrastruktur für eine nachhaltige Entwicklung geschaffen. Der Gesundheitscampus wird zunächst fünf Funktionsbereiche abdecken: Strategie und Vernetzung, öffentliches Gesundheitswesen, Forschung, Qualifikation sowie strategische Technologie-Felder. Als wesentlicher Baustein des öffentlichen Gesundheitswesens wird das Landesinstitut mit zurzeit Standorten in Düsseldorf, Münster und Bielefeld auf dem Gesundheitscampus konzentriert.

3 Organisation von LIGA.NRW bündelt Kompetenzen

Bei der Fusion wurde die Chance genutzt, das Leistungsprofil von LIGA.NRW zu schärfen. Die angestrebte Klarheit konnte weitgehend dadurch erreicht werden, dass die sogenannten hoheitlichen Aufgaben im Strahlenschutz und Chemikalienrecht der ehemaligen LaFA auf die Bezirksregierung Düsseldorf und die Aufgaben „Umweltmedizinisches Noxeninformationssystem (NIS)“ und „Trinkwasserüberwachung“ des ehemaligen Iögd auf das Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz übergegangen sind.

Beratung und Unterstützung sind die zentralen Aufgaben des LIGA.NRW. Darüber hinaus werden der Erkenntnisgewinn durch Forschung und Entwicklung und das Anstoßen von Innovationen bedeutende Arbeitsfelder sein. Landesregierung, -behörden und -einrichtungen sowie Gemeinden und Gemeindeverbände einerseits und Bürgerinnen und Bürger sowie Verbände und Betriebe andererseits werden Leistungen aus einer Hand nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis bekommen. Das breite Themenspektrum und die begrenzten Ressourcen stellen bei der Aufgabenerfüllung die größte Herausforderung dar. Das Institut wird deshalb seine Arbeitsplanung an strategischen Grundsätzen orientieren: Schwerpunktbildung, Kooperation und Vernetzung - landesweit, europäisch und international - sowie Evaluation.

Bei den Überlegungen zur Aufbauorganisation des Instituts hat die Handlungsperspektive

eine wichtige Rolle gespielt. Die wesentlichen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens (Prävention und Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung, Infektionsschutz und Hygiene, Arzneimittelsicherheit) sowie neue Aufgaben zur Förderung der Innovation in der Gesundheitswirtschaft (Gesundheits- und Innovationsmanagement) sind in drei Fachbereichen zusammen gefasst. Strategische Zukunftsthemen aus der Arbeitswelt mit dem Schwerpunkt „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ sind in den zwei Fachbereichen „Gesundheitsrisiken bei der Arbeit“ und „Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung“ konzentriert. Daneben werden Querschnittsaufgaben in den zwei Stabsstellen „Administration“ und „Kommunikation“ bearbeitet. Auf aktuelle Fragestellung wird flexibel eingegangen durch die Bildung von Projektteams, in denen die methodischen und fachlichen Kompetenzen des Hauses gebündelt und zielgerichtet zur Problemlösung eingesetzt werden. LIGA.NRW erfüllt dadurch eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung und Umsetzung von Strategien, an denen ineinander greifende Politikfelder, insbesondere Gesundheit und Arbeit, beteiligt sind.

Die von den Vorgängereinrichtungen aufgebauten Kooperationsbeziehungen bieten eine geeignete Basis für die Verstärkung der Netzwerkarbeit und die Vertiefung des Dialogs mit Wissenschaft und Praxis - national, europäisch und international. Durch die in 2008 erfolgte Anerkennung des Instituts als WHO Collaborating Centre for Regional Health Policy and Public Health wird eine Plattform von internati-

onalem Format für den Informations- und Wissensaustausch in Nordrhein-Westfalen entstehen.

Weiterführende Literatur

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2005): Gesundheitsziele NRW – 2005 bis 2010. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2007): Med in.NRW. Gesucht: die besten Ideen für Innovative Gesundheitswirtschaft. Wettbewerbsaufruf

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2008): Errichtung der Einrichtung „Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit“ des Landes Nordrhein-Westfalen, MBI. NRW. 2008 S. 88

Links

- www.mags.nrw.de
- www.liga.nrw.de
- www.arbeitsmarkt.nrw.de/arbeitspolitik/neues-arbeiten/index.html
- www.praeventionskonzept.nrw.de
- www.gesundheitswirtschaft-nrw.de
- www.ziel2-nrw.de/docs/website/2007/news/2007/2008_06_30_Med_in_Sieger.html

ANZEIGE

BESUCHEN SIE
UNS IM INTERNET!

Unser Berufsverband
www.bsafb.de



Öffentliches Arbeitsmedizinforum
www.arbeitsmedizinforum.de



Betriebliches Gesundheitsmanagement
www.bgm-bsafb.de



Risikomanagement

Solvency II: Überblick sowie Analyse der Auswirkungen auf den Arbeitsschutz

Frank Romeike

Solvency II ist ein Projekt der EU-Kommission zu einer grundlegenden Reform des Versicherungsaufsichtsrechts in Europa, vor allem der Solvabilitätsvorschriften für die Eigenmittelausstattung von Versicherungsunternehmen. Einen wesentlichen Pfeiler der zukünftigen europaweiten Regelungen zur Professionalisierung des Risikomanagements bildet der seit Anfang 2008 geltende § 64a Versicherungsaufsichtsgesetz. Flankiert wird die Regelung durch die Anfang 2009 veröffentlichten „Mindestanforderungen an das Risikomanagement (MaRisk VA)“ der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Die aktuelle Finanzmarktkrise verdeutlicht eindrucksvoll, dass der mittel- und langfristige Erfolg im Bank- und Versicherungsgeschäft über die Qualität des Risikomanagements definiert wird. Somit wird auch der Wert eines Unternehmens von den zukünftigen, über die Erwirtschaftung der Kapitalkosten hinausgehenden Erträgen und den damit verbundenen Risiken determiniert. Ergo werden Versicherungsunternehmen, die über gute und effiziente Instrumente zur Messung und Steuerung ihrer Risiken verfügen, sich einen bedeutenden Wettbewerbsvorteil verschaffen.

Indirekt werden die neuen Regelungen auch Auswirkungen auf den Arbeitsschutz und die Arbeitssicherheit haben.

1. Grundsätze und Zielsetzung der Versicherungsaufsicht

Unter Berücksichtigung der volkswirtschaftlichen Bedeutung dient die Regulierung der Versicherungswirtschaft vor allem dem Verbraucherschutz. Da der Versicherungsnehmer einen Versicherungsvertrag im Vertrauen erwirbt, im Schadenfall eine finanzielle Kompensation zu erhalten, gilt es vor allem dieses Vertrauen zu schützen. Die Ziele der Versicherungsaufsicht lassen sich allgemein wie folgt zusammenfassen¹:

- Verhinderung und Beseitigung von Missständen im Versicherungswesen (Gefahrentheorie),
- Schutz der Interessen der Versicherungsnehmer (Schutztheorie),
- Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der Versicherungswirtschaft (Strukturtheorie),
- Nutzung des Versicherungswesens für allgemeine wirtschaftspolitische Zwecke (wirtschaftspolitische Theorie).

Bitte denken Sie in diesem Zusammenhang auch an den Beitrag von Schirmeister, R., Michel, P. – Tangiert Basel II den Arbeitsschutz?, *Praktische Arbeitsmedizin*. Nr. 8, S. 8 – 11 (2007). Damals wurden wir gefragt: „Warum bringt ihr einen Artikel zu diesem Thema?“ Derzeit – zwei Jahre später – finden Sie auf fast allen aktuellen Arbeitsschutzkongressen einen Beitrag dazu. Wir freuen uns, dass die *Praktische Arbeitsmedizin* auch an dieser Stelle wieder eine Vorreiterrolle einnimmt und bereits jetzt vorausschauend einen Beitrag zu Solvency II bringt, damit unsere Leser immer einen Schritt voraus sind!

Ganz allgemein kann man als Ziel der Versicherungsaufsicht definieren, dass die Insolvenz eines Versicherungsunternehmens verhindert werden soll bzw. zumindest die damit verbundenen Kosten eingedämmt werden sollen. Daher sind sowohl Banken als auch Versicherungsunternehmen dazu verpflichtet, adäquate Eigenmittel zur Unterlegung dieser Risiken vorzuhalten, um potenzielle Verluste abzufedern.

Vor diesem Hintergrund ist die gesamte Finanzdienstleistungsbranche einer ganzen Reihe von Aufsichtsnormen unterworfen. Dabei beginnt etwa in Deutschland die Aufsicht bei der Konzession der Versicherungsunternehmen über die laufende Aufsicht und endet mit der Liquidierung (allgemein auch als materielle und formelle Aufsicht bezeichnet). Im Mittelpunkt der Versicherungsaufsicht in Deutschland stehen die umfangreichen Normen des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und hinsichtlich der Rechnungslegung die Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB), das Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) sowie die vielfältigen Verordnungen und Rundschreiben der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

In den vergangenen Jahren wurden die nationalen Regulierungen der EU-Mitgliedsstaaten durch neue EU-weite regulatorische Rahmenbedingungen ersetzt bzw. ergänzt. Hintergrund dieser Angleichung ist das – basierend auf Artikel 52 (Recht auf Niederlassung) und Artikel 59 (freier Dienstleistungsverkehr) der Rö-

mer Verträge – verfolgte Ziel der Schaffung eines einheitlichen Europäischen Marktes für Versicherungen. Danach soll jedes in der EU zugelassene Versicherungsunternehmen das Recht erlangen, sich in jedem EU-Mitgliedsland niederzulassen sowie Versicherungsprodukte von jedem Standort innerhalb der EU zu vertreiben.

Nach Erteilung der Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb wird das Versicherungsunternehmen laufend beaufsichtigt. Hierbei regelt insbesondere § 81 VAG die Rechts-, Finanz- und Missbrauchsaufsicht und verpflichtet die Aufsichtsbehörde, auf die ausreichende Wahrung der Belange der Versicherten sowie auf die Einhaltung der Gesetze zu achten. Primärer Gegenstand der Finanzaufsicht ist die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen. Die Durchführung der Aufsicht umfasste bisher in der Regel eine jährlich wiederkehrende quantitative Prüfung, etwa im Zusammenhang mit der Rechnungslegung.

In der Vergangenheit wurde die Risikolage des Versicherungsunternehmens mit Hilfe bestimmter Indikatoren gemessen, die primär (vergangenheitsorientiert) aus dem Jahresabschluss stammten. Gleichzeitig fordert die Aufsicht eine bestimmte Mindestausstattung mit Solvabilitätsmitteln (Eigenmitteln), teilweise in absoluter Höhe und teilweise in Relation zur geschätzten Risikolage. Wird die Mindestausstattung mit Eigenmitteln unterschritten, so wurden von der Aufsichtsseite stufenweise Sanktionen ausgelöst, die zur Wiederherstellung „gesunder Finanzverhältnisse“ führen sollen. Dies kann entweder durch Maßnahmen zur Beeinflussung der Ist-Solvabilität (etwa durch die Erhöhung des Eigenkapitals) oder durch eine Anpassung der Soll-Solvabilität geschehen (etwa durch eine höhere Rückversicherungsnahme).

Bei der Berechnung der Soll-Solvabilität spielt neben einem „Garantiefonds“ und „Mindestgarantiefonds“ insbesondere die Solvabilitätsspanne (solvency margin) als Risikoindikator eine besondere Rolle.²

Leider ist der Begriff „Solvabilitätsspanne“ missverständlich, da es sich nicht um eine „Spanne“, sondern vielmehr um einen festen Kapitalbetrag (für ein einzelnes Versicherungsunternehmen oder eine Gruppe³) handelt. Im Wesentlichen handelt es sich um das unter

Aufsichtsaspekten notwendigerweise vorzuhaltende Volumen an „freien und unbelasteten“ Eigenmitteln.

Insgesamt muss festgestellt werden, dass das bisherige (und aktuelle) Aufsichts- und Solvabilitätssystem nur einen Teil der Gesamtrisikolage des Versicherungsunternehmens berücksichtigt und partiell weder risikotheorietisch noch betriebswirtschaftlich begründbar ist. So bleiben etwa das versicherungstechnische Irrtums- und Schwankungsrisiko, operationelle Risiken, Anlagerisiken sowie Korrelationen zwischen den Einzelrisiken bei der Berechnung der Solvabilitätsspanne unberücksichtigt.⁴

Vielmehr beschränkt sich die Aufsicht hier auf sachliche Limitierungen etwa in der Form der Kapitalanlagevorschriften im VAG (Grundsatz der Sicherheit, Rentabilität, Liquidität und einer angemessenen Mischung und Streuung) oder Vorgaben für eine ordnungsgemäße Prozessgestaltung.

Bereits seit etwa 1990 begann auf europäischer Ebene eine breite Diskussion über moderne Solvabilitätsregeln für Versicherungskonzerne und für sogenannte Finanzkonglomerate (Konzerne, die sowohl Bank- als auch Versicherungsgeschäfte betreiben) statt. Bei Finanzkonglomeraten besteht insbesondere das Problem der Mehrfachbelegung der Eigenmittel („double gearing“), wodurch das Geschäftsvolumen ohne zusätzliches Eigenkapital ausgeweitet werden kann, indem ein Versiche-

rungsunternehmen eine Beteiligung an einem anderen Versicherer hält. Das „double gearing“ ist bei der Ermittlung der Solo-Plus-Solvabilität ausgeschlossen.

Kritisiert wurde insbesondere auch immer wieder die mangelhafte Einbeziehung von Interdependenzen zwischen einzelnen Risikokategorien. Die Steuerung von Risiken findet bei Finanzdienstleistern eher isoliert in verschiedenen Risiko-Silos (Marktrisiko, Kreditrisiko, Operationelle Risiken, versicherungstechnische Risiken) statt. In der Realität sind Risiken jedoch hochgradig komplex miteinander verknüpft und beeinflussen sich durch positive und negative Rückkoppelungen gegenseitig.

Einen wesentlichen Eckpfeiler des neuen Solvenzsystems findet man in der im November 2007 verabschiedeten 9. Novelle des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG). Der Gesetzgeber wollte mit der Novelle die Versicherungsaufsicht an internationale Standards für die Finanzaufsicht, insbesondere hinsichtlich des internen Risikomanagements der Unternehmen, annähern. Die neue Regelung übernimmt inhaltlich in weiten Teilen die entsprechenden Regelungen des Kreditwesengesetzes (KWG) und ermöglicht damit ein kohärentes Vorgehen der Aufsichtsbehörde bei der Beaufsichtigung von Banken und Versicherungsunternehmen. Mit den in Absatz 1 Satz 4 Nr. 1 bis 4 genannten organisatorischen Anforderungen an ein angemessenes Risikomanagement folgt die Versicherungsaufsicht

überdies internationalen Entwicklungen neuer risikoorientierter Kapitalanforderungen. Zum Risikomanagement gehört nicht nur eine Risikostrategie, die sämtliche Risiken des betriebenen Geschäfts umfassend berücksichtigt, sondern auch ein organisatorischer Rahmen, mit dessen Hilfe der Geschäftsablauf effektiv überwacht und kontrolliert sowie an veränderte Rahmenbedingungen angepasst werden kann.⁵ Außerdem sind von Versicherungsunternehmen im Rahmen ihrer ordnungsgemäßen Geschäftsorganisation interne Steuerungs- und Kontrollprozesse einzurichten, die sich zu einem konsistenten und transparenten Steuerungs- und Kontrollmechanismus zusammenfügen und damit gewährleisten, dass die Geschäftsleitung die wesentlichen Risiken kennt, denen das Versicherungsunternehmen ausgesetzt ist, diese bewerten und steuern kann und in der Lage ist, für eine ausreichende Ausstattung des Unternehmens mit geeigneten Eigenmitteln zur Abdeckung der Risiken zu sorgen.

Damit gilt ein proaktives Risikomanagement als eine wesentliche Komponente des neuen Aufsichts- und Solvenzsystems. Sowohl das Risikotragfähigkeitskonzept als auch die Risikoprozesse und die Risikokultur können nicht isoliert betrachtet werden, sondern müssen zur Gewährleistung ihrer Effektivität die Risikostrategie des Unternehmens berücksichtigen und widerspiegeln.

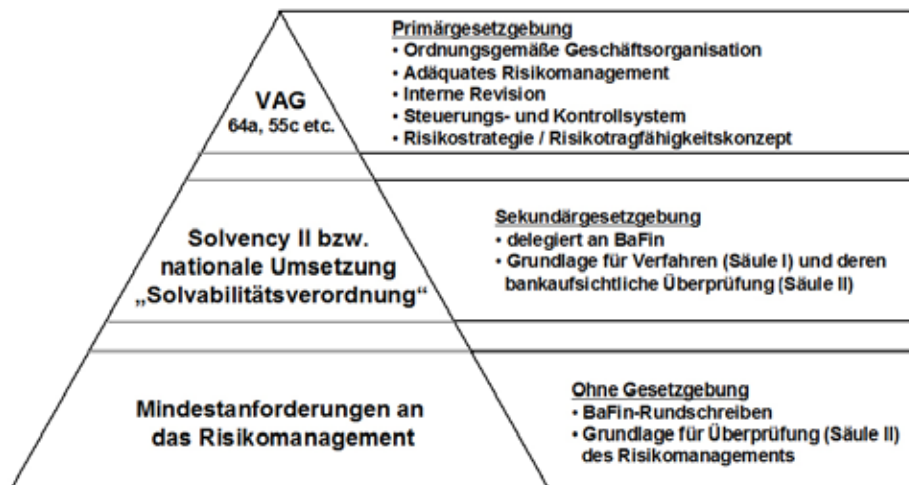
Das im Frühjahr 2009⁶ seitens der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) veröffentlichte Rundschreiben „MaRisk VA“ konkretisiert § 64a sowie § 104s VAG (vgl. Abbildung 1). Versicherungsunternehmen und Pensionsfonds wird so ein Rahmen für die Ausgestaltung des unternehmensinternen Risikomanagements an die Hand gegeben. Mit den MaRisk VA soll die deutsche Versicherungswirtschaft rechtzeitig und angemessen auf Solvency II vorbereitet werden.

2. Von Solvency I zu Solvency II

Versicherungsaufsicht bedeutete bis vor einigen Jahren vor allem Genehmigung von Produkten und Tarifen und reduzierte sich im Wesentlichen auf eine quantitative Aufsicht.⁷

Angesichts globalisierter Finanzmärkte und neuer Produkte (etwa Finanzderivate oder Asset Backed Securities) sind die geltenden Eigenkapitalvorschriften sowohl für Banken als auch für Versicherungen nicht mehr zeitge-

Abbildung 1: Die Regulierungspyramide in der Assekuranz



mäß, insbesondere aufgrund der geringen Risikosensitivität. Der Baseler Ausschuss für Bankenaufsicht hat daher im Juni 1999 und im Januar 2001 Vorschläge zur Änderung der internationalen Eigenkapitalregelung für Banken vorgestellt. Die Motive für den Eigenkapitalakkord sind zum einen eine größere Sicherheit des Weltfinanzsystems zu erreichen und zum anderen die Neutralität des Wettbewerbs zu wahren bzw. zu fördern.

Es erschien von Anfang an fraglich, inwieweit das Ziel des Baseler Komitees, nämlich die Solidität des internationalen Finanzsystems zu stärken, überhaupt erreicht werden kann, wenn ausschließlich Banken in den Regulierungsprozess einbezogen werden.⁸ Versicherungsunternehmen stabilisieren den Wirtschaftsprozess, indem einzelwirtschaftliche Schäden ersetzt und volkswirtschaftliche Schäden durch Maßnahmen zur Schadenverhütung vermindert werden. Sowohl Banken als auch Versicherungen übernehmen wichtige gesamtwirtschaftliche Funktionen, etwa die Transformation von Fristen und Risiken. Banken, Finanzdienstleistungsinstitute und Versicherungen konkurrieren in immer stärkerem Umfang auf denselben Märkten mit ähnlichen oder identischen Produkten.

In der Folge dieser Ähnlichkeiten liegt es nahe, auch die aufsichtsrechtlichen Vorschriften für beide Sektoren anzunähern und zu vereinheitlichen. In Deutschland wurde dieser Schritt bereits vollzogen, seit die Bundesaufsichtsämter für das Kreditwesen, das Versicherungswesen und den Wertpapierhandel seit dem 1. Mai 2002 organisatorisch unter einem Dach zu einer Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) zusammengefasst wurden. Insbesondere der Grundsatz des level-playing-field, wonach Unternehmen mit den gleichen Risiken und in den gleichen Geschäftsbereichen auch gleichen Regeln unterworfen werden sollten, gebietet eine einheitliche Aufsicht. Ansonsten würde es zu Wettbewerbsverzerrungen kommen, da risikobehaftete Geschäfte in Bereiche verlagert werden, die geringer reguliert sind.⁹

So sind in den vergangenen Jahren bereits Kreditrisiken aus den Portfolien der Banken über Asset-Backed-Securities in die Versicherungspportefeuilles transferiert worden. Unterschiedliche Eigenkapitalanforderungen fördern diese Entwicklung.

Bereits im Jahr 1997 wurde durch den Müller-Report¹⁰ in Vergleich der Solvenzkontrolle in anderen Ländern der EU vorgelegt. Zentrale Aussage war, dass sich das tradierte Solvabilitätssystem im Kern bewährt hätte, aber trotzdem einige Änderungen und Ergänzungen erforderlich seien. Empfohlen wurde etwa eine Erhöhung der Mindestbeträge für Garantiefonds sowie eine Korrektur der das Solvabi-

litätssoll bedeckenden Eigenmittel. Bereits Anfang 2002 wurden die Vorschläge der Müller-Kommission vom EU-Parlament verabschiedet (Solvency I) und mussten von den Mitgliedsstaaten innerhalb von 18 Monaten in nationales Recht umgesetzt werden.¹¹ Ab dem Jahr 2004 sind daher diese *Mindeststandards* für die Versicherer verbindlich. Nach Solvency I wird neben anderen Modifikationen der Garantiefonds¹² auf 3 Millionen Euro (bzw. 2 Millionen Euro, wenn keine Haftpflicht- bzw. Kredit- und Kautionsversicherungsrisiken versichert werden) erhöht und entsprechend dem von Eurostat veröffentlichten Europäischen Verbraucherindex angepasst, sofern dessen prozentuale Veränderung mindestens fünf Prozent beträgt. Parallel werden den Aufsichtsbehörden mehr Eingriffsbefugnisse eingeräumt. Außerdem wird zukünftig etwa das Rating des Rückversicherungsunternehmens Einfluss auf die Ermittlung der Solvabilität des Erstversicherers haben. Zukünftig wird es auch nicht mehr ausreichen, die Solvabilität lediglich zum Ende des Geschäftsjahres nachzuweisen, vielmehr muss die Solvabilität zu jedem Zeitpunkt gewährleistet sein. Dies ist ein erster Schritt, die Solvabilitätskontrolle als ein regelmäßiges Instrument des Risikomanagements in Versicherungsunternehmen zu verwenden, da quasi tagesaktuell solvabilitätsrelevante Informationen berechnet werden müssen.

Die EU-Kommission hat jedoch recht früh Zweifel geäußert, inwieweit Solvency I die Marktveränderungen der vergangenen Jahre adäquat berücksichtigt. Mit Solvency I wurden keine strukturellen Veränderungen der Versicherungsaufsicht induziert. So hat die EU-Kommission auch erkannt, dass etwa die Entwicklung internationaler Rechnungslegungsstandards (International Financial Reporting Standard, IFRS) einen großen Einfluss auf das Risikomanagement und die Risikoexposition der Versicherungsunternehmen haben wird und damit auch die Versicherungsaufsicht beeinflussen wird.

Volatile Kapitalmärkte, derivative Finanzinstrumente und drastisch veränderte Investmentstrategien der Versicherer stehen einer relativ einfachen Methodik zur pauschalen Bewertung des Anlagerisikos eines Versicherers gegenüber. Vor dem Hintergrund eines erhöhten Wettbewerbs in der Versicherungsbranche und der Entwicklungen auf den Kapitalmärkten hat bereits Anfang 2000 die EU-Kommission das Projekt „Solvency II“ initiiert, um das aus den Jahren 1973 (Nichtleben) und 1979 (Leben) stammende Aufsichts- und Solvabilitätssystem europaweit zu modernisieren, den aktuellen Entwicklungen anzupassen sowie mit den Regelungen des Bankwesens zu harmonisieren. Ziel ist eine grundlegende Reform der Versicherungsaufsicht. Zukünftig wird das im Wesentlichen rein quantitative Aufsichtssystem durch ein primär qualitatives System er-

Zur Person



Frank Romeike

Frank Romeike ist Gründer und geschäftsführender Gesellschafter der RiskNET GmbH. RiskNET, gegründet 1998, ist das führende deutschsprachige Kompetenzportal zum Thema Risk Management und Compliance. Außerdem ist er Chefredakteur (V.i.S.d.P.) der Zeitschriften RISIKO MANAGER und „Risk, Compliance & Audit“. Er ist stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Risk Management Association e.V. (RMA).

Zuvor war er Risikomanager bei der IBM Central Europe, wo er u. a. an der Implementierung des weltweiten Risikomanagement-Prozesses der IBM beteiligt war und mehrere internationale Projekte leitete. Er hat ein betriebswirtschaftliches Studium (u. a. mit Schwerpunkt Versicherungsmathematik) in Köln und Norwich/UK abgeschlossen. Im Anschluss hat er Politikwissenschaften, Psychologie und Philosophie studiert.

Er ist Mitglied in verschiedenen Fachverbänden und Autor von zahlreichen Publikationen und Standardwerken rund um den Themenkomplex Risk Management, Balanced Scorecard und Wertorientierte Steuerung. Frank Romeike hat Lehraufträge an verschiedenen Hochschulen angenommen (u. a. zu den Themen Asset Liability Management und Risikomanagement).

Weitere Informationen unter:
<http://romeike.risknet.de>

setzt, das auf unternehmensinternen Risiko-steuerungsmodellen basiert¹³:

- Ziel ist u. a. die Modellierung eines „Prudential Framework“ für das Versicherungswesen in Europa, da in den einzelnen Ländern große Unterschiede bei der Anwendung der Solvabilitätsvorschriften herrschen (Fortführung der Harmonisierung im Finanzdienstleistungssektor).
- Seit einigen Jahren sind eine immer stärkere Konvergenz und ein zunehmender Risikotransfer zwischen den Finanzsektoren zu beobachten. Ziel der Regulatoren ist daher für gleiche Risiken (etwa von Banken und Versicherungen) auch die gleichen Regeln zu definieren („level the playing field“ = weitestgehende Wettbewerbsneutralität).
- Im Fokus des neuen Aufsichtssystems soll die gesamte Risikolandschaft der Versicherungsgesellschaft stehen, um eine realistische Beschreibung der tatsächlichen Risikolage des Versicherungsunternehmens zu erwirken. Daher entwerfen die Unternehmen neue Techniken und Modelle zur Risikoanalyse und zur Verteilung des ökonomischen Kapitals, um diejenigen Risiken zu decken, mit denen sie tatsächlich konfrontiert werden.
- Parallel verbindet die Aufsicht das neue Regelwerk mit der Entwicklung eines Anreizsystems, um neue und effektivere Methoden und Systeme zur Bestimmung des erforderlichen Kapitals (etwa basierend auf der Methodik der „dynamischen Finanzanalyse“) zu entwickeln.
- Insgesamt wird Solvency II risikoempfindlicher sein als das gegenwärtige Solvabilitätssystem (siehe Parallelen zu Basel II).

Nachfolgend sind die wesentlichen Entwicklungsstufen der Versicherungsaufsicht in Europa und Deutschland skizziert:

- 1973: Erste Schadenversicherungsrichtlinie (73/239/EWG)
- 1979: Erste Lebensversicherungsrichtlinie (79/267/EWG)
- 1994: „Dritte Richtliniengeneration“ (Schadenversicherungsrichtlinie 92/49 EWG sowie Lebensversicherungsrichtlinie 92/96 EWG)
- 1997: Projektstart Solvency I
- 2000: Einführung Solo-Plus-Aufsicht und gleichzeitig Projektstart Solvency II
- 2002: 4. Finanzmarktförderungsgesetz (Rückversicherungsaufsicht)
- 2003: Ende der ersten Projektphase Solvency II
- 2004: Inkrafttreten Solvency I
- November 2007: 9. Novelle des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG)

- April bis Juni 2008: Fourth Quantitative Impact Study (QIS 4)
- November 2008: QIS-4-Ergebnisse
- Januar 2009: Veröffentlichung der MaRisk (VA) seitens BaFin
- 2010: Verabschiedung der Solvency-II-Richtlinie seitens des Europäischen Parlaments und Council
- 2010: Empfehlungen seitens CEIOPS bzgl. Umsetzung der Solvency-II-Richtlinie
- 2010 bis 2012: Nationale Umsetzung/Transformation
- 2012 bis 2014: Inkrafttreten Solvency II

3. Architektur von Solvency II

Die Grundlage des neuen Aufsichtssystems bildet die aus Basel II bekannte 3-Säulen-Struktur sowie ein Risikoverständnis, das auf der Gesamtsolvabilität aufbaut. Dies würde bedeuten, dass neben den Vorschriften zum Halten von Eigenkapital (Säule 1), das aufsichtsrechtliche Überprüfungsverfahren (Supervisory Review Process) und eine stärker qualitativ ausgerichtete Bankenaufsicht (Säule 2) an Bedeutung gewinnen werden. Mit der dritten Säule „Offenlegung“ wird die Transparenz der Risikopositionen und der Risikomanagement-Prozesse einer Versicherung angestrebt, um die bisher bestehende starke Informationsasymmetrie zu reduzieren, sodass die Marktteilnehmer die Versicherungen über ihre Renditeforderungen disziplinieren können. In Abbildung 2 ist die grundsätzliche Struktur von Solvency II skizziert.

Die **erste** Säule „Mindestanforderungen an die Kapitalausstattung“ definiert im Wesentlichen die quantitativen Anforderungen hinsichtlich

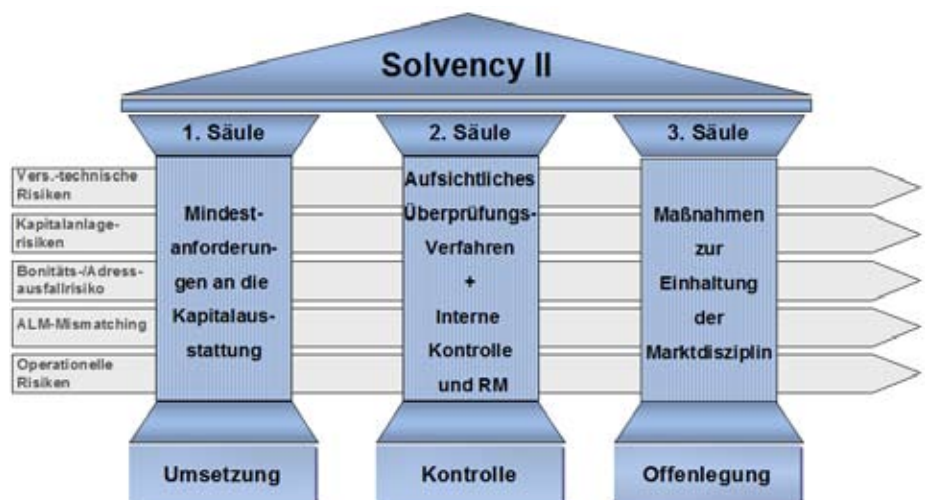
- versicherungstechnischer Rückstellungen,
- Kapitalanlagevorschriften und Bilanzmanagement (Asset & Liability Management),
- Kreditrisiko, Marktrisiko, operationelle Risiken,
- Management von Risikokapital (Interne Modelle und Standardansatz).

Die erste Säule entspricht im Wesentlichen dem methodischen aufsichtsrechtlichen Ansatz der bisherigen Regelungen. Der Kapitalbegriff wurde im Rahmen von Solvency II erweitert: So gibt es auf der einen Seite die „absolute Mindestspanne“ (absolute minimum margin, AMM) und auf der anderen Seite den Begriff der „wünschenswerten Kapitalausstattung“ (target capital, TC). Dieses Zielkapital orientiert sich im Wesentlichen an dem ökonomischen Kapital und wird im zukünftigen Aufsichtssystem die wesentliche Steuerungsgröße im Hinblick auf die Kapitalanforderungen sein. Hierbei entspricht die „wünschenswerte Kapitalausstattung“ etwa einem Investmentgrade von „BBB“. Ein Unterschreiten des Mindestkapitals würde bewirken, dass das Versicherungsunternehmen aus dem Markt ausscheiden muss.

Die **zweite** Säule „Aufsichtsrechtliches Überprüfungsverfahren“ konzentriert sich im Wesentlichen auf die qualitative Überprüfung des Risikomanagements durch die Aufsicht. Hierbei geht es vor allem um

- Umsetzung „Sound Practices“ (analog Basel II) = Aufbau- und Ablauforganisation und Prozesse hinsichtlich „Corporate Governance“ und Risikomanagement,
- klare Verantwortlichkeiten und Managementsysteme,
- angemessenes Vertrags-, Schaden- und Rückversicherungsmanagement,
- klare Zeichnungspolitik (auch basierend auf Szenario- und Stresstests),
- angemessenes Aktiva- und Finanzmanagement,
- Möglichkeit der BaFin, höheres regulatorisches Kapital zu fordern basierend auf individuellem Risikoprofil (in Ergänzung zu Mindestkapitalausstattung nach der ersten Säule),
- Management und Steuerung von operationellen Risiken und exogenen Einflussgrößen, etwa Naturkatastrophen und Konjunktur.

Abbildung 2: Die 3-Säulen-Struktur von Solvency II



Bei der **dritten** Säule geht es schließlich im Wesentlichen darum, die Marktdisziplin als Steuerungsinstrument der Aufsicht einzusetzen, d. h. die existierenden Marktkräfte als Korrektiv zu nutzen. Im Einzelnen beinhaltet die dritte Säule

- umfangreiche Veröffentlichungspflichten (etwa hinsichtlich Risikomethoden, Risikomanagement-Prozessen, Kapitalausstattung, Szenario-Analysen,
- Förderung der Transparenz in Anlehnung an Corporate Governance,
- starke Orientierung auf Interne Modelle mit höheren Veröffentlichungspflichten,
- starke Verzahnung mit IAS (International Accounting Standards) bzw. IFRS (International Financial Reporting Standards).

Die Kontrolle durch den Markt soll bewirken, dass gut informierte Marktteilnehmer – d. h. auch Versicherungsnehmer – eine risikobewusste Geschäftsführung und ein wirksames Risikomanagement von Banken und Versicherungen in ihren Anlage- und Kreditentscheidungen honorieren oder aber risikoreicheres Verhalten entsprechend sanktionieren.

Analog Basel II werden die Aufsichtsbehörden mit Vorschlägen zur Nutzung verschiedener Bewertungsmethoden einen Anreiz schaffen, dass Versicherungsunternehmen komplexere und genauere Methoden zur Messung der Risiken wählen, da dadurch tendenziell die Qualität des Risikomanagements zunimmt. So könnten die Versicherer, die komplexe und hoch entwickelte Risikomodelle nutzen, über eine Anrechnung auf das Zielkapital „belohnt werden“.

4. Auswirkungen auf die Versicherungsnehmer sowie den Arbeitsschutz

Die EU-Kommission weist im Richtlinienentwurf Solvency II, (KOM) 2007/361, ausdrücklich darauf hin, dass eine auf soliden wirtschaftlichen Bewertungsgrundsätzen basierende Regelung die tatsächliche Finanzlage von Versicherungsunternehmen deutlich machen sowie die Transparenz und das Vertrauen in den gesamten Sektor erhöhen wird.

So werden Versicherungsunternehmen, die ihre Risiken gut handhaben, weil sie über rigorose Strategien verfügen, angemessene Risikominderungstechniken verwenden oder ihre Tätigkeiten diversifizieren, belohnt, indem sie weniger Kapital halten müssen. Auf der anderen Seite werden schlecht geführte Versicherungsunternehmen bzw. Versicherungsunternehmen mit einem größeren Risikoappetit verpflichtet sein, mehr Kapital zu halten. Dies schützt vor allem auch die Interessen der Versicherungsnehmer. Die EU-Kommission erwartet nach der Umsetzung von Solvency II erhebliche Vorteile und positive Auswirkungen für sämtliche Interessengruppen.

Die Versicherungsbranche wird – als direkter Nutznießer von Solvency II – über die Förderung eines soliden Risikomanagements, die Anpassung der aufsichtlichen Anforderungen an die Marktpraktiken und die Belohnung gut geführter Unternehmen hinaus gleichwertige Wettbewerbsbedingungen schaffen und zur weiteren Integration des EU-Versicherungsmarktes beitragen.¹⁴

Die Kommission weist darauf hin, dass durch die Anpassung der regulatorischen quantitativen Anforderungen an die tatsächlich entstehenden wirtschaftlichen Kosten der eingegangenen Risiken die internationale Wettbewerbsfähigkeit von EU-Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen gesteigert wird.

Den Aufsichtsbehörden werden bessere Aufsichtsinstrumente an die Hand gegeben, wodurch sie zeitnaher und wirksamer intervenieren können, sowie Befugnisse zur Durchführung umfassender Überprüfungen in Bezug auf sämtliche von den Versicherungsunternehmen eingegangenen Risiken.

Mit einem Blick auf die Wirtschaft insgesamt geht die EU-Kommission davon aus, dass über die Steigerung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit von Versicherungsunternehmen hinaus die Anpassung der regulatorischen Anforderungen an die wirtschaftliche Realität für eine bessere Kapitalallokation auf Unternehmensebene, auf Branchenebene und innerhalb der gesamten EU-Wirtschaft sorgen wird. Dies dürfte nach Ansicht der Kommission zu einer Kostensenkung für die Kapitalbeschaffung im Versicherungssektor und mög-

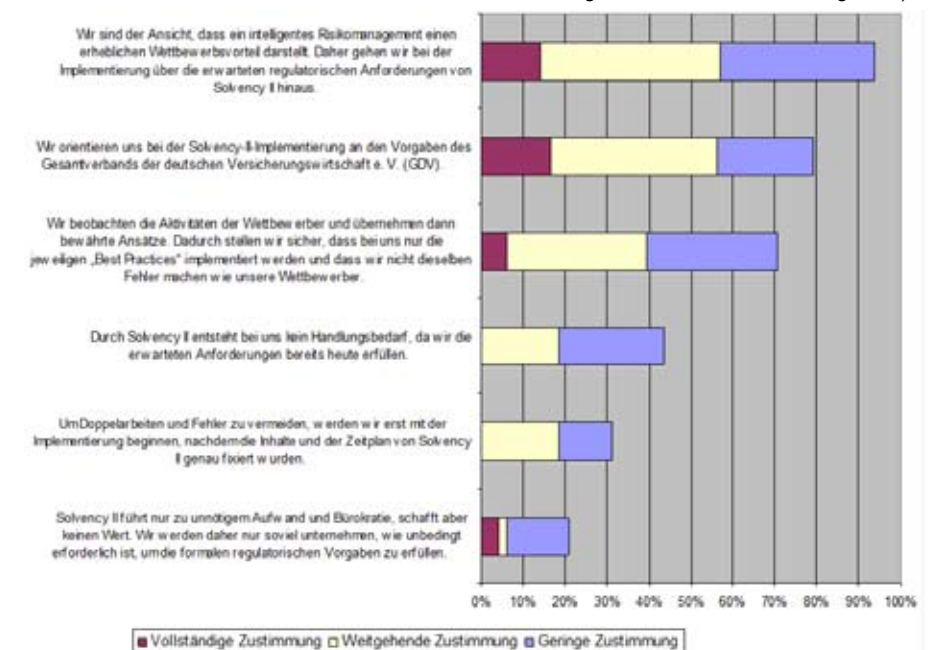
licherweise für die gesamte EU-Wirtschaft führen. Eine effizientere Allokation von Risiko und Kapital innerhalb der Wirtschaft wird auch der mittel- bis langfristigen Finanzstabilität zu Gute kommen.

Wie gut sind deutsche Versicherungen – wenige Jahre vor der offiziell erwarteten Umsetzung – für Solvency II gerüstet und welche Auswirkungen wird das neue Rahmenwerk auf das Produktangebot, die Vertriebswege und die Versicherungskunden haben? Antworten liefert eine im Jahr 2006 veröffentlichte Benchmark-Studie, die der Risikomanagement-Wissenspool RiskNET, in Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Risikomanagement des Studienganges Versicherungsmanagement/Financial Services an der Fachhochschule Wiesbaden, erstellt hat.¹⁵

Grundlage der Analyse waren 120 detaillierte Online-Fragebögen, die von Vorständen und Risikomanagern der Assekuranz in Deutschland, der Schweiz und in Österreich ausgefüllt wurden, sowie 17 vertiefende Interviews mit Vorständen und Risikoverantwortlichen aus der Branche. Die Ergebnisse der Studie lassen den klaren Rückschluss zu, dass sich die Assekuranz des Ausmaßes der anstehenden Veränderungen zwar zunehmend bewusst wird, aber immer noch skeptische Passivität, beobachtender Attentismus und reaktive Verhaltensmuster vorherrschen.

Ein zentrales Ergebnis der Studie ist der wachsende Stellenwert, den das Thema Risikomanagement bei den Versicherungen genießt: Risikomanagement wird immer deutlicher als Werttreiber wahrgenommen. Fast alle Be-

Abbildung 3: Implementierungsstrategie für Solvency II (Quelle: RiskNET/SAS: Solvency II – Erste deutsche Benchmark-Studie: Status Quo und Erwartungen, Oberaudorf/Heidelberg 2006)



fragten (94 Prozent) können der Aussage zustimmen, dass ein intelligentes Risikomanagement einen Wettbewerbsvorteil darstellt, und wollen bei ihren Implementierungsbemühungen sogar über das von Solvency II geforderte Mindestmaß hinausgehen (siehe Abbildung 3).

Diese hohe Zustimmung zum Nutzen eines Risikomanagementsystems steht zwar derzeit noch im Gegensatz zur tatsächlichen Implementierung integrierter Risikomanagementsysteme in den Versicherungsunternehmen, kann jedoch zu berechtigten Hoffnungen einer Veränderung dieser Situation Anlass geben. Das verbale Bekenntnis zu erhöhten Risikomanagementbemühungen zeigt sich auch in einer fundamentalen Ablehnung der Aussage, dass Solvency II lediglich bürokratischer Aufwand sei und keinen Wert darstelle.

Die Allokation von Eigenmitteln auf einzelne Versicherungssparten wird sich nach Ansicht der Befragten durch Solvency II stark verschieben (siehe Abbildung 4). Das Ziel ist hierbei die risikoadäquate Verteilung der vorhandenen Eigenmittel. Insgesamt erwartet die Assekuranz eine deutliche Zunahme der Kapitalanforderungen. Mit besonders starken Veränderungen wird im Bereich der operationellen Risiken sowie der Kreditrisiken gerechnet. Jeweils 38 Prozent der Befragten erwarten bei den operationellen Risiken eine „stark steigende“ bzw. eine „leicht steigende“ Kapitalunterlegung. Bei den Kreditrisiken liegen die Werte bei 25 beziehungsweise 58 Prozent.

Der Versicherungsmarkt erwartet auch eine spartenspezifische Differenzierung risikoadäquater Eigenmittel (vgl. Abbildung 5). Unter dem Eindruck von Langlebigkeits- und Kapitalanlagerisiken gehen 10 Prozent der Befragten davon aus, dass die Risikokapitalunterlegung in der Kapital-Lebensversicherung künftig „stark steigen“ wird. Weitere 24 Prozent rechnen mit „leicht steigender“ Eigenmittelallokation. Konsequenz dieser Entwicklung wird eine Umstellung der Produktpolitik auf garantiefreie, volatile Versicherungsvertragsselemente, analog zu den Angeboten des britischen Marktes in der Form von Universal Life und Unit Linked Ansätzen.

Neben der Produktpolitik wird auch die Preispolitik der Versicherungsunternehmen konsequent von Solvency-II-Überlegungen tangiert. Das risikoadäquate Pricing wird sich auf die Höhe der am Markt zu verlangenden Risikoprämien auswirken. Die stärksten Veränderungen ergeben sich voraussichtlich in der Elementarschadenversicherung. 57 Prozent erwarten hier steigende Prämien, 19 Prozent sind sogar der Ansicht, dass die Preise „stark steigen“ werden. Neben der Kapital-Lebensversicherung mit 45 Prozent erwarten 43 beziehungsweise 40 Prozent eine deutliche Prä-

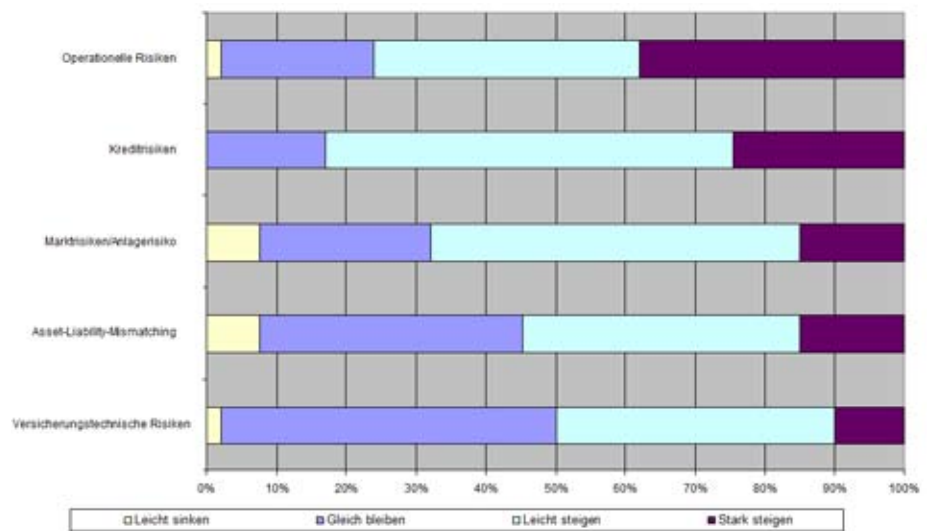


Abbildung 4: Veränderung der Eigenmittelallokation nach Risiken (Quelle: RiskNET/SAS: Solvency II - Erste deutsche Benchmark-Studie: Status Quo und Erwartungen, Oberaudorf/Heidelberg 2006)

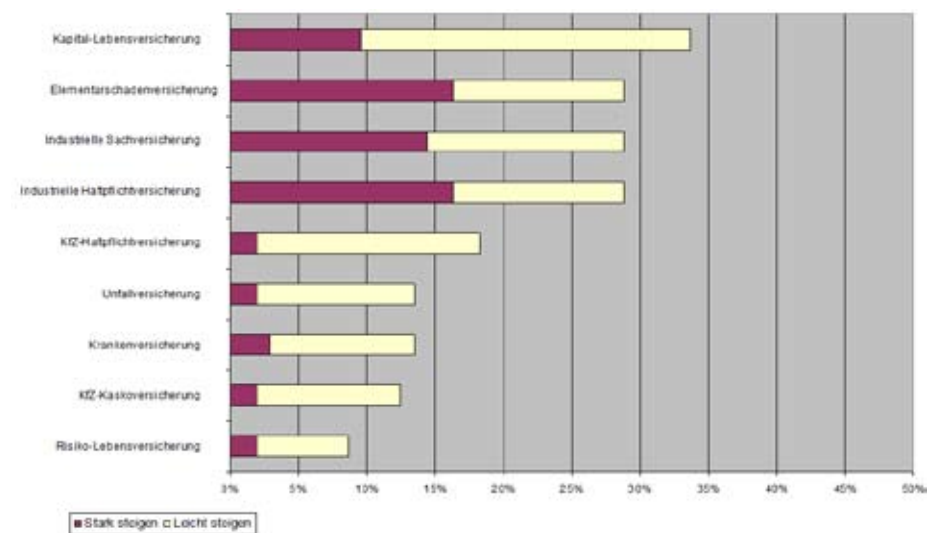


Abbildung 5: Veränderung der Eigenmittelallokation nach Sparten (Quelle: RiskNET/SAS: Solvency II - Erste deutsche Benchmark-Studie: Status Quo und Erwartungen, Oberaudorf/Heidelberg 2006)

mienanhebung in der industriellen Sach- und Haftpflichtversicherung. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die risikoadäquate Tarifierung eine tendenzielle Tarifierhöhung mit sich bringt. Analog zu Basel II hätte man jedoch eine Tarifierabsenkung für positive Risiken im Vergleich zu einer Tarifierhebung für negative Risiken erwartet. Angesichts der systemimmanenten Risikoaversion der Versicherungswirtschaft sind jedoch vornehmlich preistreibende Reaktionen auf negative Risiken zu erwarten, womit die generelle Tarifierhöhung kein Nullsummenspiel für die Versicherungsnehmer ist, sondern eher eine Umsatzausweitung im Versicherungsbestand avisiert.

Infolge des beschriebenen Trends zur risikoadäquaten Gestaltung und Tarifierung von Produkten können lediglich Risiko minimierende Aspekte zu einer Prämienreduktion führen. Die Faktoren Eigenverantwortung und Transparenz der Kunden werden für die individuelle Prämiengestaltung immer wichtiger. Vor allem die genauere Analyse und stärkere Berücksichtigung der individuellen Risikosituation des Kunden sowohl vor Vertragsabschluss als auch in bestehenden Kundenbeziehungen rückt in den Mittelpunkt. Demografische, psychographische sowie geographische Risikostrukturmerkmale werden neben Besitz- und Verbrauchsmerkmalen die Situation des Ver-

sicherungsnehmers bestimmen. Auf der Basis dieser individualisierten und geclusterten Kundengruppen wird sodann ein risikoadjustierter Tarif ermittelt.

Indirekt wird Solvency II sowie die MaRisk (VA) auch Auswirkungen auf den Arbeitsschutz und die Arbeitssicherheit haben. Die Überwachung des Arbeitsschutzes erfolgt in Deutschland in einem dualen System durch die Arbeitsschutzbehörden in den Ländern sowie durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, insbesondere die gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen. Trotzdem könnten die Regelungen der Versicherungsträger aus der Privatwirtschaft einen Quasi-Basisstandard für das Arbeitsschutzmanagement bilden. Besonders deutlich werden die Auswirkungen von Standards im Risikomanagement bei einer Verknüpfung der Risikomanagement-, Qualitäts-, Umweltschutz- und Arbeitsschutzmanagementsysteme zu einem Integrierten Managementsystem (IMS). Durch Nutzung von Synergien und die Bündelung von Ressourcen ist – im Vergleich zu einzelnen, isolierten Managementsystemen – ein schlankeres, effizienteres Management möglich.

Insgesamt wird – in der Folge von Solvency II und den MaRisk – die Förderung eines soliden Risikomanagements und die „Belohnung“ gut geführter Unternehmen durch eine reduzierte Eigenmittelunterlegung positive Effekte sowohl auf die Anteilseigner als auch die Versicherungsnehmer haben.

Die wichtigsten indirekten Nutznießer von Solvency II – so die EU-Kommission – werden die Versicherungsnehmer sein.¹⁶ So wird die neue Regelung zum einen ein einheitliches und verstärktes Niveau an Versicherungnehmerschutz in der gesamten Gemeinschaft gewährleisten. Zum anderen wird die Einführung eines auf wirtschaftlichen Risiken basierenden Ansatzes bei den Versicherungsnehmern mehr Vertrauen in die von den Versicherungsunternehmen angebotenen Produkte schaffen, da Solvency II ein besseres Risikomanagement, eine solide Preisbildung und eine verstärkte Beaufsichtigung fördert.

In der Folge einer risikoadäquaten Eigenmittelunterlegung wird Solvency II aber vor allem dazu führen, dass das Risiko einer Insolvenz eines Versicherungsunternehmens massiv reduziert wird. Hiervon werden sowohl der einzelne Versicherungsnehmer als auch die Eigentümer (möglicherweise identisch mit dem Versicherungsnehmer) und die Volkswirtschaft insgesamt profitieren.

Quellenverzeichnis und weiterführende Literaturhinweise

EUROPEAN COMMISSION: Proposal COM (2007) 361 (Richtlinienentwurf Solvency II).

EUROPEAN COMMISSION: The Review of the overall Financial Position of an Insurance Undertaking – Solvency 2 Review (MARKT/2095/99), Dezember 1999.

KPMG-REPORT: Study into the methodologies to assess the overall financial position of an insurance undertaking from the perspective of prudential supervision, Mai 2002.

RISKNET/SAS: Solvency II - Status Quo und Erwartungen. Erste deutsche Benchmark-Studie, Oberaudorf/Heidelberg 2006.

ROMEIKE, F.: Lexikon Risiko-Management, Weinheim 2004.

ROMEIKE, F./ERBEN, R.F./MÜLLER-REICHART, M.: Die Assekuranz steht an einer chancenreichen Weggabelung, in: Versicherungswirtschaft, Heft 16, 15. August 2006, S. 1301-1305.

ROMEIKE, F./ERBEN, R.F./HEIN, T.: RiskNET: Solvency II – Neue Herausforderungen für den Vertrieb, in: AssCompact, Heft 8/2006, S. 122-124.

ROMEIKE, F./MÜLLER-REICHART, M./HEIN, T.: Die Assekuranz am Scheideweg – Ergebnisse der ersten Benchmark-Studie zu Solvency II, in: ZfV, Ausgabe 10/2006, S. 316-321.

ROMEIKE, F./MÜLLER-REICHART, M.: Risikomanagement in Versicherungsunternehmen - Grundlagen, Methoden, Checklisten und Implementierung, 2. Auflage, Weinheim 2008.

ROMEIKE, F.: Basel II und die Versicherungswirtschaft, in: Zeitschrift für Versicherungswesen, 53. Jahrgang, 15. Mai 2002, Heft 10.

SCHRADIN, H. R.: Erfolgsorientiertes Versicherungsmanagement. Betriebswirtschaftliche Steuerungskonzepte auf risikotheorietischer Grundlage, Karlsruhe 1993.

SHARMA REPORT: Prudential supervision of insurance undertakings - Conference of insurance supervisory services of the member states of the European Union, Dezember 2002.

ZWEIFEL, P.; EISEN, R.: Versicherungsökonomie, Berlin 2002.

unternehmen) bzw. Solo-Plus-Aufsicht (Versicherungsgruppen) bezeichnet.

- 4 Vgl. zur Vertiefung: Zweifel, P.; Eisen, R.: Versicherungsökonomie, Berlin 2002, S. 352 ff. sowie Schradin, H. R.: Erfolgsorientiertes Versicherungsmanagement. Betriebswirtschaftliche Steuerungskonzepte auf risikotheorietischer Grundlage, Karlsruhe 1993, S. 214 ff.
- 5 Vgl. Romeike, F./Müller-Reichart, M.: Risikomanagement in Versicherungsunternehmen - Grundlagen, Methoden, Checklisten und Implementierung, 2. Auflage, Weinheim 2008, S. 139.
- 6 Die MaRisk (VA) wurden am 22. Januar 2009 im Rahmen des Rundschreibens 3/2009 veröffentlicht.
- 7 Vgl. Romeike, F./Müller-Reichart, M.: Risikomanagement in Versicherungsunternehmen - Grundlagen, Methoden, Checklisten und Implementierung, 2. Auflage, Weinheim 2008, S. 120.
- 8 Vgl. Romeike, F.: Die Auswirkungen von Solvency II auf die Versicherungswirtschaft, in: RATING aktuell, Januar/Februar 2003, Heft 1, S. 26-29 sowie: Romeike, F.: Basel II und die Versicherungswirtschaft, in: Zeitschrift für Versicherungswesen, 53. Jahrgang, 15. Mai 2002, Heft 10.
- 9 Vgl. Romeike, Frank: Basel II und die Versicherungswirtschaft, in: Zeitschrift für Versicherungswesen, 53. Jahrgang, 15. Mai 2002, Heft 10.
- 10 Benannt nach dem damaligen Vizepräsidenten des Bundesaufsichtsamts für das Versicherungswesen.
- 11 Vgl. Richtlinien 2002/13/EG (Schadenversicherung) sowie 2002/83/EG (Lebensversicherung)
- 12 Der Garantiefonds ist Teil des Solvabilitätssystems und dient zur Sicherung bestehender und zukünftiger Verbindlichkeiten. Bei einer Versicherungsaktiengesellschaft dient das Grundkapital als Garantiefonds, bei einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit der Gründungsstock.
- 13 Vgl. Romeike, F./Müller-Reichart, M.: Risikomanagement in Versicherungsunternehmen - Grundlagen, Methoden, Checklisten und Implementierung, 2. Auflage, Weinheim 2008, S. 126 ff.
- 14 Vgl. Romeike, F./Müller-Reichart, M.: Risikomanagement in Versicherungsunternehmen - Grundlagen, Methoden, Checklisten und Implementierung, 2. Auflage, Weinheim 2008, S. 145 ff.
- 15 Vgl. RiskNET/SAS: Solvency II - Status Quo und Erwartungen. Erste deutsche Benchmark-Studie, Oberaudorf/Heidelberg 2006 sowie Romeike, F./Erben, R.F./Müller-Reichart, M.: Die Assekuranz steht an einer chancenreichen Weggabelung, in: Versicherungswirtschaft, Heft 16, 15. August 2006, S. 1301-1305 sowie Romeike, F./Erben, R.F./Hein, T.: RiskNET: Solvency II – Neue Herausforderungen für den Vertrieb, in: AssCompact, Heft 8/2006, S. 122-124 sowie Romeike, F./Müller-Reichart, M./Hein, T.: Die Assekuranz am Scheideweg – Ergebnisse der ersten Benchmark-Studie zu Solvency II, in: ZfV, Ausgabe 10/2006, S. 316-321.
- 16 Vgl. Romeike, F./Müller-Reichart, M.: Risikomanagement in Versicherungsunternehmen - Grundlagen, Methoden, Checklisten und Implementierung, 2. Auflage, Weinheim 2008, S. 147 sowie European Commission: Proposal COM (2007) 361 (Richtlinienentwurf Solvency II) sowie European Commission: The Review of the overall Financial Position of an Insurance Undertaking – Solvency 2 Review (MARKT/2095/99), December 1999.

1 Vgl. Romeike, F./Müller-Reichart, M.: Risikomanagement in Versicherungsunternehmen - Grundlagen, Methoden, Checklisten und Implementierung, 2. Auflage, Weinheim 2008, S. 115 ff.

2 Vgl. § 53c VAG sowie Kapitalausstattungsverordnung (KapAustV).

3 Auch als Solo-Aufsicht (einzelnes Versicherungs-

Risikomanagement

Mehr Sicherheit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitsdienst durch Risikomanagement

Andreas Wittmann

Die Gesundheit, und damit auch die Sicherheit des Patienten, stehen im Mittelpunkt der modernen qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung. Die Patientensicherheit kann aber durch unerwünschte Ereignisse massiv gefährdet sein. In der Presse finden sich hierfür genügend Beispiele: Angefangen bei der Applikation des falschen Medikaments¹ über die ungewollte Infektion eines Patienten bei einem operativen Eingriff² bis zur Amputation der falschen Gliedmaße³. Die Ursachen hierfür sind vielfältig, im weiteren Verlauf dieses Artikels soll auch auf bislang wenig diskutierte Zusammenhänge mit dem Gesundheitsschutz des Personals eingegangen werden.

Schlagworte: Unerwünschte Ereignisse, Patientensicherheit, Arbeitssicherheit

Keywords: Adverse events, patient safety, occupational health

Der amerikanische Sicherheitspionier Herbert William Heinrich weist in seinem Standardwerk „Industrial Accident Prevention, A Scientific Approach“⁴ bereits im Jahr 1931 nach, dass fehlerhaftes Verhalten der Mitarbeiter der Auslöser für 95 Prozent aller Unfälle am Arbeitsplatz ist. Ebenfalls auf Heinrich zurück geht die Beschreibung eines Phänomens, das heute als „Heinrichs Ratio“ bezeichnet wird⁵: Nur eine sehr geringe Anzahl der beobachteten Unfälle sind der schwersten Kategorie zuzuordnen, eine deutlich höhere Zahl den darunter liegenden Kategorien. Ähnlich einem Eisberg, bei dem auch die größte Masse unsichtbar unter Wasser liegt, ereignen sich Heinrich zufolge unterhalb der Kategorie der gemeldeten Unfälle noch sehr viel mehr. Diese Unfälle bzw. auch Beinahe-Unfälle unterhalb der Meldeschwelle sind aber das „Reservoir“ für deutlich schwerere Unfälle, da es häufig nur minimale Unterschiede sind, die bewirken können, dass ausgehend von den gleichen Grundbedingungen kein „Beinahe-Unfall“ sondern eine Katastrophe resultiert. Diese Gesetzmäßigkeit scheint nicht nur für Arbeitsunfälle ihre Gültigkeit zu haben, sondern auch für sicherheitsrelevante Fehler im Allgemeinen.

In einem viel beachteten Aufsatz des amerikanischen Wissenschaftlers C. Chantier stellte dieser fest, die Medizin der Vergangenheit wäre „einfach, ineffektiv und relativ sicher“ gewesen, wohingegen die heutige Medizin „komplex, wirksam aber potentiell gefährlich“ sei.⁶ Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der

Wo kämen wir hin, wenn jeder nur sagen würde
„...wo kämen wir hin“ - und keiner ginge,
um zu sehen, wohin wir kämen, wenn wir gingen.

- Kurt Marti -

Entwicklung im Gesundheitswesen stellte hierzu unlängst fest, dass im deutschen Krankenhausbereich mit 170.000 auf mangelnder Sorgfalt beruhenden Behandlungsfehlern und mit bis zu 17.000 auf vermeidbare unerwünschte Ereignisse zurückzuführenden Todesfällen zu rechnen ist⁷. Nimmt man den ambulanten Bereich mit hinzu, so schätzen Experten alleine die Zahl der Todesfälle, die auf falsche Medikamentengabe zurückzuführen sind, auf über 30.000, womit diese die häufigste unnatürliche Todesursache in Deutschland wäre⁸. Gemäß der Theorie Heinrichs liegen diesen Todesfällen aber unzählige kleine Fehler zu Grunde, die sich nur zufällig nicht zur Katastrophe ausgewachsen haben. Durch eine deutliche Reduktion dieser Beinahe-Fehler ließen sich letztlich auch viele Unfälle mit tödlichen bzw. katastrophalen Konsequenzen verhindern.

Die Ursachen von Fehlern

Wie das Nichtvorhandensein fehlerfreier Computersoftware zeigt, sind komplexe und arbeitsteilige Arbeitsabläufe anfälliger für Fehler als Arbeitsabläufe, die von einer Einzelperson von Anfang bis zum Ende durchgeführt werden. Fehlerfreiheit sollte selbstverständlich ein Ziel in jedem Prozess sein, in der Realität ist eine wirkliche Freiheit von allen Fehlern nicht zu erreichen. Wie in technischen Prozessen kommt es daher auch bei der Behandlung von Patienten regelmäßig zu Fehlern.

Die Medizin und mittlerweile oft auch die Krankenpflege sind heute hoch arbeitsteilig und komplex. Während bei chirurgischen Eingriffen schon seit vielen Jahrzehnten die Aufgaben zwischen den einzelnen Fachdisziplinen getrennt sind (zur Vorbereitung radiologisches Konzil, Anästhesie durch eigenen Facharzt etc.) wird durch den Übergang zur Funktionspflege auch die Pflege der Patienten immer komplexer, teilweise auch mit den beschriebenen Folgen der höheren Fehleranfälligkeit. Als häufigste Ursachen schwerer Behandlungsfehler identifizierte eine amerikanische Forschergruppe jedoch eine zu hohe Arbeits-

belastung des Personals, gefolgt von unzureichender personeller Ausstattung und mangelndem (Fach-)Wissen der behandelnden Personen. Auch Müdigkeit und Hunger waren überdurchschnittlich häufig eine Ursache für schwere Behandlungsfehler. Nicht ganz so häufig, aber ebenfalls als Fehler mit schweren Konsequenzen identifiziert wurde die Informationsaufnahme einzelner Mitarbeiter bei der Kommunikation im Team, bei der Kommunikation mit dem Patienten und beim Verständnis der Aufgabenstellung. Bei letzterem spielte unter anderem auch die Handschrift der Kollegen eine entscheidende Rolle. Häufig wurden Medikamente auf Grund von „bad handwriting“ falsch dosiert oder sogar das falsche Medikament verabreicht.⁹ Nicht nur unleserliche Handschriften bergen hier ein großes Risiko, nicht selten sehen sich heute die Verpackungen von in der Wirkung unterschiedlichen Medikamenten so sehr ähnlich, dass eine Verwechslung nur eine Frage der Zeit ist. Während einerseits die Hersteller der Medikamente im Rahmen einer „Corporate Identity“ auf im Design ähnliche Verpackung für all ihre Medikamente setzen, soll durch den „Look-alike-Effekt“ manchmal auch der Verkauf einer Nachahmung des Originalpräparates angestoßen werden, indem vom Image dessen profitiert wird. Nicht selten sind aber die Generika anders zu dosieren, sodass es hier zu unbeabsichtigten Über- und Underdosierungen kommen kann.

Fehler in der Medikation sind angeblich so weit verbreitet, dass US-amerikanische Krankenhauspatienten davon ausgehen können, pro Aufnahmetag mindestens einmal ein falsches Medikament verabreicht zu bekommen, wenn auch meist ohne ernsthafte Folgen. Dennoch nutzen nur sechs Prozent der Krankenhäuser automatisierte Medikamenten-Verordnungssysteme, und nur drei Prozent führen elektronische medizinische Dossiers von ihren Patienten, obwohl diese elektronische Registrierung auch die Einnahme von schädlichen Medikamentenkombinationen reduzieren würde.¹⁰

In der bereits erwähnten amerikanischen Studie von Dean et al. waren hohe Arbeitsbelastung und unzureichende personelle Ausstattung die beiden häufigsten Fehlerursachen. Diese führen letztlich zur Überforderung des Personals und zu dessen vorzeitiger Ermüdung, was wiederum das Entstehen von Fehlern begünstigte.

Die Auswirkung von Ermüdung auf die Sicherheit bei operativen Eingriffen wurde auch in einer dänischen Studie deutlich, bei der 14 Chirurgen nach einem umfangreichen Training eine laparoskopische Operation an einem Simulator durchführten, nachdem sie in der Nacht zuvor im Rahmen ihres Bereitschaftsdienstes mit weniger als drei Stunden Schlaf auskommen mussten. Die Fehlerquote stieg gegenüber dem ausgeruhten Zustand auf mehr als das Doppelte an¹¹.

Fehler lassen sich nicht verbieten

Um Fehler zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren werden im industriellen Bereich häufig Regeln aufgestellt und Vorschriften erlassen. Deren strikte Einhaltung und Sanktionen im Fall der Regelverletzung sollen das Auftreten von Fehlern verhindern. Auch in Einrichtungen des Gesundheitsdienstes wird dies von Vorgesetzten regelmäßig versucht, unter anderem auch deswegen, da hier Fehler häufig immer noch mit schwerem Einzelversagen assoziiert werden.

Verbote und Sanktionen sind aber als alleiniges Mittel denkbar ungeeignet, um Fehler vollständig zu verhindern. Analysen von Fehlern in Systemen zeigen nämlich, dass in einer nicht auf Fehlervermeidung hin optimierten Arbeitsumgebung regelhaft mit Risikokonstellationen zu rechnen ist, die die Entstehung von Fehlern begünstigen. Der Präsident der Berliner Ärztekammer Günther Jonitz macht hierfür auch den Sparzwang im Gesundheitswesen verantwortlich, überall, wo rabiat gespart würde, komme es häufiger zu Fehlern.¹²

Beispielhaft für „systemimmanente“ Fehlerquellen seien die im Gesundheitswesen permanent hohe Arbeitsbelastung bei gleichzeitiger Notwendigkeit des Fällens von schnellen Entscheidungen genannt.

Fehler werden immer passieren, entscheidend für das zukünftige Vermeiden von Fehlern ist jedoch die Analyse dieser Fehler. Sie kann zeigen, an welchen Stellen es Schwachpunkte gibt und welche Mechanismen greifen, um Schadensfolgen zu verhindern. Bislang werden Fehler, insbesondere Fehler, die gerade noch einmal nicht zu schwerwiegenden Folgen geführt haben, meist schamhaft verschwiegen. Dies ist der falsche Weg zur Verbesserung der Patientensicherheit: Richtig wäre es, diese Fehler offen zu diskutieren, um aus ihnen zu lernen.¹³

Ein in der Luftfahrt übliches Verfahren zur Fehlervermeidung ist die Auswertung von Flugbewegungen, bei denen es beinahe zu einem Zusammenstoß zweier Luftfahrzeuge gekommen wäre. Diese „near misses“ sind die Vorstufe zu echten Unfällen, eine Reduktion dieser Ereignisse wird also gemäß „Heinrichs Ratio“ auch zwangsläufig die Anzahl der echten Unfälle reduzieren.¹⁴ Diese Erkenntnis sollte selbstverständlich auch in der Medizin umgesetzt werden.

Ein heute etabliertes Instrument für ein derartiges Fehlermanagement bieten beispielsweise sogenannte Critical Incident Reporting Systeme (CIRS). Diese Systeme stammen wie beschrieben aus der Luft- und Raumfahrttechnik und wurden in der Medizin zunächst überwiegend in anästhesiologischen Fachabteilungen eingesetzt.¹⁵

Derartige Berichtssysteme, in die Mitarbeiter besondere Vorkommnisse (freiwillig) melden können, helfen Risikokonstellationen frühzeitig zu erkennen und geeignete Maßnahmen einzuleiten, um diese in Zukunft auszuschalten. Dazu muss dieses Wissen jedoch dann auch allen Beteiligten, die zukünftig in ähnliche Situationen geraten können, zeitnah zugänglich gemacht werden.

Weitere Risiken für die Gesundheit der Patienten

Risiken für die Patienten können auch von infiziertem Personal ausgehen. Auch hier sind es gemäß „Heinrichs Ratio“ nur wenige spektakuläre Beispiele, die in der breiten Öffentlichkeit diskutiert werden, aber voraussichtlich aber tausende problematische Konstellationen, die ebenso schwere Folgen haben könnten. So infizierte ein Anästhesist in Valencia/Spainien 275 Patienten mit dem Hepatitis-C-Virus¹⁶, in fast jedem Krankenhaus an der Tagesordnung sind aber Übertragungen von Hautkeimen wie MRSA oder das Übertragen des Virusgrippeerregers durch Mitarbeiter.

Jedoch sind es auch hier oft kleine, unterhalb der Meldeschwelle liegende Fehler, die in Einzelfällen zu schwerwiegenden Folgen führen. So beobachtete eine Schweizer Studiengruppe, dass sich nur 57 Prozent der Ärzte bei der Händedesinfektion an bestehende Vorschriften hielten. Neben der Zugehörigkeit zu bestimmten medizinischen Disziplinen (Chirurgie, Anästhesie, Notfall- und Intensivmedizin) wirkte sich auch hier hohe Arbeitsbelastung negativ auf das Verhalten der Mitarbeiter aus, wohingegen sich das Wissen, beobachtet zu werden, ein leichter Zugang zu Desinfektionsmitteln und die bewusste Vorbildfunktion positiv auswirkte¹⁷. Die Veröffentlichung dieser Zahlen wurde von den Schweizer Ärzten jedoch sofort als „fahrlässig“ und „unseriös“ abgekanzelt, die angegebenen Zahlen seien sicher nicht richtig.

Der richtige Umgang mit Fehlern ist eine Führungsaufgabe

Spears und Schmidhofer unterscheiden in einem Aufsatz aus dem Jahr 2005 fehleranfällige medizinische Organisationseinheiten („Error-prone organizations“) und Höchstleistungen erbringende Organisationseinheiten (High-performing organizations). Die fehleranfälligen Organisationseinheiten zeichneten sich meist dadurch aus, dass für die dort ausgeführten Tätigkeiten meist nur wenige Merkmale definiert und quantifiziert waren, mit denen das Werk oder die Dienstleistung geprüft werden konnte und technisch-konstruktive Anteile der Arbeitsgestaltung ungenügend berücksichtigt waren. Dies führte dazu, dass die Mitarbeiter lediglich versuchten, die Aufgaben irgendwie zu bewältigen („getting the job done“) wodurch sich (Beinahe-)Unfälle und Schäden häuften.

Demgegenüber wurden in den Organisationseinheiten, die Höchstleistungen erbrachten, alle Tätigkeiten im Vorfeld klar definiert und deren Ablauf im Vorfeld genau geregelt. Auftretende Probleme wurden nicht „umschiff“, sondern sofort untersucht, was zu deutlich weniger (Beinahe-)Unfällen und anderen Schäden führte.¹⁸

Der Risikobegriff

Risiko leitet sich vermutlich vom frühitalienischen „riscare“ her, kann also mit „wagen“, „sich etwas trauen“ übersetzt werden. Im Online-Lexikon „Wikipedia“ wird der Begriff des Risikos als die kalkulierte Prognose eines möglichen Schadens bzw. Verlustes im negativen Fall (Gefahr) beschrieben, als Antonym zum Begriff „Sicherheit“ („Sicherheit ist das Nichtvorhandensein eines unzulässigen Risikos.“). In einem Standardwerk der Sicherheitstechnik von Günter Lehder und Reinald Skiba¹⁹ wird Risiko – wie in der Versicherungsmathematik seit Jahrzehnten üblich – als das Produkt aus Eintrittswahrscheinlichkeit bzw. Eintrittshäufigkeit und Ereignisschwere bzw. Schadensausmaß definiert.

Der in der Sicherheitstechnik immer wieder auftretende Begriff des Grenzzrisikos, also der Grenze zwischen vertretbar bzw. akzeptabel und nicht vertretbaren bzw. unakzeptablen Risiken muss dann selbstverständlich ebenfalls als Anforderung definiert werden: Welche Schäden bzw. welche Kosten ist man bereit als Restrisiko zu akzeptieren? Diese Frage ist sicherlich einfacher zu beantworten, wenn es um rein monetäre Risiken geht, als die Entscheidung, körperliche Schäden und beruflich bedingte Erkrankungen als Restrisiken zu akzeptieren.

Der Geschäftsführer der Sana Klinikgruppe Schwarz gab in einem 2006 in der Zeitschrift Klinikarzt veröffentlichten Interview an, nach der bei Sana verwendeten Definition sei Risiko

Zur Person



Dr. Andreas Wittmann

Dr. Andreas Wittmann studierte Sicherheitstechnik an der Bergischen Universität Wuppertal. Seit dem Jahr 2003 ist er als freier wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Arbeitsphysiologie, Arbeitsmedizin und Infektionsschutz tätig. Im Dezember 2005 wurde er promoviert. In seiner Dissertation beschäftigte er sich mit Nadelstichverletzungen.

Zusammen mit Silvester Siegmann ist er Herausgeber des Standardwerkes „Gefährdungsbeurteilung und Risikomanagement“ im Ecomed-Verlag.

„die Gefahr, dass Ereignisse, Entscheidungen und Handlungen das Unternehmen daran hindern, definierte Ziele zu erreichen bzw. Strategien erfolgreich zu realisieren“.²⁰

Dementsprechend gilt: Je mehr Beinahe-Fehler und -ereignisse in einem Krankenhaus erfasst werden, desto mehr Schwachstellen im System lassen sich eliminieren. Dies senkt das Risiko für echte Fehler und erhöht die Patientensicherheit. Gleichzeitig führen derartige Strategien direkt zu einer Senkung der Haftpflichtschadensfälle und führen konsequenterweise durch eine geringere Komplikationsrate gleichzeitig zu geringeren Behandlungskosten.

Risikomanagement beeinflusst direkt klinische Parameter und auch die betriebswirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und anderer Gesundheitseinrichtungen. Erfolgreiches Risikomanagement muss dann aber auch Maßnahmen wie die lückenlose arbeitsmedizinische Vorsorge aller Beschäftigten und eine flächendeckende Schutzimpfung des Personals gegen alle impfpräventablen Erreger umfassen, ebenso das „Sanieren“ der Haut MRSA-koloni-

sierter Beschäftigter, da durch diese Arbeitshygienischen Maßnahmen eine Vielzahl nosokomialer Infektionen bei Patienten und Personal verhindert werden kann.²¹

Letztlich umfasst Risikomanagement im Gesundheitsdienst aber auch alle Maßnahmen der technischen Arbeitssicherheit, beispielsweise die konsequente Verwendung von Stichesicheren Instrumenten (denn diese verhindern Infektionen des Personals, die wiederum für die Patienten gefährlich sein können) und das strikte Einhalten der gesetzlichen Arbeits- und Ruhezeiten.

Risikomanagement, Fehlermanagement und Risikokultur

Ein funktionierendes Risikomanagement in einer Gesundheitseinrichtung muss sich neben elementaren Fragen wie

- o Was kann passieren?
- o Wie wahrscheinlich wird es passieren?
- o Wie können wir das verhindern?

auch mit den schwierigen Fragen, was diese Sicherheit kosten darf und wie viel Sicherheit wir uns leisten können bzw. wollen, befassen.

Dieses ökonomische Risiko ist letztlich ja meist der limitierende Faktor für mehr Sicherheit.

Wie dargelegt, ist Fehlerfreiheit in der Praxis meist nicht zu erreichen, eine Sicherheitskultur, in der gar keine Fehler passieren, mithin unerreichbar. Trotzdem muss das Ziel lauten, möglichst wenig Fehler zuzulassen. Durch frühzeitiges Erkennen von Fehlern und eine offene Auseinandersetzung mit ihnen, also durch ein vorurteilsfreies Fehlermanagement kann das nötige Wissen für ihre Handhabung erworben werden. So können rechtzeitig Maßnahmen, um gleichartige Fehler in Zukunft zu verhindern oder ihre schädlichen Folgen abzuwenden, eingeleitet werden. Gerade die offene Auseinandersetzung mit Fehlern kennzeichnet eine Risikokultur: Realistische Einschätzung der Häufigkeit von Fehlern, genaue Schadensbewertungen und eine Diskussion über das Maß an negativen Vorkommnissen, das als akzeptabel gilt, sind wichtiger Bestandteil. Eine Risikokultur muss also zunächst akzeptieren, dass es unvermeidbare mit Gefahren verbundene Aktivitäten gibt. Dann müssen diese Risiken nach Stand der Technik, der Wissenschaft und auch unter ökonomischen und gesellschaftlichen Gesichtspunkten bewertet werden. Es existieren also Erwartungswerte für die Fehlerrate und die Bereitschaft, aus jedem Fehler dennoch zu lernen.

Festzuhalten bleibt also, dass in einer echten Risikokultur nicht nur über Sicherheit gesprochen werden darf, sondern ebenso auch über die Schadenerwartung bzw. Fehlererwartung gesprochen werden muss. Grundvoraussetzung hierfür ist jedoch, zu akzeptieren, dass Schäden überhaupt eintreten können.

Sicherheit und Sicherheitskultur

Im Englischen wird der Begriff der Patientensicherheit oft als „Freiheit von unbeabsichtigten Verletzungen“ definiert.²² Das wichtigste Glied in der Kette der Patientensicherheit, das gegen die bisherigen Ausführungen, ist aber die individuelle Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter. Hier ist also einer der wirkungsvollsten Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Patientensicherheit, ein klassisches Betätigungsfeld für die Gesundheits- und Sicherheitsmanager in unseren Betrieben, den Betriebsärzten und den Sicherheitsingenieuren.

Sicherheit ist dabei kein Zustand, der nach dem Abspulen einer Gefährdungsbeurteilung erreicht wird, sondern ein dynamischer Prozess!

Meiner Ansicht nach muss dieser Prozess dadurch unterstützt werden, dass alle Grundprozesse in einem Unternehmen fehlerarm gestaltet werden. Das Ziel einer erfolgreichen unternehmerischen Sicherheitskultur muss es daher sein, es schwieriger zu machen, Fehler zu begehen.

Dass auch vermeintlich fehlerarme Prozesse durch eine verbesserte Arbeitsorganisation deutlich weniger anfällig für Fehler sind, zeigte sich in einer vor kurzem von der WHO veröffentlichten Studie zur Sterblichkeit nach Operationen: Mit einer von der „Safe Surgery Saves Lives“-Initiative entworfenen Checkliste wurde die Sicherheit der Patienten im Operationssaal deutlich verbessert. Zu drei Zeitpunkten („sign in“-Phase vor Beginn der Narkose, „time out“-Phase unmittelbar vor der Inzision und „sign out“-Phase, wenn der Patient den Operationssaal verlässt) mussten Chirurgen und Anästhesisten innehalten, bis ein Koordinator im OP-Saal eine DIN-A4-große Checkliste mit Fragen zu dem Eingriff, dem Patienten, seinen Begleiterkrankungen und Allergien abgearbeitet hatte.²³ Durch diese einfache Maßnahmenroutine, die in acht Städten weltweit getestet wurde, konnte die Rate schwerwiegender Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen von 11 auf 7 Prozent und die Zahl der Todesfälle von 1,5 auf 0,8 Prozent gesenkt werden, und dies ausdrücklich auch in Ländern wie der Bundesrepublik Deutschland.²⁴

Fazit

Diese Ausführungen zeigen, dass ein wesentlicher Fehlerfaktor in nahezu allen Prozessen der Mensch ist. Seine Leistungsfähigkeit zu erhalten ist daher das Erfolgsrezept für eine echte Sicherheitskultur.

Daher kann sich nicht nur die Sicherheit der Patienten, sondern auch der wirtschaftliche Erfolg jedes Unternehmens durch verbesserte, nämlich menschengerechte Arbeitsbedingungen erhöhen. Hierzu gehören neben ausreichenden Ruhezeiten für die Beschäftigten

ebenso rechtzeitige Investitionen in Fort- und Weiterbildung des Personals. Unterstützt durch eine zeitgemäße arbeitsmedizinische Betreuung und praxisgerechte Arbeitssicherheit kann so eine echte Sicherheitskultur aufgebaut werden, in der die Sicherheit und Gesundheit eben nicht als statisch aufgefasst werden, sondern als positive funktionelle Gesamtzustände, die erhalten bzw. immer wieder hergestellt werden müssen. An der Zeit wäre es.

- 1 NN. Medikationsfehler haben ernsthafte Folgen - Computersystem könnte falsche Verschreibungen verhindern. *Kliniker* 2006; 35: X
- 2 N.N.: 13 Hepatitis-B-Fälle im Aachener Klinikum – Spur führte zum Herzspezialisten. *Kardiol. Nachrichten* 4: 6 (1999)
- 3 N.N. Falsches Bein amputiert. *Hamburger Abendblatt* 28. Dezember 2004
- 4 Heinrich, H.W., *Industrial Accident Prevention, A Scientific Approach*, McGraw-Hill Book Co. Inc., New York, 1931
- 5 Wright L, van der Schaaf T. Accident versus near miss causation: a critical review of the literature, an empirical test in the UK railway domain, and their implications for other sectors. *J Hazard Mater* 2004; 111(1–3):105–10
- 6 Chantier, C. The role and education of doctors in the delivery of health care. *The Lancet*, 1999;353:1178-1181
- 7 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, „Kooperation und Verantwortung“, BMG 2007
- 8 Hoppe-Tichy, T. Medikationsfehler mit schlimmen Folgen, Vortrag auf dem 10. Münchner Intensivpflegekongress
- 9 Dean et al. Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. *Lancet* 2002; 359:1373
- 10 Aspden, P., Wolcott, J., Bootman, JL, Cronenwett, LR. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors, Medication errors injure 1,5 million people and cost billions of dollars annually; Institute of Medicine of the National Academics, 2007
- 11 Grantcharov TP., Bardram L., Funch-Jensen P., Rosenberg J., Laparoscopic performance after one night on call in a surgical department: prospective study, *BMJ* 2001;323:1222-1223
- 12 DIE ZEIT 06.04.2005 Nr.15,
- 13 Siehe z. B. www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de
- 14 Wright L, van der Schaaf T. Accident versus near miss causation: a critical review of the literature, an empirical test in the UK railway domain, and their implications for other sectors. *J Hazard Mater* 2004; 111(1–3):105–10
- 15 Dahmen, K. Begleitende Rahmenbedingungen für die Zentrenbildung: Anforderungen an ein modernes Qualitätsmanagementsystem. *Chir Gastroenterol* 2006;22:242–246;
- 16 N.N. *Ärztezeitung*, 2007:05
- 17 Pittet et al. Hand Hygiene among Physicians: Performance, Beliefs, and Perceptions. *Ann Intern Med*. 2004;141:1-8
- 18 Spears SJ, Schmidhofer M. Ambiguity and workarounds as contributors to medical error. *Ann.Int.Med.* 2005; 142:627-630
- 19 G. Lehder/R. Skiba. Taschenbuch Arbeitssicherheit, ESV Verlag
- 20 Dr. R. Schwarz, Geschäftsführung Sana Kliniken, München, *Kliniker* 2006; 35: XVIII-XIX
- 21 Linde H., Lehn N., Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA) Therapie und Hygienemaßnahmen. *Dtsch Med Wochenschr* 2005;130:586-588
- 22 Institut of Medicine. *To Err Is Human* 1999:3
- 23 Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, Gawande AA. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data *The Lancet*, Volume 372, Issue 9633, Pages 139 - 144, 12 July 2008
- 24 Haynes AB, Weiser TG, Berry WR et al. for the Safe Surgery Saves Lives Study Group. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med*. 2009 Jan 29;360(5):491-9. Epub 2009 Jan 14.

ARBEITSMEDIZIN ARBEITSSICHERHEIT 2009

**5. NORDBADISCHES FORUM „GESUNDHEIT UND SICHERHEIT BEI DER ARBEIT“
IN MANNHEIM, 07. – 08.05.2009**

**7. TAG DER ARBEITSMEDIZIN IN WIESBADEN
SAMSTAG, 16.05.2009**

**8. TAG DER ARBEITSMEDIZIN IN HAMBURG
SAMSTAG, 20.06.2009**

**10. FORUM ARBEITSMEDIZIN DEGGENDORF
01. – 03.07.2009**

**TAG DER ARBEITSMEDIZIN UND ARBEITSSICHERHEIT IN BREMEN
SAMSTAG, 12.09.2009**

**8. TAG DER ARBEITSMEDIZIN IN BERLIN
SAMSTAG, 26.09.2009**

ÄNDERUNGEN VORBEHALTEN
ANMELDEUNTERLAGEN BITTE SENDEN AN:

ANSCHRIFT / STEMPEL

ANMELDEUNTERLAGEN BITTE ANFORDERN BEI:

RG GMBH

WÜRMSTR. 55, 82166 GRÄFELFING

TEL. 089/89 89 16 18, FAX. 089/89 80 99 34

RIEDL@RG-WEB.DE

WWW.RG-WEB.DE



RG

Gesellschaft für Information
und Organisation mbH

IHR KOMPETENTER PARTNER FÜR
KONGRESSE, TAGUNGEN,
PRESSEARBEIT UND EVENTS

Beruflicher Stress – Was dahinter steckt, wenn er krank macht

Wolfgang Hagemann und Katja Geuenich

Ziel: Die vorliegende Studie untersucht Unterschiede im Beschwerdenprofil bei beruflicher Belastung und vergleicht dabei verschiedene Risikogruppen.

Kollektiv und Methoden: Die Datenerhebung umfasst ein Kollektiv von n = 300 bzw. 398 Probanden/Patienten. Erhoben wurden die Daten mit Hilfe der Forschungsinstrumente „Burnout-Screening-Set-Inventar I und II (BOSS I + II)“.

Ergebnisse: Es lassen sich signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen feststellen. Der hohe Zusammenhang zwischen beruflicher Belastung und gesundheitlichen Einschränkungen wird belegt.

Schlagwörter: Berufliche Belastungen, Burnout, Stress, Beschwerdenprofil

1. Problem Darstellung und Ausgangssituation

Angesichts der zunehmenden beruflichen Belastungen – bedingt durch eine Zunahme des Arbeitstempos, der Arbeitsdichte, der Arbeitsanforderungen und Abnahme der Arbeitsplatzsicherheit – mag es nicht verwundern, dass die Gesundheit der Gesellschaft leidet. Dies gilt insbesondere für die stressassoziierten Erkrankungen im psychosomatischen und psychischen Bereich. Und dies gilt insbesondere für soziale Berufe (wie Lehrer, Arzt, Krankenpfleger etc.), was in zahlreichen Studien belegt wurde (z. B. Hagemann, 2003; Nienhaus et al., 2007 und 2008; Bergner, 2006). Zahlen zu Krankentagen und Krankenhausstatistiken sind vor dem Hintergrund der Angst der Arbeitnehmer vor einem Verlust des Arbeitsplatzes, der sich ständig verbessernden Behandlungsmethoden bei körperlichen Erkrankungen, den knappen Budgets der Krankenhäuser (welche mit einer Abnahme der Behandlungstage einhergehen) ein allenfalls mäßiges Kriterium, um die Gesundheit der Gesellschaft valide zu erfassen. Zudem kommt die nach wie vor bedeutsame Tabuisierung psychischer Probleme/Erkrankungen hinzu, welche die entsprechenden Kriteriums- bzw. Zahlenwerte „verzerren“. Aber selbst dieses „schwache“ Kriterium zeigt, dass psychische Erkrankungen zunehmen. Dies gilt für die Zunahme an Krankheitstagen, welche auf psychische Störungen zurückgehen, genauso wie an den steigenden Behandlungskosten (Pressemitteilung des BKK-Bundesverbandes, 2008).

2. Stress und dessen Einfluss auf Leistungsfähigkeit und Gesundheit

Das persönliche Wohlbefinden und die Gesundheit sind Ergebnis der Mixtur von äußeren und inneren Ressourcen sowie äußeren und inneren Anforderungen. Leistungsfähigkeit und Lebenszufriedenheit sind auf Dauer nur dann erleb- und erbringbar, wenn ein Mindestmaß an Gesundheit und Wohlbefinden vorliegt. Im Hinblick auf den Stressor „Arbeit“ lohnt sich daher ein genauerer Blick: Welche berufsbedingten Belastungen liegen in der „Normalbevölkerung“ am häufigsten vor, welche kennzeichnen die überdurchschnittlich hoch belasteten Personen. In welchen Kriterien unterscheiden sich Patienten von Nicht-Patienten, bei denen die Ressourcen die Anforderungen (noch?) überwiegen? Eine Studie mit n = 300 Probanden und n = 398 Patienten beantwortet diese Fragen. Ein klinisches Fallbeispiel soll vorab die hohe Belastung und deren Zusammenhänge mit den Lebensumständen und Erfahrungen der betroffenen Person verdeutlichen.

Fallbeispiel

Bei Herrn N. handelt es sich um einen 38-jährigen Patienten, der vor dem Hintergrund einer beruflichen Belastungssituation und Partnerschaftskrise mit den Diagnosen Depressive Episode und Burnout eine klinisch-stationäre psychotherapeutisch-medizinische Behandlung aufnahm. Herr N. berichtete über in den letzten Monaten zunehmende Verzweiflung, Müdigkeit, Antriebslosigkeit und Freudlosigkeit. Er leide unter schweren Schlafstörungen, habe Kopfschmerzen und sei häufiger als früher an banalen Infekten erkrankt. Seine Partnerschaft sei konfliktbeladen, er und seine Ehefrau liefen Gefahr, sich voneinander zu entfernen, zu entfremden. Für Gemeinsamkeiten und gegenseitige Anteilnahme sei kaum noch Raum. Im Beruf merke er, dass er sich nur noch schlecht konzentrieren könne, seine Entscheidungen seien unsicher geworden, er habe seine Souveränität verloren. Sein Selbstvertrauen sei „weg“, er habe Angst vor der Zukunft und sei viel misstrauischer, intoleranter und reizbarer geworden, worunter er selbst leide und sich daher „schon von anderen zurückziehe“, weil ihm „einfach alles zu viel geworden“ sei. Er vermisse Unterstützung „auf allen Ebenen“, kenne das schon aus seiner Kindheit, wo er bedingt durch ständige Wohnortwechsel „immer wieder habe von vorne anfangen müssen“ und sich „alleine durchschlagen“ musste. Er habe als Scheidungskind nie das Gefühl gehabt, „für jemanden wirklich wichtig“

zu sein. Er habe versucht, von anderen unabhängig zu sein, habe sich selbst hohe Ziele gesetzt und immer danach gestrebt, „alle im Griff und unter Kontrolle zu haben“. Dabei sei er zu weit gegangen, habe seine „eigenen Grenzen nicht akzeptieren wollen, können und dann aber müssen“. Das klinische Setting und die Gemeinschaft mit den Therapeuten und Mitpatienten täten ihm sehr gut. Im Verlauf der Behandlung (multimodaler Behandlungsansatz mit tiefenpsychologisch-systemischem Schwerpunkt und ergänzenden kreativtherapeutischen Ansätzen) habe er ein besseres Verständnis über seine aktuelle Situation gewinnen können. Dabei sei es wichtig gewesen, „in seine Biographie und Lebensgeschichte einzusteigen“. Er habe so vieles besser verstehen können. Allmählich sei es ihm gelungen, wieder an Selbstwirksamkeit zu gewinnen, stabiler zu werden und auch die Partnerschaftskonflikte konstruktiv anzugehen. Er wisse nun, dass er sich „früher abgrenzen müsse, deswegen aber noch lange kein Versager sei“. Er habe nie gedacht, dass „es so wichtig sei, achtsam zu sein und Gefühle nicht nur zu beobachten, sondern auch als Leitfaden für das eigene Handeln zu nutzen“. Diesen „neuen Zug“ wolle er auch nach seiner Therapie beibehalten.

In Abbildung 1 sind die Symptome (erfasst per Fragebogenverfahren, siehe unten) von Herrn N. zu Beginn der Behandlung im Vergleich zu einem (Zufalls-)Probanden aus einer Normstichprobe von n = 300 Probanden dargestellt. Im rechten Teil der Abbildung (Multiplikatoren) wird deutlich, um wie viel höher die Beschwerden von Herrn N. im Vergleich zum Beschwerdenprofil (ungerechnet als Einheitsfaktor „1“) des Probanden aus der Normstichprobe sind. Im linken Teil der Abbildung sind die Rohwerte der beiden Probanden nebeneinander gestellt.

3. Empirische Studien

3.1. Studie 1

3.1.1. Kollektiv und Methode

Die Datenerhebung fand im Rahmen zweier wissenschaftlicher Arbeiten im Fach Psychologie in Kooperation mit der Psychologischen Fakultät der Universität zu Köln statt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig (die Rücklaufquote lag bei ca. 65%). Die Stichprobe umfasst 300 Probanden/-innen im Alter von 18 bis 65 Jahren. Das durchschnittliche Alter lag bei 42 Jahren. Von den Probanden/-innen waren knapp 11% arbeitslos, 74% standen im Erwerbsleben und die verbleibenden 15% waren Studenten bzw. Auszubildende.

18% der Probanden/-innen waren Single, ca. 81% lebten in einer Partnerschaft. Die Probanden stellen einen repräsentativen Durchschnitt (hinsichtlich Alter, Geschlecht, Wohnort) der deutschen Bevölkerung dar. Verwendet wurden zwei Fragebögen. Der erste Fragebogen, Burnout-Screenings-Set-Inventar I (BOSS I), erfasst Belastungen in den Lebensbereichen Beruf, Selbst/Eigene Person, Familie/Partnerschaft und Freunde. Der zweite Fragebogen, Burnout-Screenings-Set-Inventar II (BOSS II), erfasst Beschwerden und Symptome auf den Ebenen Körper, Kognition und Emotionen. Diese beiden Bögen (von W. Hagemann und K. Geuenich) wurden kürzlich in einer bislang noch unveröffentlichten Studie normiert.

3.1.2. Ergebnisse

Die Stichprobe von n = 269 berufstätigen Probanden wurde in zwei Gruppen geteilt. Die erste Gruppe (n = 208) war in ihrem beruflichen Kontext durchschnittlich belastet (Prozentrang < 84). Die zweite Gruppe (n = 61) war beruflich überdurchschnittlich hoch belastet (Prozentrang > 84). In Abbildung 2 wird gezeigt, in welchen Symptombereichen sich diese beiden Gruppen voneinander unterscheiden. Die Unterschiede in den unten angeführten Beschwerden waren statistisch hoch signifikant. Die Ergebniswerte der nicht bzw. durchschnittlich belasteten Gruppe wurden auf den Wert 1 geeicht. Die Werte der zweiten Gruppe zeigen, um welchen Faktor die Belastung der Probanden höher ist.

Es wird deutlich, dass bei vorliegender hoher beruflicher Belastung die Beschwerden auf der körperlichen, kognitiven und emotionalen Ebene um ein Vielfaches steigen. Dies gilt insbesondere für den Bereich der emotionalen Beschwerden, wo die subjektiv wahrgenommene Belastung bis zu einem Faktor von 5 (bei den Kriterien „Selbstunsicherheit“, „Antriebsstörung“ und „emotionale Verarmung“), d. h. um ein Fünffaches höher ist als bei der beruflich nicht/durchschnittlich belasteten Gruppe. Körperliche und kognitive Beschwerden nehmen bis zu einem vierfachen Ausmaß zu, z. B. „Verlust der Souveränität“. Dieser enorme relative Zuwachs an Beschwerden zeigt, wie hoch der Einfluss beruflicher Belastungen auf das körperliche, geistige und/oder seelische Wohlbefinden sein kann. Selbst dann, wenn man den Einfluss der Belastungen in den Lebensbereichen Eigene Person/Selbst, Familie/Partnerschaft und Freunde/Freundeskreis herausrechnet, bleibt ein Großteil der gefundenen Zusammenhänge signifikant.

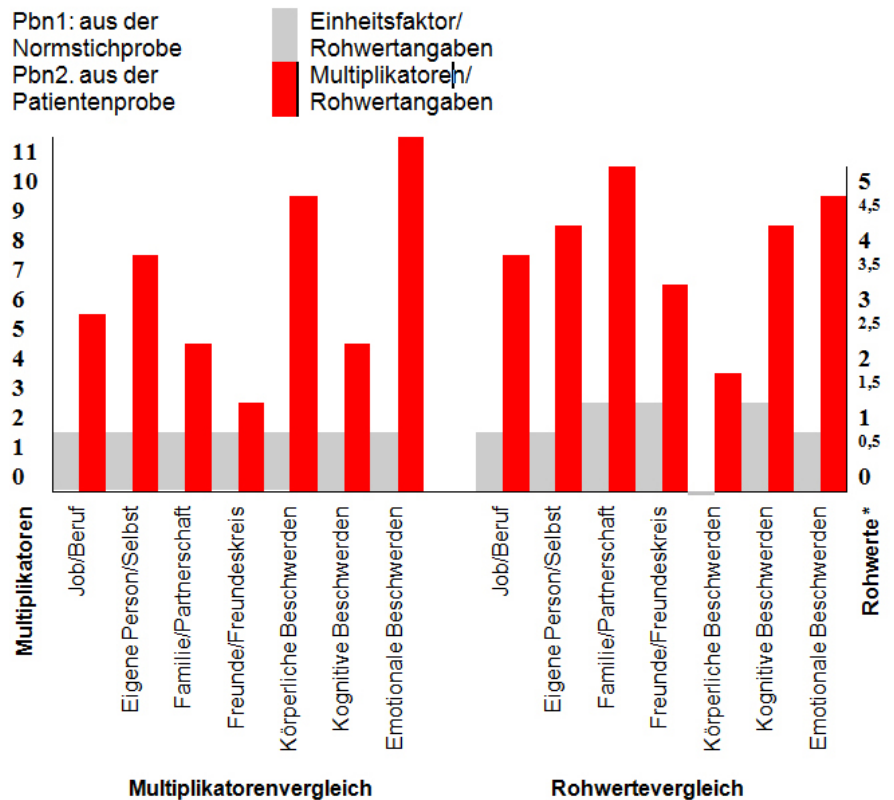
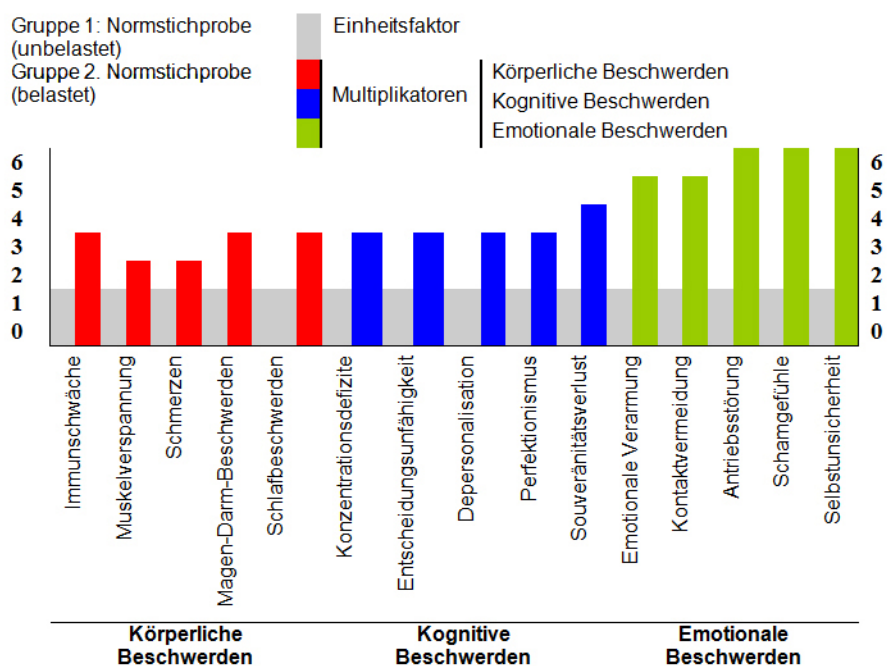


Abbildung 1 : Ergebnisse der Fragebogenerhebung für den Patienten N aus dem Fallbeispiel und einem Probanden aus der Normstichprobe. * Rohwerte im Fragebogen min = 0; max. = 5

Abbildung 2: Belastungsprofile im Vergleich. Beruflich durchschnittlich vs. hoch belastete Probanden einer Normstichprobe von n = 300



Zur Person



Dr. Wolfgang Hagemann

(Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapeutische Medizin)

Gründer und Ärztlicher Direktor der Röher Parkklinik GmbH, einer Klinik, Tagesklinik und Ambulanz für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin

Gründer und Direktor des Röher Park-Institutes für Psychosomatik in der Arbeitswelt

Autor der Bücher „Burnout bei Lehrern“, erschienen 2003 bei Beck (2. Aufl. erschien 2008) und „Nach der Krebsdiagnose. Systemische Hilfe für Betroffene, ihre Angehörigen und Helfer“, erschienen 2003 bei Vandenhoeck & Ruprecht.

Mehrere Jahre Lehrbeauftragter der Donau-Universität Krems (A) für Systemische Familientherapie

Mitglied verschiedener Fachgesellschaften wie der Deutschen Balint-Gesellschaft

Vorsitzender der „Internationalen Gesellschaft Systems in Transition“

Medienpräsenz: z. B. Spiegel TV, WDR 3, Rundfunk WDR 5, Fokus, Berliner Tagesblatt

1. Normstichprobe (unbelastet) Einheitsfaktor
 2. Normstichprobe (belastet) Multiplikatoren
 3. Patientengruppe (belastet)
 4. Patientengruppe (hoch belastet)

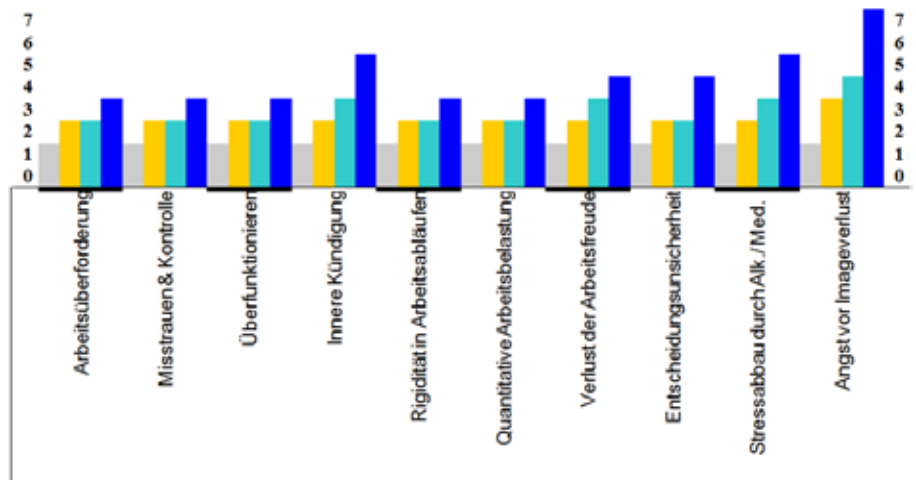


Abbildung 3 : Vergleiche der Arbeitsbelastungen in vier verschiedenen (klinischen vs. nichtklinischen) Stichproben.

3.2. Studie 2

3.2.1. Kollektiv und Methode

In einem zweiten Schritt wurde die Normstichprobe (repräsentative Stichprobe) mit einer Gruppe (n = 398) psychosomatisch bzw. psychisch erkrankter Patienten verglichen. Das Durchschnittsalter lag in dieser Stichprobe bei ca. 45 Jahren. Ca. 70% der Patienten hatten als Erstdiagnose eine Depressive Störung.

Bei etwa 9% der Patienten war ein Burnout die erstrangige Behandlungsdiagnose. Bei 32% der Patienten wurde die Zusatzdiagnose eines Burnouts gestellt. Etwa 59% der Patienten waren verheiratet oder lebten in einer festen Beziehung, 31% waren ledig und Single. Über die Hälfte waren als Angestellte tätig. Je ca. ein Siebtel war selbstständig bzw. Beamter. 24% der Patienten arbeiteten im Bereich Bildung (z. B. Lehrer), 15% im Bereich Wirtschaft, 7% im Bereich Verwaltung, 6% im Bereich Gesundheit (z. B. Ärzte), 4% im Bereich Handwerk, 3% im Bereich Rechtsprechung, 2% im Bereich Wissenschaft und 23% verteilten sich auf weitere unterschiedliche Bereiche (15% machten zu ihrem Beruf keine spezifischen Angaben).

Untersucht wurde, in welchen arbeitsbezogenen Belastungen Unterschiede zwischen den Gruppen vorlagen. Es wurden vier Gruppen gebildet. Die Normstichprobe als Gesamtgruppe, die beruflich überdurchschnittlich hoch belasteten Probanden aus der Normstichprobe, die Patientengruppe als Gesamtgruppe und als vierte Gruppe (n = 73) die innerhalb der Patientengruppe übermäßig hoch belasteten Probanden (Prozentrang > 84).

3.2.2. Ergebnisse

Vorab ist anzumerken, dass von den zehn erfassten Kriterien der Arbeitsbelastung in der Gesamt-Patientengruppe acht im signifikant erhöhten bis stark erhöhten Bereich lagen. In der Normgruppe (Gesamtgruppe) lagen die zehn Kriterienwerte definitions- und erwartungsgemäß im unauffälligen Bereich.

Alle Unterschiede zwischen den Gruppen in den erfassten beruflichen Belastungskriterien waren statistisch signifikant. Wiederum wurden für die graphische Darstellung (siehe Abbildung 3) die Werte der Normstichprobe auf den Wert „1“ geeicht und die Belastungen der anderen Gruppe hierzu in Relation gesetzt (Multiplikatoren).

Es wird deutlich, dass sich die Gruppe 3 (belastete Probanden/Patienten) in vier von zehn Kriterien um einen höheren Faktor von der Gruppe 1 (unbelastete Gruppe der Normstichprobe) unterscheidet als die Gruppe 2 (Risikogruppe der Normstichprobe). Dies gibt (als Arbeitshypothese) Hinweise auf Unterschiede zwischen psychisch erkrankten Probanden und Probanden der Normstichprobe¹. Diese lägen dann in den folgenden Bereichen Innere Kündigung, Verlust der Arbeitsfreude, Stressabbau durch Einnahme von Alkohol und/oder Medikamenten sowie Angst vor Imageverlust. In punkto Arbeitsüberforderung, Misstrauen und Kontrolle, Leistungsstreben/ Überfunktionieren, Rigidität in Arbeitsabläufen, Dauerstress/quantitativer Arbeitsbelastung und Unsicherheit bei Entscheidungen unterschieden sich die beiden Gruppen nicht. Der Unterschied liegt demnach

besonders in den Kriterien, bei denen Angst, Scham, Resignation bzw. Kompensation durch Substanzkonsum eine Rolle spielen. Die befragten Patienten haben vor dem Hintergrund einer immens hohen Berufsbelastung innerlich „die Segel gestrichen“.

Beide Gruppen erzielten jeweils doppelt bis dreifach höhere Belastungswerte als die Gruppe 1 (unbelastete Probanden der Normstichprobe). Die Gruppe der besonders hoch belasteten Patienten erreichte die höchsten Werte und höchsten Multiplikatorenwerte. Die Zunahme an Belastungen ist zwischen dreimal bis siebenmal so hoch wie in der Gesamt-Normgruppe. Auch hier liegen die höchsten Werte bei den angst- und schambesetzten Belastungsfaktoren.

4. Schlussfolgerung

Diese Ergebnisse zeigen, dass eine Zunahme beruflicher Belastungsfaktoren mit deutlichen (nämlich um ein Vielfaches) erhöhten Beschwerden einhergeht. Sie zeigen weiterhin, dass die Unterschiede in den Belastungen und Beschwerden bei psychisch erkrankten Personen deutlich höher sind als in der Durchschnittsbevölkerung.

5. Fazit

Es gilt, Profile beruflicher Belastungen individuell, zuverlässig und vor allem frühzeitig zu erfassen, damit diese aufgefangen und behandelt werden können, bevor sich Angst, Scham und Stress chronifizieren, und sich eine psychische oder psychosomatische Folgeerkrankung entwickeln kann. Daher ist die Anwendung eines diagnostischen Verfahrens, welches sich (wie z. B. die beiden BOSS-Fragebögen) als Screening-Instrument eignet, für die Arbeitsmedizin und -psychologie ebenso geeignet wie für Hausärzte, Psychotherapeuten sowie die Betroffenen und Interessierten selbst. Frühzeitig erkennen hieße Leid (und Kosten) reduzieren sowie Leistungsfähigkeit und Lebenszufriedenheit erhalten bzw. fördern (Hagemann et al., 2006). Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und gemeinsame Standards in den Methoden und Vorgehensweisen der Beratung und Behandlung wären dabei von großem Vorteil (Weber et al., 2000).

6. Literatur

Bergner, Th. (2006) Burnout bei Ärzten. Arztsein zwischen Lebensaufgabe und Lebensaufgabe. Stuttgart. Schattauer Verlag.

BKK: Pressemitteilung des BKK-Bundesverbandes, 22.05.2008, Krankenstand ansteigend – psychische Erkrankungen weiter zunehmend. www.bertelsmann-bkk.de. Zugriff: 29.08.08.

Hagemann W. (2003) Burnout bei Lehrern. Ursachen, Hilfen, Therapien. München, C. H. Beck

Hagemann W. Burnout-Screenings-Set. Ein Forschungsinstrument zur psychosomatischen Diagnostik von Burnout. (nicht veröffentlicht)

Nienhaus, K., Hagemann, W., Kraus, Th. (2006) Kosten und Nutzen von Psychotherapie beim Burnout-Syndrom und psychosomatischen Folgeerkrankungen bei Mobbing. ASU – Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin. 41,9; S. 425-429.

Nienhaus, K. Hagemann, W. (2007) Chronische Stressbelastung und Gesundheitsrisiken für Lehrer. Die Kaufmännische Schule, 3-4, Heft 3; S. 3-5.

Nienhaus, K., Hagemann, W., Kraus, Th. (2008) Diagnostik zu arbeitsbedingtem Stress und Stressfolgen bei Ärzten. ASU – Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin. 43,5; S. 273-276.

Weber A, Kraus Th. (2000) Das Burnout-Syndrom – Eine Berufskrankheit des 21. Jahrhunderts. ASU – Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin. 35, S. 180-188.

1. Es kann aufgrund des Studiendesigns nicht ausgeschlossen werden, dass unter den Probanden aus der Normstichprobe ebenfalls psychisch erkrankte Personen waren. Keiner der befragten Probanden aus der Normstichprobe befand sich in klinisch-stationärer Behandlung.

Zur Person



**Dr. rer. nat. Dipl.-Psych.
Katja Geuenich**

(Psychologische Psychotherapeutin)

Derzeit tätig als Psychotherapeutin in der Röher Parkklinik und wissenschaftliche Leiterin des Institutes Psychosomatik in der Arbeitswelt der Röher Parkklinik

Promotion an der Universität Trier zum Thema „Diagnostik und Differentialdiagnostik der Borderline-Störung“

Approbierte Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie)

Längerfristige und kurzfristige Stressbewältigung	
Längerfristig	Kurzfristig
<ul style="list-style-type: none"> • Probleme systematisch lösen 	<ul style="list-style-type: none"> • Spontane Entspannung
<ul style="list-style-type: none"> • Zeitmanagement beachten 	<ul style="list-style-type: none"> • Sich gezielt und kurzfristig ablenken
<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Kontakte wertschätzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Positive Selbstgespräche
<ul style="list-style-type: none"> • Eigene Einstellungen und Bewertungen ändern 	<ul style="list-style-type: none"> • Distanz schaffen
<ul style="list-style-type: none"> • Entspannungsmethode erlernen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sich abreagieren

Tabelle 1:
Längerfristig und kurzfristig wirksame bzw. anwendbare Methoden zur Stressbewältigung

Viele Beschäftigte berichten, dass für sie in spannungsbeladenen Momenten das Führen von positiven Selbstgesprächen sehr hilfreich ist. Bei den positiven Selbstgesprächen geht es darum, sich kurzfristig selbst positiv zu beeinflussen und sich Mut zuzusprechen. Es werden hierbei innerlich kurze, fast befehlsartige Sätze gesprochen: „Ich schaffe das!“, „Ich werde daraus lernen!“, „Wenn’s weiter nichts ist!“.

Die Methode des Distanzschaffens beruht darauf, innerlich einen Schritt zurück zu treten, die Situation möglichst von außen zu betrachten und sich zu fragen, ob die eigene Reaktion überhaupt irgendetwas beiträgt zum Klären des als stressig erlebten Momentes. Diese Aufwand-Nutzen-Analyse kann man unterstützen, indem man symbolisch tatsächlich einige Schritte zurückweicht und sich konkret die folgenden Fragen stellt: „WAS nützt es (dass ich mich so aufrege)?“ und: „Ist es mir die Sache wirklich wert?“. Im angloamerikanischen Raum gibt es das schöne Sprichwort: „Choose your battle!“, das heißt, überlege Dir gut, wann Du

in einen „Kampf“ eintrittst und wann nicht, denn Deine Kräfte sind begrenzt.

Manchen Betroffenen hilft die Methode, sich kurz und heftig abzureagieren. Das bedeutet, man könnte kurz mit der Faust auf den Tisch hauen oder mit dem Fuß aufstampfen. Ebenso könnte man Treppen laufen oder ein Papier zerknüllen und an die Wand werfen, vornehmlich wenn man sich alleine im Büro befindet. Denn man sollte auf jeden Fall berücksichtigen, in welcher Situation man sich befindet bzw. welche Kolleg/-innen oder Vorgesetzten gerade anwesend sind!

6. Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse von Gefährdungsbeurteilung und persönlichen ärztlichen Gesprächen mit Beschäftigten unterstreichen die Bedeutung und häufige Zunahme von „Stress“ als berufliche Belastung. Die Ursachen dafür sind äußerst komplex und beziehen sich sowohl auf die strukturelle Verhältnisebene als auch auf die individuelle Verhaltensebene. Ein wesentlicher Grund besteht in unserer modernen Ar-

beitswelt an sich, die durch ständige und tief greifende Veränderungen vor dem Hintergrund von Globalisierung, Umstrukturierung und diskontinuierlichen Berufsbiografien geprägt ist. Es stellt sich aber auch die Frage, welchen Beitrag die Betroffenen selber leisten können, eigenverantwortlich ihr berufliches Schicksal in die Hand zu nehmen, Probleme zu erkennen und aktiv zur Lösungsfindung beizutragen.

Neben der fachlichen Kompetenz benötigen die Beschäftigten heutzutage – weit mehr als dies in der Vergangenheit notwendig war – Kompetenzen zur Selbststeuerung, um ihre Arbeitskraft und Gesundheit möglichst lange aufrecht zu erhalten. Eine in diesem Zusammenhang wichtige Kompetenz ist die Fähigkeit zur Stressbewältigung, deren zahlreiche Methoden beispielhaft im vorliegenden Text aufgezeigt wurden (vgl. Tabelle 1). Dem/der Betriebsarzt/-ärztin bietet sich an dieser Stelle die Möglichkeit, aktiv betriebliche Gesundheitsförderung zu betreiben. Er/sie sollte bei verschiedenen Gelegenheiten das Thema der beruflichen Stressbelastung aufgreifen, die Zusammenhänge erläutern und gemeinsam mit dem Betroffenen an konkreten Lösungsmöglichkeiten arbeiten. Hierbei sollten, neben einer kurzen theoretischen Darstellung, besonders auch die Methoden zur Stressbewältigung vorgestellt und nach Möglichkeit eingeübt werden.

7. Weiterführende Literatur

Litzcke, S., Schuh, H.: Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz, Verlag Springer, 4. Auflage, 2007.

Eppel, H.: Stress als Risiko und Chance - Grundlagen von Belastung, Bewältigung und Ressourcen, Verlag Kohlhammer, 2007.

Kaluza, G.: Gelassen und sicher im Stress, Verlag Springer, 3. Auflage, 2007.

Marc Stollreiter, M., Völgyfy, J., Jencius, Th.: Stress-Management, Verlag Beltz, 2000.



Lehrauftrag für Arbeitsmedizin und Immissionsschutz für den Vorsitzenden des BsAfB e.V.

Mit Datum vom 25. Februar 2009 hat der Vorsitzende des BsAfB e.V. Dr. med. Uwe Ricken einen Lehrauftrag zum Thema „Arbeitsmedizin und Immissionsschutz“ gem. § 34 NHG der Universität Osnabrück erhalten. Die Schriftleitung gratuliert ihm hierzu.

Auch Betriebsärzte haben gemäß dem § 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes (ASiG) bei der Eingliederung von Behinderten in den Arbeitsprozess mitzuwirken.

Die Kündigung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber ist in der Regel nur mit vorheriger Zustimmung des Integrationsamtes möglich (§§ 85 ff. SGB IX). In der Regel wird der Betroffene vorher angehört. Dieser Kündigungsschutz beginnt aber erst nach der vereinbarten Probezeit.

Schwerbehinderte Menschen erhalten Zusatzurlaub von einer Arbeitswoche. Voraussetzung ist hierfür ein GdB von mindestens 50 Prozent.

Nach § 124 SGB IX in Verb. mit § 3 ArbZeitG sind Schwerbehinderte Menschen und ihnen gleichgestellte Behinderte von Mehrarbeit auf ihr Verlangen freizustellen.

Ansprechpartner

Ein Verzeichnis der Ansprechpartner in den jeweiligen Kreisen hat der Landschaftsverband Rheinland (LVR) herausgegeben [L4.3]. Hier finden sich unter anderem:

Rehabilitationsträger:

- Rentenversicherung
- Bundesagentur für Arbeit
- Krankenversicherung
(nur medizinische Rehabilitation)

Arbeitsgemeinschaft der Integrationsämter [L4.2]:

- Integrationsfachdienste
- technischer Beratungsdienst
- Berufsbegleitender Dienst
- Fachdienste für gehörlose und hörgeschädigte Menschen

Weitere Ansprechpartner:

- Gemeinsame Servicestellen der Rehaträger
- Schwerbehindertenvertretung (nur in größeren Betrieben vorhanden)
- soziale Beratungsstellen für hörbehinderte Menschen
- Behindertenbeauftragte des Landes und der Kommune [L4.4]
- Psycho-Soziale Beratungsstellen für Hörgeschädigte
- Beratungsstellen im DSB (Deutscher Schwerhörigenbund e.V.) [L1.1]
- Deutscher Gehörlosen-Bund e.V. [L1.2]
- Deutsche Gesellschaft der Hörgeschädigten [L1.3]

Internet-Linkliste

Institutionen

[L1.1] www.schwerhoerigen-netz.de
Deutscher Schwerhörigenbund e.V.

[L1.2] www.gehoerlosen-bund.de
Deutscher Gehörlosen-Bund e.V.

[L1.3] www.deutsche-gesellschaft.de
Deutsche Gesellschaft der Hörgeschädigten

Produkte und Hilfsmittel

[L2.1] www.hgt.de Fa. HGT
(technische Hilfsmittel für Gehörlose)

Informationen für Arbeitgeber und -nehmer

[L3.1] www.gewinndurchEinstellung.de
Schwerbehinderte Menschen beschäftigen
(Agentur für Arbeit)

[L3.2] www.dgs-im-job.de
Information rund um die Beschäftigung gehörloser Arbeitnehmer

Rehabilitation

[L4.1] www.rehadat.de
Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation

[L4.2] www.integrationsaemter.de
Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen

[L4.3] www.lvr.de
LVR - Landschaftsverband Rheinland

[L4.4] www.behindertenbeauftragte.de
Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen

Sonstiges

[L5.1] www.fachgebaerdenlexikon.de
Gebärdensprache im Beruf - das Fachgebärdensprachelexikon der Berufsbildungswerke

Erfolgreich: Das WEKA Business Portal mit über einer Million Page Impressions im Monat

Kissing, 03. Februar 2009 – In den Monaten September, Oktober und November 2008 konnte das WEKA Business Portal jeweils über eine Million Page Impressions sowie eine Steigerung der Besuche von fast 30 Prozent von 18.000 auf 23.000 verzeichnen. Seit des Launchs des Online-Portals im Juli vergangenen Jahres steigen die Zugriffe kontinuierlich an.

Die Steigerung der Zugriffsraten ist Ergebnis der Innovations- und Qualitätsstrategie des Fachmediensverlags WEKA MEDIA. Das WEKA Business Portal enthält digitale praxisnahe, aktuelle Fachinformationen in Form von Fachbeiträgen, Arbeitshilfen, Schulungsmaterialien und Vorschriftentexte zu 21 Themenbereichen, darunter beispielsweise Umweltschutz, Arbeitssicherheit, Produktsicherheit, Datenschutz, Mitbestimmung, Elektrosicherheit und Bauhandwerk. Dank des übersicht-

lichen Zuschnitts des Portals, der Struktur der Daten und deren weitreichender Verlinkung ist der Zugriff auf die Fachinformationen sehr komfortabel. Die hochperformante Suchtechnologie bietet zudem eine sehr hohe Trefferqualität bei einer vereinfachten Benutzerführung.

Seit Ende Januar steht das WEKA Business Portal nicht mehr nur Unternehmen sondern auch Einzelkunden zur Verfügung. Über 40.000 Anwender kann das Online Portal daher inzwischen vorweisen. Für 2009 wird sich dieser Zuwachs auch bei den Besuchen und Page Impressions bemerkbar machen. „Wir sind stolz auf diese Ergebnisse“, sagt Werner Pehland, Geschäftsführer der WEKA MEDIA GmbH & Co. KG, Kissing. „Denn diese zeigen deutlich, dass wir auch im Online-Segment zu den führenden Fachanbietern gehören und unsere Online-Strategie erfolgreich ist.“



Datenschutz

Arzt und Schweigepflicht

Ärzttekammer Nordrhein



Verhältnis von Datenschutzrechten zur ärztlichen Schweigepflicht

Gemäß § 1 Abs. 3 S. 2 BDSG bleibt die Verpflichtung zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses (§ 203 Abs. 1 StGB) unberührt. Das bedeutet, dass die Vorschriften des BDSG nicht den Umfang der durch § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB gewährleisteten ärztlichen Schweigepflicht verändern. Durch das BDSG soll die Offenbarung von der ärztlichen Schweigepflicht unterliegenden Daten weder erleichtert noch erschwert werden. Hieraus folgt, dass die Vorschriften des BDSG über die Zulässigkeit von Datenübermittlungen auf solche Daten nicht anwendbar sind.

Grundsatz der Verschwiegenheit zwischen Arzt und Patient

Der Arzt ist Dritten gegenüber strafrechtlich grundsätzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, also ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis offenbart, das ihm als Arzt anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft (§ 203 Abs. 1 StGB).

Die ärztliche Schweigepflicht ist selbstverständlich auch in der Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte geregelt. Gemäß § 9 Abs. 1 BO haben Ärztinnen und Ärzte über das, was ihnen in ihrer ärztlichen Eigenschaft anvertraut oder bekannt geworden ist - auch über den Tod der Patientin/des Patienten hinaus - zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen der Patientin oder des Patienten, ärztliche Aufzeichnungen, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

Ärztinnen und Ärzte sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherrangigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt (§ 9 Abs. 2 BO).

Reichweite der Schweigepflicht

Ärztinnen und Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer ärztlichen Eigenschaft anvertraut oder bekannt geworden ist, zu schweigen. Dazu gehören alle Informationen und Daten über die Patientin/den Patienten, die der Arzt in seiner Eigenschaft als Arzt erfährt. Die ärztliche

Schweigepflicht schließt daher die gesamte Anamnese einschließlich etwaiger familiärer Verhältnisse des Patienten und alle Untersuchungsbefunde ein. Sogar die Identität des Patienten und die Tatsache, dass sich jemand überhaupt in ärztlicher Behandlung befunden hat, sind geheimhaltungspflichtig (BHG, ArztR, 2000,233).

In einer Entscheidung aus dem Jahr 1985 ist der BGH sogar soweit gegangen, in die Schweigepflicht auch solche Einzelheiten und näheren Begleitumstände einzubeziehen, die Anhaltspunkte für eine Identifizierung des Patienten geben könnten. Danach darf der Arzt auch nicht offenbaren, mit welchem Pkw und in wessen Begleitung der Patient erschienen ist, um sich behandeln zu lassen.

Schweigepflichtig sind auch die berufsmäßig tätigen Gehilfen der Ärzte bzw. die Personen, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. Zu den berufsmäßig tätigen Gehilfen des Arztes gehört jeder, der innerhalb des beruflichen Wirkungsbereiches des Arztes eine auf dessen Tätigkeit bezogene, unterstützende Tätigkeit ausübt (z. B. Arzthelferinnen, Krankenpflegepersonal, medizinische Dokumentare, Zytologieassistenten).

Es ist nicht erforderlich, dass der Betreffende zum Arzt in einem Arbeitsverhältnis steht oder ihm gegenüber weisungsgebunden ist. Demzufolge gehören auch die in der Arztpraxis tätige Arzthebrau oder der Dialyse-Techniker, der die Dialysegeräte in der Praxis regelmäßig wartet, zum Kreise der Schweigepflichtigen. Das Reinigungspersonal gehört dagegen nicht zu den Schweigepflichtigen, da dessen Tätigkeit keinen Bezug zur ärztlichen Berufsausübung hat.

Zu den berufsmäßig tätigen Gehilfen des Krankenhausarztes gehören auch die Angestellten der Krankenhausverwaltung, soweit sie eine Tätigkeit ausüben, die in unmittelbarem inneren Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung steht (z. B. Angestellte, die mit der Abrechnung befasst sind).

Zum Kreis der Schweigepflichtigen gehören auch zur Vorbereitung auf den Beruf tätige Personen, also auszubildende Arzthelferinnen, Krankenschwestern oder Medizinstudenten. Schüler und Praktikanten gehören dagegen weder zu den berufsmäßig tätigen Gehilfen noch zu den Personen, die zur Vorbereitung

auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen. Sie müssen daher über ihre Verpflichtung zur Verschwiegenheit belehrt werden und eine schriftliche Erklärung über die Einhaltung der Schweigepflicht abgeben.

Zeitlich dauert die ärztliche Schweigepflicht nach dem Tode des Patienten in dem gleichen Umfang fort wie zu seinen Lebzeiten. Die Verfügungsbefugnis über Geheimnisse aus dem persönlichen Lebensbereich des Patienten erlischt aufgrund ihres höchstpersönlichen Charakters mit dessen Tod. Erben oder Angehörige können den Arzt daher nicht von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden.

Die postmortale Schweigepflicht des Arztes kann aber durch ausdrückliche oder konkludente Willensäußerung des Verstorbenen zu Lebzeiten oder durch dessen mutmaßliche Einwilligung aufgehoben sein (z. B. um Versorgungs-, Versicherungs- oder Rentenansprüche durchzusetzen). Der Arzt hat im konkreten Einzelfall sorgfältig zu prüfen, ob das Geheimhaltungsinteresse des Verstorbenen fortbesteht oder ausnahmsweise erloschen ist. Seine Entscheidung kann gerichtlich nur eingeschränkt überprüft werden. Bei einer Testierunfähigkeit des Verstorbenen ist dessen Interesse in der Regel nicht darauf gerichtet, diese zu verbergen. Im Zweifel sollte der Arzt sich auch nach dem Tode seiner Patientin/seines Patienten für die Einhaltung der Schweigepflicht entscheiden.

Offenbarung zum Schutz höherwertiger Rechtsgüter

Nach § 9 Abs. 2 BO sind Ärztinnen und Ärzte zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Im Falle eines sog. „rechtfertigenden Notstands“ gemäß § 34 StGB darf der Arzt ein Patienten-geheimnis offenbaren, wenn das Vertrauen des Patienten in die Verschwiegenheit des Arztes gegenüber einem anderen rechtlichen Interesse Dritter geringwertig ist. Der Arzt hat eine Güterabwägung vorzunehmen. Er kann nur im konkreten Einzelfall anhand der ihm bekannten Umstände entscheiden, ob ein höherwertiges Interesse einen Bruch der Schweigepflicht rechtfertigt.

Stellt ein Arzt bei der Behandlung eines Kindes fest, dass aufgrund der Symptome eine Kindesmisshandlung vorliegen könnte, darf er im

Interesse des Kindes am Schutz vor weiteren körperlichen und seelischen Schäden die Polizei oder das Jugendamt benachrichtigen.

Ebenso kann ein rechtfertigender Notstand vorliegen, wenn ein Patient trotz einer bestehenden Erkrankung (Psychose, Epilepsie) am Straßenverkehr teilnimmt, obwohl er sich und/oder andere gefährdet. Der Arzt ist dann berechtigt, die Straßenverkehrsbehörde zu benachrichtigen, wenn er zuvor ohne Erfolg versucht hat, auf den Patienten einzuwirken, bzw. diesen von einer Teilnahme am Straßenverkehr als Kraftfahrer abzuhalten.

Minderjährige

Auch Minderjährige können ein schützenswertes Interesse an der Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht haben. Bei Minderjährigen unter 14 Jahren ist der Arzt grundsätzlich berechtigt, die Eltern in vollem Umfang zu informieren. Bei Minderjährigen über 14 Jahren hat der Arzt das Patientengeheimnis zu achten, denn ab diesem Alter setzt eine abnehmende Pflege- und Erziehungsbedürftigkeit auf der einen Seite und eine zunehmende Fähigkeit zur Selbstbestimmung des Jugendlichen ein.

Der Arzt muss im Einzelfall sorgfältig prüfen, welches der widerstreitenden Interessen den Vorzug verdient. Die Unterrichtung der sorgeberechtigten Eltern kann aber aufgrund des Erziehungszweckes gerechtfertigt sein. Eine Geheimhaltungspflicht besteht in der Regel dann nicht, wenn eine erfolgreiche Behandlung nur im Zusammenwirken mit den Sorgeberechtigten möglich ist. In diesem Fall hat das Wohl des Minderjährigen und das Erziehungsrecht der Eltern Vorrang.

In Fällen, in denen der Minderjährige persönlich und wirtschaftlich selbstständig ist, also nicht mehr in häuslicher Gemeinschaft mit den Eltern lebt, ist meist das Geheimhaltungsinteresse des Minderjährigen vorrangig vor dem Erziehungsrecht der Eltern. Der Arzt hat bei der Interessensabwägung im Einzelfall alle bekannten Umstände zu berücksichtigen (Alter des Minderjährigen, Reife- und Einsichtsfähigkeit, wirtschaftliche und persönliche Selbstständigkeit, Schwere des Eingriffs, der Erkrankung, Familienverhältnisse).

Nach einem Beschluss des OLG Hamm vom 16.7.1998 (AZ.: 15 W 274/98) kann eine minderjährige Frau nicht rechtswirksam ihre Einwilligung zum Abbruch einer Schwangerschaft erteilen. Eine solche Entscheidung hat in der Regel weitreichendere Folgen als die Einwilligung in eine Heilbehandlung. Mit der Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wird über die Tötung eines Ungeborenen entschieden und zudem in die Vornahme eines Eingriffs eingewilligt, der für die Schwangere selbst schwere physische und psychische Folgen haben kann. Der sorgeberechtigte Elternteil, der

seine Zustimmung zu einem von der minderjährigen Tochter geplanten Schwangerschaftsabbruch verweigert, übt sein Sorgerecht deshalb nicht missbräuchlich aus und ihm kann auch kein unverschuldetes Versagen im Sinne von § 1666 BGB vorgeworfen werden. Das Wohl der Minderjährigen wird, so das OLG Hamm, nicht dadurch gefährdet, dass von ihr das Austragen des Kindes verlangt wird. Die Rechtsordnung gehe von einer solchen Pflicht der Schwangeren grundsätzlich aus.

Dagegen müssen die Sorgeberechtigten grundsätzlich nicht zustimmen, wenn ein 17-jähriger Patient sich wegen einer Erkältung behandeln oder ein Piercing anbringen lässt.

Schweigepflicht gegenüber Sozialversicherungsträgern

Die ärztliche Schweigepflicht gilt grundsätzlich auch gegenüber Sozialversicherungsträgern. Auskünfte darf der Arzt daher nur erteilen, soweit es für die Durchführung der Aufgaben des Sozialversicherungsträgers erforderlich ist.

Gemäß § 100 SGB X ist der Arzt verpflichtet, dem Sozialversicherungsträger, der dem sogenannten Sozialgeheimnis unterliegt, im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit dies für die Durchführung von dessen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erforderlich und gesetzlich zugelassen ist oder der Betroffene im Einzelfall eingewilligt hat. Die Einwilligung bedarf grundsätzlich der Schriftform. Auskünfte können von dem Arzt nur verlangt werden, wenn der Sozialversicherungsträger diese im Einzelfall für die Durchführung seiner Aufgaben benötigt.

Der Sozialversicherungsträger kann grundsätzlich nicht die vollständigen Krankenunterlagen des Patienten anfordern. Er muss daher konkret darstellen, welche Unterlagen er im Einzelfall für seine Prüfung benötigt. Verlangt ein Sozialversicherungsträger Kopien aller Krankenunterlagen, empfiehlt die Ärztekammer dem betreffenden Arzt, zunächst abzuklären, welche Auskünfte/Patientendaten benötigt werden. Der Sozialversicherungsträger muss dann auf den Einzelfall bezogene Fragen an den Arzt stellen.

Gesetzliche Krankenkassen und Medizinischer Dienst

Hat eine gesetzliche Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den Medizinischen Dienst veranlasst, ist der Arzt verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist (§§ 275 Abs. 1-3, 276 Abs. 2 S. 1 HS 2 SGB V). Auch die gesetzliche Regelung fordert eine konkrete Fragestellung durch den Arzt des Medizinischen Dienstes.

Ärztinnen und Ärzte sollten die Krankenunterlagen in einem verschlossenen Umschlag persönlich an den Arzt des MDK senden. Sachbearbeiter der Krankenkasse haben grundsätzlich kein Recht auf Einsicht in die Krankenunterlagen.

Juristisch umstritten ist die Frage, ob der Arzt verpflichtet ist, Fremddaten anderer Leistungserbringer (z. B. Krankenhausentlassungsberichte) an den MDK herauszugeben. Nach dem Wortlaut und Normzweck des § 276 Abs. 2 SGB V ist nur eine Verpflichtung zur Übermittlung von Sozialdaten anzunehmen, die der Arzt selbst aufgezeichnet hat oder die in seinem Auftrag erstellt wurden (Röntgenbilder, Laborleistungen). Da sich der MDK auch unmittelbar an den Leistungserbringer wenden kann, sollten Fremddaten grundsätzlich nicht herausgegeben werden.

Nach § 294 SGB V sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen notwendigen Angaben, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen mitzuteilen.

Vertragsärzte müssen in Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und in den Abrechnungsunterlagen die Diagnose angeben, denn sie ist wesentlicher Bestandteil der ordnungsgemäßen Leistungsbeschreibung. Nach § 295 Abs. 2 a SGB V haben Vertragsärzte die Pflicht, Angaben über Leistungen aufzuzeichnen und den Krankenkassen zu übermitteln, die zur Gewährung späterer Leistungen wie z. B. Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation erforderlich sind.

Nach § 298 SGB V ist der behandelnde Arzt verpflichtet, im Rahmen der Qualitätsprüfung nach § 136 SGB V der KV ärztliche Unterlagen mit versichertenbezogenen Daten zu offenbaren.

Fraglich ist, ob die in den §§ 294 ff. SGB V geregelten Übermittlungspflichten auch eine ausreichende gesetzliche Grundlage des Arztes zur Auskunftserteilung bei Anfragen im Einzelfall bilden. Nach § 36 Abs. 1 BMV-Ä bzw. § 18 EKV ist der Arzt verpflichtet, die zur Durchführung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlichen schriftlichen Informationen zu erteilen (Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte, Gutachten). Da diese Auskunftspflicht von ihrem Wortlaut her über die Übermittlungspflichten in den §§ 294 SGB V hinausgeht, ist zu empfehlen, in diesen Fällen eine aktuelle Schweigepflichtentbindungserklärung einzuholen.

Besonders hinzuweisen ist auf § 66 SGB V, der die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern regelt. Nach dieser relativ neuen Vorschrift können die Krankenkassen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und die nicht nach § 116 SGB X auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen.

Unfallversicherungsträger/ Berufsgenossenschaften

Gegenüber den Berufsgenossenschaften, also den Trägern der Unfallversicherung, bestehen gesetzliche Auskunftspflichten in den §§ 201, 203 SGB VII. Beim Vorliegen einer Berufskrankheit sieht § 202 S. 1 SGB VII vor, dass der an der Heilbehandlung beteiligte Arzt die erhobenen und gespeicherten Daten an den Unfallversicherungsträger übermittelt, soweit dies für den Zweck der Heilbehandlung oder die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist. Der Arzt hat auch den Versicherten zu informieren. Eine Einwilligung des Unfallversicherten ist nach § 203 SGB VII nicht erforderlich.

Rentenversicherungsträger

Gesetzliche Auskunftspflichten gegenüber Rentenversicherungsträgern gibt es für Ärzte nicht. Juristisch umstritten ist, ob in der Stellung eines Rentenanspruchs eine konkludente Schweigepflichtbindungserklärung gesehen werden kann. Empfehlenswert ist es, immer eine ausdrückliche Schweigepflichtbindungserklärung des Patienten einzuholen.

Versorgungsämter

Bei Auskunftsbegehren von Versorgungsämtern muss immer das ausdrückliche Einverständnis des Versorgungsberechtigten eingeholt werden, wenn der Arzt Auskünfte erteilen oder das Versorgungsamt Krankenunterlagen zur Einsicht beziehen will. Nach § 12 Abs. 2 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung ist immer das Einverständnis des Versorgungsberechtigten erforderlich.

Sozialämter

Das Sozialhilferecht enthält eine gesetzliche Verpflichtung des Arztes zur Auskunftserteilung. Nach § 38 Abs. 4 BSHG i.V.m. den entsprechend anwendbaren Vorschriften des 4. Kapitels des SGB V ist der Arzt verpflichtet, Auskünfte bei Verwendung vereinbarter Vordruckmuster zu erteilen.

Betriebsarzt

Der Betriebsarzt wird aufgrund des Arbeitssicherheitsgesetzes (ASiG) vom Arbeitgeber bestellt. Er hat die Aufgabe, den Arbeitgeber bei der Erfüllung des Arbeitsschutzes und bei der Unfallverhütung zu unterstützen. Auch der Betriebsarzt ist zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet. Dies ist in § 8 Abs. 1 ASiG ausdrücklich geregelt. Ein Arbeitnehmer, der sich den vorge-

schriebenen gesetzlichen Einstellungskontrollen oder arbeitsmedizinischen Voruntersuchungen stellt, erklärt damit in der Regel konkludent sein Einverständnis mit der Weitergabe der Ergebnisse an den Arbeitgeber.

Der Betriebsarzt darf dem Arbeitgeber aber nur mitteilen, ob aufgrund seiner Untersuchung des Arbeitnehmers gesundheitliche Bedenken bzgl. der Tätigkeit des Arbeitnehmers bestehen. Einzelne Diagnosen oder Untersuchungsbefunde dürfen dem Arbeitgeber nicht mitgeteilt werden. Diese unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Auch bei freiwilligen Vorsorgeuntersuchungen des Arbeitnehmers gilt die Schweigepflicht des Betriebsarztes im vollen Umfang.

Anfragen von privaten Versicherungen/Krankenversicherungen

Im ärztlichen Alltag kommt es häufig vor, dass der Arzt von privaten Krankenversicherungen, privaten Unfallversicherungen oder privaten Lebensversicherungen angeschrieben und um detaillierte Auskünfte gebeten wird. In der Regel haben die privaten Versicherungsgesellschaften eine generelle Entbindung aller behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber der Gesellschaft in ihren Versicherungsverträgen aufgenommen. Solche pauschalen Entbindungserklärungen nehmen aber weder Bezug auf die Patientengeheimnisse, zu deren Offenbarung der Arzt ermächtigt werden soll noch auf den Kreis der Ärzte, die zu Auskunft ermächtigt werden sollen. Daher ist für den Arzt Vorsicht geboten.

Pauschale Entbindungserklärungen von der Schweigepflicht werden von der Rechtsprechung und der Literatur als zu weitreichend und deshalb als unwirksam angesehen. Der Patient kann im Übrigen eine zuvor abgegebene Erklärung zwischenzeitlich widerrufen haben. Der Arzt muss daher sorgfältig prüfen, ob eine auf den konkreten Vorgang bezogene Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht vorliegt. Die herrschende Meinung geht lediglich bei Routineanfragen davon aus, dass der Arzt auf die Mitteilung der Versicherungsgesellschaft vertrauen darf, ihr Versicherungsnehmer habe ihn von seiner Schweigepflicht entbunden.

Auch die Datenschutzbeauftragten der Länder und des Bundes fordern für Auskunftersuchen von Versicherungen an Ärzte eine konkrete, auf den Einzelfall bezogene Schweigepflichtentbindungserklärung. Die Versicherungen müssen daher für jeden Fall eines Auskunftersuchens an einen Arzt eine aktuelle auf den konkreten Fall bezogene Schweigepflichtentbindungserklärung des Versicherungsnehmers einholen. Wird an eine Ärztin/einen Arzt ein Auskunftersuchen von einer Versicherung herangetragen, ohne dass die Versicherung eine aktuelle Entbindungserklärung vorlegt, sollte die Ärztin oder der Arzt vor Beantwortung der Anfrage beim Patienten nachfragen, ob er mit einer Datenweitergabe einverstanden ist. Die Ärztin/der Arzt sollte sicherstellen, dass

nur Daten weitergegeben werden, die für die konkrete Fragestellung erforderlich sind.

Nach einer neuen Entscheidung des BGH (AZ.: IV ZR 418/02) haben Privatpatienten ein Recht auf Einsicht in ärztliche Gutachten, die ihre Versicherung über sie einholt. Ärzte, die solche Gutachten für Versicherungen schreiben, können daher nicht damit rechnen, anonym zu bleiben. Nach dem Urteil des BGH ist der Anspruch des Versicherten auf Auskunft über den Inhalt des Gutachtens zu bejahen. Der Anspruch besteht unabhängig davon, ob der Versicherte zuvor ärztlich untersucht worden ist oder ob es sich um ein Gutachten nach Aktenlage handle. Auch wenn die Versicherung ein externes Gutachten einhole, sei sie zu dessen Offenlegung verpflichtet, urteilen die Richter. Dass das Gutachten internen Zwecken diene, z. B. der Beurteilung von Rechnungen oder Befunden, ändere daran nichts.

Privatärztliche Verrechnungsstellen

Der Arzt darf grundsätzlich privatärztliche und gewerbliche Verrechnungsstellen in Anspruch nehmen, um seine ärztlichen Honorarforderungen einzuziehen. Der BGH hat jedoch in einer Grundsatzentscheidung vom 10.7.1991 klargestellt, dass der Patient der Übergabe von Abrechnungsunterlagen an gewerbliche Verrechnungsstellen ausdrücklich zustimmen muss. Der Patient muss vor der Behandlung über die Weitergabe der Abrechnungsunterlagen an die Verrechnungsstelle informiert werden und sein Einverständnis erklären. Es wird empfohlen, die schriftliche Einwilligung des Patienten einzuholen, um im Streitfall dessen Einverständnis nachweisen zu können.

Ein Aushang im Wartezimmer mit einem Hinweis auf die Abrechnung über die privatärztliche Verrechnungsstelle reicht nicht aus. Der BGH hat mit Urteil vom 20.5.1992 (VIII ZR 240/91) hohe Anforderungen an die Zustimmung des Patienten zur Abrechnung über eine privatärztliche Verrechnungsstelle aufgestellt. Der Patient muss die Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung übersehen können. Ihm muss klar sein, aus welchem Anlass er welche Personen mit welcher Zielsetzung von ihrer ärztlichen Schweigepflicht entbindet. Die gleichen Grundsätze gelten auch für die Einschaltung eines Inkassobüros.

Sonstige Behörden

Gegenüber Behörden bestehen für den Arzt keine besonderen Auskunftspflichten. Anfragen von Arbeitsämtern, Gesundheitsämtern oder Polizei darf der Arzt daher nur erteilen, wenn die Behörde diese im Rahmen ihrer Aufgaben benötigt und der betroffene Patient zuvor schriftlich eingewilligt hat.

Häufig bitten Polizeibehörden Ärztinnen und Ärzte im Rahmen strafrechtlicher Ermittlungen (z. B. wegen Diebstahl, Betrug, Körperverletzung) um Bekanntgabe der Namen der an einem bestimmten Tag behandelten Patientinnen und Patienten oder um Einsicht in deren Krankenun-

terlagen. Ärztinnen und Ärzte müssen in diesen Fällen auf ihre ärztliche Schweigepflicht hinweisen und die Offenbarung von Patientendaten ablehnen. Ausnahmsweise darf der Arzt - unter dem Gesichtspunkt des rechtfertigenden Notstands - die Schweigepflicht brechen, wenn wegen besonders schwerwiegenden Delikten (Mord, Totschlag) ermittelt wird.

Anfragen von Gerichten

Außerhalb eines gerichtlichen Verfahrens kann der Arzt mit Einverständnis des Patienten Aussagen machen. Er ist hierzu aber nicht verpflichtet. Ist der Arzt vom Gericht zum Gutachter oder Sachverständigen bestellt worden, ist er zur Erstattung des Gutachtens verpflichtet. Im Rahmen seines Auftrags als Sachverständiger kann er sich dann nicht auf die ärztliche Schweigepflicht berufen.

Ein Arzt, der vom Gericht als sachverständiger Zeuge (§ 414 ZPO) geladen und vom Patienten von der Schweigepflicht befreit worden ist, kann sich nicht auf sein Zeugnisverweigerungsrecht (§ 383 Abs. 1 Nr.6 ZPO, § 53 Abs.1 Nr.3 und § 53 Abs. 2 StPO) berufen. Er muss aber nur insoweit aussagen, als er von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden ist. Dies kann sich z. B. auf einen bestimmten Zeitraum oder eine bestimmte Erkrankung seines Patienten/seiner Patientin beschränken.

Soweit ein Gericht dem Arzt mitteilt, dass der Patient ihn von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden hat, muss der Arzt das hinnehmen. Er ist nicht berechtigt, die Behauptung des Gerichts zu überprüfen. Das Gericht trägt in diesem Fall die Verantwortung für die Schweigepflichtentbindung des Patienten. Demgemäß würde der Arzt nicht gegen die ärztliche Schweigepflicht verstoßen, wenn er auf die Angaben des Gerichts vertraut hat (Sozialgericht Frankfurt, ArztR, 2000, 47), eine rechtswirksame Schweigepflichtentbindungserklärung aber nicht vorlag.

Schweigepflicht unter Ärzten

Die ärztliche Schweigepflicht gilt grundsätzlich auch unter Ärzten. Es ist ein weitverbreiteter Irrglaube, dass die Schweigepflicht aufgehoben wäre, wenn der Empfänger der Mitteilung seinerseits schweigepflichtig wäre. Daher darf kein Arzt seinem ärztlichen Kollegen detaillierte Informationen über die Untersuchung oder Behandlung seines Patienten geben.

Anders verhält es sich aber, wenn ein Patient von einem Krankenhausteam oder von einer Gemeinschaftspraxis behandelt wird. In diesem Fall kann man zumindest von einem stillschweigenden Einverständnis des Patienten ausgehen, dass Informationen über seine Behandlung/Erkrankung ausgetauscht werden dürfen. Hingegen darf z. B. der ärztliche Direktor eines Krankenhauses nur Kenntnis von Patientendaten erhalten, wenn er in die Behandlung des Patienten eingebunden und die Offenbarung der Patientendaten erforderlich ist.

Gemäß § 9 Abs. 4 BO sind mehrere Ärzte, wenn sie gleichzeitig oder nachträglich denselben Patienten behandeln, untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als deren Einverständnis vorliegt oder anzunehmen ist. Wenn der Patient ausdrücklich einer Datenweitergabe an einen mit-, weiter oder nachbehandelnden Arzt widersprochen hat oder er sich einer Mit-, Weiter-, oder Nachbehandlung entzieht, hat der Arzt auch Kollegen gegenüber zu schweigen.

Ehepartner und nahe Angehörige

Die ärztliche Schweigepflicht gilt grundsätzlich auch gegenüber Familienangehörigen von Patienten. Das bedeutet, dass der Arzt grundsätzlich auch Angehörigen gegenüber keine Patientendaten herausgeben darf. Vorsicht ist z. B. bei Telefonanfragen geboten, wenn die Identität des Anrufers nicht eindeutig ist. Das Krankenhauspersonal oder Praxispersonal darf daher telefonische Auskünfte nur erteilen, wenn die Identität des Anrufers feststeht.

Nur in Ausnahmefällen und bei Vorliegen besonderer Rechtfertigungsgründe darf der Arzt seine Verschwiegenheit z. B. dem Ehepartner oder den Kindern eines alten Patienten gegenüber lockern. Bei einer HIV-Infizierung bzw. Aids-Erkrankung eines Patienten besteht für den Arzt dem Intimpartner des Patienten gegenüber eine vertraglich begründete Mitteilungspflicht, wenn dieser auch Patient des Arztes ist (OLG Frankfurt, NJW 2000, 875).

Privatrechnungen, in denen Diagnosen enthalten sind, dürfen stets nur direkt an den Patienten gerichtet werden. Dies gilt auch dann, wenn der Arzt bei der Behandlung einer Patientin davon ausgeht, dass der Ehemann als Hauptversicherter die Rechnung bei der privaten Krankenversicherung einreicht.

Die Schweigepflicht gilt selbstverständlich auch gegenüber den eigenen Familienangehörigen des Arztes.

Arbeitgeber des Patienten

Dem Arbeitgeber des Patienten gegenüber ist der Arzt selbstverständlich ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet. Bei Auskünften an den Arbeitgeber des Patienten muss daher die schriftliche Einwilligung des Patienten vorliegen. Eine vom Arbeitgeber dem Arbeitnehmer abverlangte generelle Entbindung aller behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht ihm gegenüber dürfte grundsätzlich sittenwidrig und damit nichtig sein (Ausnutzung einer Machtstellung, § 138 BGB).

Praxisveräußerung

Bezüglich der Aufbewahrung von Patientenunterlagen bei Praxisaufgabe, Praxisveräußerung oder Tod des Praxisinhabers herrscht häufig Unsicherheit.

Gibt der Arzt seine Praxis auf, ohne sie an einen Nachfolger zu übergeben, ist er alleine für

die Aufbewahrung verantwortlich. Er muss die Krankenunterlagen dann in eigenen oder fremden, angemieteten Räumen deponieren, wobei die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen sicherzustellen sind.

Im Falle der Praxisübergabe an einen Praxisnachfolger müssen seit der Entscheidung des BGH vom 11.12.1991, die der Berufsordnung der nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte in § 10 Abs.4 S. 2 BO Rechnung getragen hat, ärztliche Aufzeichnungen unter Verschluss gehalten und nur mit Einwilligung eingesehen oder weitergegeben werden.

In der Regel wird mit dem Praxisnachfolger eine sog. Verwahrungsklausel vereinbart, in der sich dieser verpflichtet, ohne das ausdrückliche und schriftlich erklärte Einverständnis des Patienten keinen Einblick in die Patientenunterlagen zu nehmen. Diese Verpflichtung kann durch eine Vertragsstrafe geschützt werden.

Tod des Praxisinhabers

Wenn der Praxisinhaber verstirbt, werden die Erben, auch wenn sie selbst nicht Ärzte sind, zur Aufbewahrung der Patientenunterlagen unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet. Gemäß § 1922 BGB sind die Erben Gesamtrechtsnachfolger des Verstorbenen. Ihnen obliegt daher nicht nur die Verpflichtung der Abwicklung nicht abgeschlossener Rechtsgeschäfte des Erblassers, sondern auch die Erfüllung nachwirkender Pflichten aus früher von dem Erblasser abgeschlossenen Rechtsgeschäften.

Zu den nachwirkenden Pflichten aus einem Behandlungsvertrag gehört auch die Aufbewahrung ärztlicher Aufzeichnungen. Der Patient hat somit gegenüber den Erben des verstorbenen Arztes einen Anspruch auf Aufbewahrung der ihn betreffenden ärztlichen Aufzeichnungen gemäß den Vorschriften der Berufsordnung und anderer gesetzlicher Fristen. Auch die Erben sind daher verpflichtet, die Patientenunterlagen in eigenen oder angemieteten Räumen aufzubewahren. Im Fall einer Praxisveräußerung vereinbaren die Erben mit dem Praxisnachfolger eine Verwahrungsklausel wie bei einer Praxisübergabe zu Lebzeiten des Praxisinhabers. Die Erben dürfen allerdings selbst keinen unbefugten Einblick in die Krankenunterlagen nehmen.

Ist zur Zeit des Erbfalls kein Verwandter oder Ehegatte des Praxisinhabers vorhanden, so ist der Fiskus, also das Land NRW, gesetzlicher Erbe (§ 1936 BGB).

Ärztchamber Nordrhein
- Rechtsabteilung -
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
www.aekno.de

Datenschutz

Praxisleitfaden zum Datenschutz

- Übermittlung personenbezogener Daten -

Silvester Siegmann

Der sachgerechte Umgang mit personenbezogenen Daten stellt immer noch viele Unternehmen in Deutschland vor Probleme und zeigt zum Teil große Defizite. Obwohl der Umgang und der Transfer dieser Daten zur täglichen Routine in vielen Bereichen gehören, wird der gesetzliche Datenschutz häufig vernachlässigt. Die Anforderungen sollten jedoch von jedem Unternehmen ernst genommen werden. Eine Datenübermittlung, die nicht den gesetzlichen Voraussetzungen genügt, kann als Ordnungswidrigkeit oder sogar Straftatbestand mit Bußgeldern (bis zu 250.000 Euro) bzw. Freiheitsstrafe geahndet werden (§§ 43, 44 BDSG). Der Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e.V. (BITKOM) stellt für diesen Bereich einen neuen Praxisleitfaden zum kostenlosen Download zur Verfügung:

Leitfaden Übermittlung personenbezogener Daten– Inland, EU-Länder, Drittländer

BITKOM geht mit dem Leitfaden „Übermittlung personenbezogener Daten“ auf die zunehmende Vernetzung von Geschäftsbeziehungen ein.

Datenübermittlung findet längst nicht mehr nur im eigenen Unternehmen statt, sondern auch an in- und ausländische Geschäftspartner oder

The screenshot shows the BITKOM website interface. The main content area features the title 'Leitfaden Übermittlung personenbezogener Daten – Inland, EU-Länder, Drittländer' and a brief introduction. The sidebar on the right contains a 'Mitglieder Login' section with input fields for 'Benutzername' and 'Kennwort', and a 'LogIn' button. Below the login section, there is contact information for 'Ansprechpartner: Dr. Kai Hoffmann' and a 'Downloads zum Artikel' section listing the PDF document 'Leitfaden Übermittlung personenbezogener Daten - Inland, EU-Länder, Drittländer Version 1.0.pdf' with a file size of 1 MB.

internationale Datenbanken. Häufig geschieht dies aber ohne ausreichende Kenntnis über die jeweilige Gesetzeslage. Die vierte Publikation des BITKOM-Arbeitskreises Datenschutz bietet praktische Hilfestellung für den täglichen

Gebrauch und berücksichtigt die jeweiligen rechtlichen Anforderungen beim Datentransfer. Der Leitfaden liegt hier zum Download bereit: http://www.bitkom.org/de/publikationen/38336_39321.aspx

Grillunfälle: Spiel mit dem Feuer

Verband Deutscher Sicherheitsingenieure e.V. (VDSI)

Rund 80 bis 100 Millionen Grillfeuer werden in Deutschland zwischen Frühjahr und Herbst angezündet. Für etwa 3.000 bis 4.000 Menschen endet dieses Freizeitvergnügen jedes Jahr mit einem Unfall, rund 500 Personen erleiden sogar schwerste Verbrennungen (Zahlen: Das sichere Haus). Doch soweit muss es nicht kommen. Tipps für einen sicheren Grillspaß gibt die folgende Checkliste des Verbandes Deutscher Sicherheitsingenieure (VDSI):

1. Geprüfte Qualität kaufen: Achten Sie beim Kauf des Grillgeräts, der Holzkohle und der Anzündhilfe auf das GS-Zeichen.
2. Grill richtig aufstellen: Ebenen, festen Untergrund wählen und darauf achten, dass alle

Beine des Gerätes sicher den Boden berühren. Den Grill nicht in die Nähe brennbarer Materialien stellen (zum Beispiel Sonnenschirm).

3. Vorsicht beim Anzünden: Niemals brennbare Flüssigkeiten wie Brennspritus oder Benzin verwenden, da durch Verdunstung ein hochexplosives Dampf-Luft-Gemisch entstehen kann. Keinesfalls Brennspritus oder Benzin ins Feuer oder in die Glut gießen, da die Gefahr eines Flammenrückschlags besteht.

4. Fettbrand richtig löschen: Sand in einem Eimer bereithalten, um gegebenenfalls brennendes Fett zu löschen. Das Löschen von Fett mit Wasser verursacht eine unkontrollierte und große Stichflamme.

5. Verbrennungen vermeiden: Oberkörper und Hände vor Fettspritzern mit Grillschürze und Handschuhen schützen; geeignetes Grillbesteck benutzen. Holzkohle niemals zum Ausglühen auf Rasen oder Beete legen – Gefahr für barfuß umherlaufende Personen und spielende Kinder!

6. Aufmerksam sein: Behalten Sie den Grill immer im Blick, vor allem dann, wenn Sie mit Kindern grillen. Gerade bei kleinen Kindern ist eine Absperrung rund um das Gerät sinnvoll.

7. Brände vermeiden: Lassen Sie heiße Grillkohle auch nicht zum Ausglühen unbeaufsichtigt. Aufkommender Wind kann die glühende Kohle verteilen und Brände entfachen.

Ruanda: Das „Centre de Sante“ in Kaduha

Bernhard Tenckhoff

1. Das Leben in Ruanda

Ruanda zählt zu den landschaftlich schönsten Ländern Afrikas. Mit einer Größe von 26338 qkm ist es flächenmäßig jedoch sehr klein. Bedingt durch fehlende Rohstoffe ist es als eines der ärmsten Länder der Welt zu bezeichnen. Die gut neun Millionen Menschen leben überwiegend von der Landwirtschaft. Etwa 15 Prozent der Bevölkerung leben in den Städten. Der Völkermord von 1994 hat die Menschen des Landes nachhaltig geprägt und die Infrastruktur zum großen Teil zerstört.

Die Versorgung der Menschen mit Lebensmitteln und die medizinische Betreuung sind daher auch heute noch die größten Probleme Ruandas. Besonders bei der medizinischen Betreuung ist Ruanda auf die aktive Unterstützung durch qualifizierte Kräfte aus dem Ausland angewiesen. Das größte gesundheitliche Problem ist derzeit Aids. Viele Menschen fallen der Krankheit zum Opfer. Als eine der Folgen ist die durch den Krieg bereits hohe Zahl der Waisenkinder weiter ansteigend. Ein nationales Krankenversicherungssystem befindet sich derzeit im Aufbau. Dies wird zu einer Ausweitung der medizinischen Betreuung führen und letztlich die Gesundheitsquote positiv beeinflussen. Auf die Fachkräfte in den Gesundheitszentren kommen damit erweiterte Aufgaben zu.

Inzwischen sind gut sechs Prozent der Bevölkerung mit elektrischem Strom versorgt, mit Wasser sind es derzeit etwa neun Prozent.



Abbildung 1: Ruanda, Land der 1000 Berge

Trotz dieser erschreckend niedrigen Zahlen gehört Ruanda zu den aufstrebenden Ländern in Afrika. Ruanda entwickelt sich zu einer Finanzdrehscheibe. In der Hauptstadt Kigali eröffnen derzeit große internationale Banken ihre Filialen. Es fehlt dem Land jedoch an Investitionen durch ausländische Industrieunternehmen. Dies begründet sich zum großen Teil in der seit Jahren andauernden Energiekrise und der daraus resultierenden fehlenden Versorgungssicherheit. Die Landbevölkerung profitiert von diesem Aufschwung in der Hauptstadt bisher noch nicht.

Dieser Artikel steht unter anderem im Zusammenhang mit einem Artikel des gleichen Autors in früheren Ausgaben und dem Artikel von U. Mikulicz „Arbeitsmedizinische Vorsorge bei Arbeitsaufenthalten im Ausland“, *Praktische Arbeitsmedizin*, 2009; 14: 46-49, sowie den zahlreichen Beiträgen von T. Jelinek.

Abbildung 2: Krankentransporte werden auf dem Land von der Gemeinschaft durchgeführt



G 35:

...

...

Vor jedem Arbeitsaufenthalt im Ausland im Sinne dieser Auswahlkriterien ist eine ärztliche Beratung durch einen Arzt mit besonderen Fachkenntnissen über die besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen sowie über die ärztliche Versorgung am vorgesehenen Tätigkeitsort erforderlich.

...

...

Spendenkonto:
Clemensschwestern in Ruanda
Darlehenskasse Münster e.G.
Kto. 3 156 004, BLZ 400 602 65



Abbildung 3: In den ländlichen Krankenhäusern wird noch mit einfachsten Mitteln praktiziert

Da Ruanda ein fast reines Bergland ist, lassen sich landwirtschaftliche Arbeiten nicht mit Maschinen durchführen. Somit wird alles in mühevoller Handarbeit getätigt. Die Arbeit auf den Feldern erledigen fast ausschließlich die Frauen. Die Kinder hüten das Vieh, holen Wasser und gehen in die Schule. Zum Spielen bleibt ihnen wenig Zeit. Für viele Eltern ist es schwer, das Schulgeld zu bezahlen. Da sind die Menschen auch auf Spenden aus dem Ausland angewiesen. Das Schulsystem befindet sich als eine der Folgen der Kolonialherrschaften noch im Aufbau. Auch hier ist das Land noch auf Hilfe von außen angewiesen.

Da viele Menschen im Land von Gelegenheitsarbeiten leben, liegt die Arbeitslosenquote bei über 80 Prozent. Das Bemühen der Regierung, Arbeitsplätze zu schaffen, ist ein langwieriger Prozess. Trotz dieser finanziellen Notlage und hohen Arbeitslosigkeit ist die Kriminalitätsrate gering. Fremde können sich in dem Land sicher fühlen. Hauptsächlich die ungünstige Lage und fehlende Attraktionen sind es, die Touristen davon abhalten, nach Ruanda zu kommen. Auch hier ist die Regierung um eine Verbesserung bemüht.

Abbildung 4: Das einfache Leben auf dem Land ist von landwirtschaftlicher Arbeit geprägt



Zur Person



Prof. Dipl.-Ing. Bernhard Tenckhoff

Nach dem Studium der Elektrotechnik begann die berufliche Karriere 1973 in der Betriebsleitung der VEW AG. Ab 1983 tätig als Hauptsicherheitsingenieur sowie Leiter Arbeitsmedizin und Umweltschutz. Nach der Fusion mit RWE 1998 Leiter des Bereichs Betriebssicherheitsmanagement. In der nationalen und internationalen Fachwelt bekannt durch ca. 150 Fachveröffentlichungen, Bücher und Vorträge. Seit 1985 Lehrtätigkeit in der Ausbildung von Sicherheitsfachkräften und Betriebsärzten. 2004 Ernennung zum ersten Professor für Betriebssicherheitsmanagement an der TFH. Dort richtete er den Studiengang Betriebssicherheitsmanagement ein.

- Lehre am Lehrstuhl für Naturwissenschaft, Technologie, Kommunikation der UNI Luxemburg und der Technischen Hochschule Ruanda
- Tätigkeit als Senior Advisor der ILO und der GTZ
- Einer der führenden Spezialisten in allen Fragen des Betriebssicherheits- und Risikomanagements

Zusammen mit Silvester Siegmann ist er Herausgeber des Standardwerkes „Betriebssicherheitsmanagement“ im Dr. Curt Haefner-Verlag.

2. Das Leben in Kaduha

Kaduha liegt nahe der Grenze zum Kongo und etwa 130 km westlich von der Hauptstadt Kigali entfernt. Der Weg dorthin führt über sandige Pisten und benötigt daher viel Zeit. Besonders in der Regenzeit sind die Wege teilweise nicht befahrbar. Kaduha gehört zur Region Nyamagabe. In der Region leben die etwa 500.000 Menschen fast ausschließlich von der Landwirtschaft. Gemüse, Kaffee und Tee sind, neben den allgemeinen Nahrungsmitteln, die wichtigsten Produkte. Eine Familie auf dem Land hat durchschnittlich sieben Kinder und ein tägliches Einkommen von etwa zwei Dollar.

Die überwiegend katholischen Menschen in Kaduha haben ihre Heimat in der Kirche und in starken familiären Bindungen. Der Tagesablauf ist geprägt von der Landarbeit. Da Ruanda unmittelbar unter dem Äquator liegt, beginnt der Tag morgens um sechs Uhr mit dem Sonnenaufgang und endet abends um sechs Uhr mit dem Sonnenuntergang. Der fehlende elektrische Strom in den Häusern lässt abends keine weiteren häuslichen Aktivitäten mehr zu.

Es gibt eine Primär- und Sekundarschule sowie einen Kindergarten. Leider fehlen dem Kindergarten derzeit qualifizierte Kräfte. Für die Sekundarschule wurde vor kurzem eine Partnerschule in Deutschland gefunden. Mit deren Hilfe sollen Pädagogik und Didaktik als auch die Infrastruktur verbessert werden.

3. Centre de Sante Kaduha

Im Jahre 1973 haben auf Bitten des Bischofs von Butare zwei Clemensschwestern mit dem Aufbau des „Centre de Sante“ begonnen. Später erfolgte eine Teilung der Diözese und das Centre de Sante kam zum Bischof von Gokongoro. Von Beginn an stand das Centre de Sante unter der Leitung von Schwester Milgitha. Heute arbeitet Schwester Milgitha mit etwa fünfzig ruandaischen Mitarbeitern in dem Centre. Die primären Aufgaben bestehen in der Gesundheitsvorsorge von Frauen und Kindern und der Schulung von Schwangeren. In den Centre und deren drei Außenstellen erfolgen die Untersuchungen und medizinischen Betreuungen. Dazu gehören auch alle erforderlichen Impfungen der Bevölkerung. Besonders der Betreuung von Kindern und alten Menschen schenkt Schwester Milgitha sehr viel Aufmerksamkeit. Darüber hinaus werden durch das Centre de Sante viele Gemeinschaftsprojekte zur Verbesserung der Lebensbedingungen und Qualifikation von Kindern und Jugendlichen durchgeführt. So konnte durch die Erschließung von Quellen die Wasserversorgung verbessert werden und ein Kindergarten entstehen.

Das Centre de Sante kooperiert ebenso mit dem in Kaduha befindlichen Militärkrankenhaus, den Schulen und der Kirche. Auch gibt



Abbildung 5: Am Marktplatz findet die Kommunikation statt, Informationen werden ausgetauscht



Abbildung 6: Der tägliche Gang zur Wasserstelle

Abbildung 7: Dörfliches Leben in Kaduha





Abbildung 8: Die Sekundarschule in Kaduha hat derzeit 560 Schüler

es eine enge Zusammenarbeit mit dem Bischof von Gikongoro, mit Hilfsorganisationen, dem Gesundheitsministerium und den Gemeindeverwaltungen der Region.

Für die Menschen in der Region ist das Centre de Sante die einzige und wichtigste Anlaufstelle zur medizinischen Grundversorgung. Die Menschen nehmen sehr lange Wege in Kauf, um sich dort versorgen und beraten zu lassen. In einer kleinen Krankenstation können auch stationäre Behandlungen erfolgen.

In den umfangreichen Akten werden alle Untersuchungen und Behandlungen dokumentiert. Nur so ist der erforderliche Nachweis gewährleistet. Das Gesundheitsministerium hat daher in 2008 das Centre de Sante als das am besten geführte Zentrum von Ruanda bezeichnet.

Neben der gesundheitlichen Betreuung der Menschen aus der Region hat das Centre de Sante noch ein Waisenhaus. Hier leben überwiegend Kinder, die in Gefängnissen geboren wurden. Spätestens mit dem Erreichen des jugendlichen Alters erfolgt eine Vermittlung der Kinder in Familien oder andere Jugendeinrichtungen.

Milgitha hält einen sehr engen Kontakt zu der Bevölkerung, um alle Alltagsprobleme zu erfahren und gezielte Hilfe zu organisieren. Sie ist damit für die Menschen in der Region zu einem der wichtigsten Ansprechpartner und Vertrauten geworden.

Auch die Ausbildung von Nachwuchskräften und Volontären ist für das Centre de Sante eine wichtige Aufgabe geworden. So konnten in den vergangenen Jahren viele Einheimische für die Arbeiten qualifiziert werden. Das Centre verfügt daher über einen guten Mitarbeiterstamm, von denen viele schon seit langen Jahren dort arbeiten. Wunsch aller Menschen in der Region ist es, dass das Centre de Sante auch in Zukunft erhalten bleibt. Die Menschen in der Region haben die Hilfe noch lange nötig.



Abbildung 9: Den Kindern widmet Sr. Milgitha ihre besondere Aufmerksamkeit

Abbildung 10: Das weitläufige Gelände des Centre de Sante an der Straße von Kaduha nach Butare wurde 2007 komplett renoviert





Abbildung 11: Tägliche Arbeit der Mitarbeiter im Centre de Sante



Abbildung 12: Bis zu 150 Frauen kommen täglich zur Konsultation



Abbildung 13: Regelmäßige Besuche in den Gefängnissen gehören auch zum Alltag von Schwester Milgitha



Abbildung 14: Kinder im Waisenhaus des Centre de Sante

Abbildung 15: Verteilung von Kleiderspenden an die Landbevölkerung



Abbildung 16: Bei den Fahrten durch das Land ist Schwester Milgitha immer von Menschen umgeben, die Rat und Hilfe suchen



Kontinuierliche Verbesserung in kleinen und mittelständischen Betrieben

Das praxisgerechte Instrument „Arbeiten: Entspannt – gemeinsam – besser. So geht´s mit Ideen-Treffen“ (BGI 7010-1)¹

Heinz Schmid

1. Einleitung

Um am Markt bestehen zu können, sind insbesondere kleine und mittelständische Unternehmen (KMU) gefordert, ihre Abläufe stetig zu verbessern. Die neue Informationsschrift „Arbeiten: Entspannt – gemeinsam – besser. So geht´s mit Ideen-Treffen“ (BGI 7010-1; Abbildung 1) des Fachausschusses „Einwirkungen und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren“ (FA WIRK) gibt Betrieben ein Instrument an die Hand, mit dessen Hilfe sie ohne Unterstützung von außen und unter Beteiligung der Mitarbeiter einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) einführen können. Die Informationsschrift wurde vom Arbeitskreis „Psyche und Gesundheit in der Arbeitswelt“ entwickelt und in KMU getestet. Sie ist Teil der DGVU-Schriftenreihe „Gesund und fit im Kleinbetrieb“.

Schlagworte:

BGI 7010-1; Kontinuierliche Verbesserung; Kleine und mittelständische Unternehmen (KMU); Evaluation

Abbildung 1: Titelfoto der BGI 7010-1



2. Herausforderungen für die Betriebe heute und in Zukunft

Die Globalisierung des Wirtschaftslebens, gefördert durch einen rasanten technologischen Wandel, hat die Betriebe in den letzten 15 Jahren weltweit vor bis dahin nicht gekannte Herausforderungen gestellt. Hinzu kommen in absehbarer Zukunft die Folgen des demografischen Wandels - Lebensarbeitszeiten werden sich verlängern und der in vielen Branchen bereits heute spürbare Fachkräftemangel wird sich verstärken. Für Betriebe wird es unter diesen Rahmenbedingungen künftig wichtiger denn je, qualifizierte Mitarbeiter zu finden und sie langfristig - im besten Fall bis zum Ende des Erwerbslebens - an den Betrieb zu binden. Nur so können sie wettbewerbsfähig und innovativ bleiben. Dazu müssen Unternehmen künftig stärker als bisher in die Gesunderhaltung ihrer Mitarbeiter investieren.

3. Arbeitsschutz- und Gesundheitsmanagementsysteme – für KMU geeignet?

Die Einführung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in einem Unternehmen dient in erster Linie dazu, die Wettbewerbsfähigkeit und Innovationskraft des Betriebes zu stärken. *Heute besser zu sein als gestern und morgen besser zu sein als heute*, charakterisiert in wenigen Worten die Kernbotschaft. Diese Philosophie ist für ein langfristig orientiertes Unternehmen von zentraler, weil existenzieller Bedeutung.

In großen Unternehmen wird seit Jahren mit Hilfe umfassender und genormter Qualitätsmanagementsysteme (QMS) bis hin zu Total Quality Management (TQM) versucht, die Prozesse im Unternehmen zu verbessern und/oder die Produktqualität zu erhöhen. In Einzelfällen ist die Arbeitssicherheit integraler Bestandteil des Managementsystems. Selten wird jedoch auch die Gesundheit der Mitarbeiter mit ins Blickfeld genommen.

Die Einführung von Managementsystemen ist zudem ein zeit- und kostenintensives Unterfangen. In großen Unternehmen führt es mitunter dazu, dass sämtliche Bereiche und Hierarchieebenen erfasst und Prozesse in vielen Fällen völlig verändert werden. Je vielschichtiger und umfassender das Managementsystem in sich ist, desto komplizierter wird die Umsetzung.

Für die fast drei Millionen kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU) in Deutschland sind Managementsysteme - seien es Qualitäts-, betriebliche Gesundheits- oder Arbeitsschutzmanagementsysteme - in der Regel zu komplex. Auf Grund „flacher Hierarchien“ erscheinen sie ungeeignet und nicht zuletzt mit Blick auf Kosten-/Nutzenerwägungen unrentabel oder betriebswirtschaftlich nicht kalkulierbar. Das sind wesentliche Gründe, weshalb es trotz jahrelanger Bemühungen nicht gelungen ist, Managementsysteme in die Fläche zu tragen, d. h. in der Mehrzahl der Betriebe - und das sind die kleinen und mittelständischen Unternehmen - zu verankern.

Darüber hinaus sind Managementsysteme sprachlich wie inhaltlich einem Laien meist nur schwer zugänglich. Schon der Begriff „Management“, der in kleinen und mittelständischen Unternehmen nicht zum täglichen Sprachgebrauch gehört, stellt eine sprachliche Hürde dar. Auch das dürfte ein Grund für die mangelnde Akzeptanz in Betrieben dieser Größenordnung sein. Das Deutsche Institut für kleine und mittlere Unternehmen (DIKMU) e.V. hat diese Sprachbarriere am 1. April 2008 in seiner Pressemitteilung zu einer Untersuchung der Techniker Krankenkasse² über Gründe der geringen Verbreitung von Gesundheitsmanagement in KMU in einem anderen Sinne gemeint, aber sehr treffend mit „*Gesundheitsmanagement ist in vielen kleinen und mittleren Unternehmen noch immer ein Fremdwort*“, überschrieben.

Ein weiterer Grund für die geringe Verbreitung von Managementsystemen in KMU bezieht sich auf die Konzepte zur Verbesserung der Gesundheit der Mitarbeiter. Es gibt kein einheitliches Verständnis darüber, was „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ konkret beinhaltet. Das Gleiche gilt für „Betriebliche Gesundheitsförderung“. Ein Betrieb, der seinen Mitarbeitern eine Schale mit Obst zum Verzehr zur Verfügung stellt, betreibt ebenso Gesundheitsförderung wie ein Unternehmen, das einen umfassenden Ansatz gewählt hat, bei dem Körper, Geist und Seele berücksichtigt werden. Diese unklare inhaltliche Differenzierung macht es für Außenstehende - und das sind die meisten Betriebe - schwierig, sich für Gesundheitsmanagement bzw. Gesundheitsförderung zu ent-

scheiden (an dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Verantwortung der Unternehmen für betrieblichen Gesundheitsschutz nach Arbeitsschutzgesetz bzw. nach der Berufsgenossenschaftlichen Vorschrift „Grundsätze der Prävention“ (BGV A1) von dieser Diskussion unberührt bleibt).

Bis heute gibt es keine schlüssige Antwort auf die Frage, worin sich Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) inhaltlich unterscheiden.

Wenn selbst Fachleute beide Konzepte einmal inhaltlich identisch, ein andermal verschieden voneinander verwenden, wird die Konfusion perfekt (Anmerkung: auf der wissenschaftlichen Ebene wird vielfach der Begriff „Betriebliche Gesundheitspolitik“ verwendet, was die Differenzierung noch einmal verkompliziert. Das soll an dieser Stelle aber nicht vertieft werden, weil es hier um die betriebliche Ebene geht). Ein eindrucksvolles Beispiel dieser „Babylonischen Sprachverwirrung“ liefert die oben bereits erwähnte Untersuchung der Techniker Krankenkasse². In ihrem Rahmen wurden Unternehmen nach den Gründen für ihre innerbetrieblichen Widerstände gegen die Einführung eines Gesundheitsmanagementsystems befragt. Während im Titel der Broschüre von „Gesundheitsmanagement“ die Rede ist, wird der Begriff im Text im Wechsel mit Gesundheitsförderung verwendet, ohne dass der Leser eine Differenzierung erkennen könnte. Auch die befragten Unternehmer wurden bei *einer* Frage mit dem Begriff „Gesundheitsmanagement“, bei einer *anderen* Frage mit „Gesundheitsförderung“ konfrontiert. Die unklare Verwendung der Begriffe auf der Fachebene führt zwangsläufig zu Unsicherheiten und als Folge davon zur Zurückhaltung bei der Einführung von Managementsystemen in Betrieben – unabhängig von der Zielrichtung des jeweiligen Konzeptes.

Unternehmer kleiner und mittlerer Betriebe lassen sich zudem weder von „außen managen“, noch lassen sie sich komplexe Systeme „überstülpen“, bei denen der betriebliche Nutzen in der praktischen Anwendung zu vage bleibt – selbst dann nicht, wenn der ökonomische Vorteil für einzelne Modellunternehmen mit Hilfe

eines positiven, sogenannten „Return on Investment“ (ROI) wissenschaftlich nachgewiesen wurde. Entscheidend für den einzelnen Betrieb sind immer die eigene Situation und der eigene betriebswirtschaftliche Nutzen. Der nicht klar kalkulierbare wirtschaftliche Mehrwert für Betriebe dürfte der Hauptgrund sein, weshalb sich die Verbreitung von Gesundheitsmanagement bzw. Gesundheitsförderung in KMU bisher in engen Grenzen hielt. Fazit: Managementsysteme, die für große Betriebe geeignet sind, sind für KMU i. d. R. zu komplex, zu ungenau in Bezug auf den Inhalt und viel zu vage hinsichtlich des betrieblichen Nutzens.

4. Was muss ein „Managementsystem“ für KMU leisten?

Kleine und mittelständische Unternehmen benötigen sprachlich und inhaltlich verständliche Instrumente, die auf ihre betriebliche, strukturelle und wirtschaftliche Situation Rücksicht nehmen. Sie müssen ihnen helfen, Verbesserungen ohne Hilfe von außen – also aus eigener Kraft – und betriebswirtschaftlich vertretbar, einzuführen. Das gilt für umfassende Instrumente umso mehr. An dieser Stelle setzt das neue Instrument für KMU an, das als Informationsschrift *„Arbeiten: Entspannt – gemeinsam – besser. So geht's mit Ideen-Treffen“* (BGI 7010-1) zur Verfügung steht.

5. „Arbeiten: Entspannt – gemeinsam – besser. So geht's mit Ideen-Treffen“ (BGI 7010-1) – Ein praxisnahes Instrument

Das neue Instrument ist universell in allen Branchen einsetzbar und soll helfen, die betrieblichen Prozesse zu verbessern. Kern des Werkzeugs sind so genannte Ideen-Treffen (Beschreibung der Ideen-Treffen: siehe unten). Dabei geht es *ausschließlich* um Belange des Betriebes. Verbesserungen können die betriebliche Organisation ebenso betreffen wie die Produktqualität, den internen Informationsfluss oder die Sicherheit und die Gesundheit der Mitarbeiter sowie den Abbau von Stress. Damit verfolgt das Instrument einen umfassenden Ansatz. Aber unabhängig davon, welche Themen die Ideen-Treffen behandeln, werden zwei wesentliche Grundvoraussetzungen erfolgreichen betrieblichen Handelns immer gefördert: eine offene, an der Problemlösung orientierte Kommunikation zwischen den be-

trieblichen Akteuren und eine Wertschätzung der Mitarbeiter durch deren Beteiligung.

5.1 Die Selbsteinschätzung durch den Unternehmer

Zu Beginn des Prozesses kann der Unternehmer mit Hilfe einer in die Informationsschrift integrierten Selbsteinschätzung (12 Fragen) feststellen, wo sein Betrieb steht und ob aus seiner Sicht Handlungsbedarf gegeben ist. Die Selbsteinschätzung ist kein wissenschaftlich abgesichertes Verfahren, sondern dient lediglich dazu, den Unternehmer für einen mitarbeiterorientierten Verbesserungsprozess zu gewinnen.

5.2 Ideen-Treffen unter Beteiligung der Mitarbeiter als Kern des Instrumentes

Kern des Instrumentes sind sogenannte Ideen-Treffen. Das sind regelmäßige, nach einem festgelegten Muster ablaufende Mitarbeiterbesprechungen, in denen Lösungen gesucht werden. Es geht nicht darum, Ursachen und Schuldige für Probleme zu finden, sondern Lösungen, die den Betrieb als Ganzes weiterbringen, gleichgültig, von wem sie eingebracht wurden.

Ziel der Treffen ist es, das Wissen der Mitarbeiter für den Betrieb zu nutzen. Die Mitarbeiter sind diejenigen, die ihre Arbeitsplätze und ihren Arbeitsbereich am besten kennen. Sie sind die eigentlichen Experten. Damit sind sie auch mit den täglichen Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit der Arbeit und in der Zusammenarbeit mit Anderen auftreten, bestens vertraut. Um dieses Wissen zu nutzen und so aus den Schwächen Stärken für den Betrieb zu machen, ist die Beteiligung der Mitarbeiter nicht nur sinnvoll, sondern drängt sich aus Unternehmenssicht geradezu auf. Zudem erfahren die Mitarbeiter durch ihre aktive Einbeziehung bei der Verbesserung der betrieblichen Prozesse – wie oben bereits angedeutet – eine Wertschätzung, die ihre Motivation stärkt.

5.3 Das Einverständnis des Unternehmers – Grundvoraussetzung für den Einsatz des Instrumentes

Grundvoraussetzung für den Einsatz und den Erfolg des hier beschriebenen Werkzeugs ist in erster Linie das Einverständnis des Unternehmers sowie seine Bereitschaft, den Mitar-

beitern einen Ort, einen begrenzten Zeitrahmen und gegebenenfalls ein eingeschränktes Budget zur Verfügung zu stellen. Das setzt das Vertrauen des Unternehmers in seine Mitarbeiter voraus, Probleme eigenständig zu lösen. Andererseits ist die Bereitschaft der Mitarbeiter, aktiv an einem innerbetrieblichen Verbesserungsprozess mitwirken zu wollen, ebenso grundlegende Voraussetzung für die erfolgreiche Anwendung des Instrumentes.

Aus Kosten- und Effektivitätsgründen sollten nicht mehr als sieben Mitarbeiter an den Treffen teilnehmen. Die Teilnahme muss freiwillig sein. Der Unternehmer kann, muss aber bei den Ideen-Treffen nicht anwesend sein. Zu Beginn des Prozesses ist es unerlässlich, den Mitarbeitern zu verdeutlichen, warum die Treffen für das Unternehmen wichtig sind, welche Ziele die Treffen verfolgen und wie sie ablaufen sollen.

5.4 Die fünf Schritte der Ideen-Treffen

Die Ideen-Treffen setzen sich aus fünf Schritten zusammen. Das Ablaufschema der Schritte aus der BG-Information ist in Abbildung 2 grafisch dargestellt.

Schritt 1: Was läuft – was läuft nicht?

In Schritt 1 wird überlegt, was aus Sicht der Mitarbeiter gut läuft und was verbesserungsbedürftig ist. Dieser Schritt sollte 15 Minuten nicht übersteigen.

Schritt 2: Hauptthema finden

Die Mitarbeiter legen in diesem Schritt Themen fest, die zu besprechen sind, und bestimmen ein Hauptthema. Dafür sind ca. fünf Minuten vorgesehen.

Schritt 3: Lösungen finden

Im dritten Schritt des Ideen-Treffens geht es darum, in einem Zeitrahmen von 30 Minuten Lösungen zu den aufgezeigten Problemen und Schwierigkeiten zu finden.

Schritt 4: Aufgabenblatt erstellen

Schritt 4 besteht darin, ein Aufgabenblatt zu erstellen, in dem festgelegt wird, wer was bis wann erledigt.

Insgesamt dauert ein Treffen i. d. R. ca. eine Stunde.

Schritt 5 bzw. 0: Folgetreffen (ab dem 2. Treffen). Was hat sich seit dem letzten Treffen getan?

Bei den Folgetreffen - Häufigkeit und Dauer sind vom Unternehmer festzulegen - ist zu prüfen, was sich seit dem letzten Ideen-Treffen getan hat und ob die Maßnahme zu einer wirklichen Verbesserung geführt hat.

6. Findet das Instrument die nötige Akzeptanz in KMU?

Die Evaluation von Präventionsmaßnahmen



Abbildung 2: Ablaufschema: fünf Schritte

gewinnt in den aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen an Bedeutung. Die zunehmende Bedeutung kommt in den Entwürfen zum Präventionsgesetz ebenso zum Ausdruck wie in der zwischenzeitlich gesetzlich verankerten Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA). Vor dem Hintergrund der Kostenspirale im Gesundheitswesen wird Evaluation präventiver Maßnahmen in Zukunft ein Muss und integraler Bestandteil der Arbeit der Sozialversicherungszweige, die sich mit Prävention beschäftigen. Künftig werden nur solche Präventionsinstrumente zum Einsatz kommen können, deren *Anwendbarkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit* belegt sind (Anmerkung: Ob das immer nach streng wis-

senschaftlichen Grundsätzen erfolgen muss und bei der Zielgruppe „KMU“ überhaupt realisierbar ist, soll an dieser Stelle nicht näher betrachtet werden).

Der Fachausschuss Einwirkungen und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) setzt noch einen Schritt vorher an und prüft die von ihm entwickelten Präventionsprodukte in einer ersten Stufe u. a.

- auf sprachliche und inhaltliche Verständlichkeit,
- Umfang,
- Gestaltung und
- Betrieblichen Nutzen.

DGUV-Schriftenreihe *Gesund und fit im Kleinbetrieb*

Praktische Hilfen und direkt im Betrieb umsetzbare Maßnahmen zum Gesundheitsschutz bietet die neue DGUV-Schriftenreihe „**Gesund und fit im Kleinbetrieb**“. Die Schriften richten sich insbesondere an kleine und mittelständische Unternehmen (KMU). Sie können im Internet unter www.arbeitssicherheit.de nach Eingabe der BGI-Nummer kostenlos heruntergeladen oder beim Carl Heymanns Verlag über verkauf@heymanns.com kostenpflichtig bestellt werden.

BGI 7001	Präventionsaktionen für kleinere und mittlere Unternehmen (KMU) (Stand: 8/2002)
BGI 7002	Beurteilung von Hitzearbeit – Eine Handlungshilfe für kleine und mittlere Unternehmen (Stand: 06/2007)
BGI 7003	Beurteilung des Raumklimas (Stand: 01/2008)
BGI 7004	Klima im Büro – Antworten auf die häufigsten Fragen (Stand: 01/2007)
BGI 7005	Klima im Fahrzeug – Antworten auf die häufigsten Fragen (Stand: 06/2007)
BGI/GUV-I 7007	Tageslicht am Arbeitsplatz – leistungsfördernd und gesund (erscheint Ende April 2009)
BGI/GUV-I 7008	Gefahrstoffe schnell und praxisnah im Griff (erscheint Ende April 2009)
BGI 7010	Arbeiten: Entspannt – gemeinsam – besser (Stand: 01/2007)
BGI 7010-1	Arbeiten: Entspannt – gemeinsam – besser. So geht's mit Ideen-Treffen (Stand 10/2008)
BGI 7011	Gesunder Rücken – Gesunde Gelenke: Noch Fragen? (Stand: 08/2007)

Die Erfahrung hat gezeigt, dass Präventionsinstrumente in kleinen und mittleren Betrieben am ehesten dann angenommen werden, wenn sie in der Sprache dieser Zielgruppe verfasst sind. Spricht das Instrument die Zielgruppe *nicht* an, wird es mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht angewandt. Präventionsprodukte in der Sprache der KMU sind somit *ein* entscheidender Schlüssel für eine breite betriebliche Anwendung.

Um die *Verständlichkeit, Anwendbarkeit und Wirksamkeit* des hier besprochenen Instrumentes „Arbeiten: Entspannt – gemeinsam – besser. So geht's mit Ideen-Treffen“ (BGI 7010-1) systematisch zu evaluieren, hat der

Arbeitskreis „Psyche und Gesundheit in der Arbeitswelt“ unter wissenschaftlicher Begleitung und mit Unterstützung des Institutes Arbeit und Gesundheit (BGAG) eine zweistufige Evaluation vorgesehen.

6.1 Die erste Stufe der Evaluation

Die erste Stufe der Evaluation ist bereits abgeschlossen. Um ein möglichst aussagekräftiges und branchenübergreifendes Bild zu erhalten, wurden rund 170 Unternehmer kleiner und mittlerer Betriebe fünf verschiedener Branchen befragt.

Die Unternehmer benoteten das Instrument im Durchschnitt mit 2,0 (Verständlichkeit) bis 2,4

(Betrieblicher Nutzen). Die Noten für *Umfang* und *Gestaltung* des Instrumentes lagen dazwischen. Die Benotung erfolgte nach dem Schulnotenprinzip.

Diese Ergebnisse bestätigen die positive Resonanz früherer Tests mit Handlungshilfen für KMU. Die eingangs dieses Kapitels gestellte Frage, ob das Instrument die Akzeptanz der KMU findet, lässt sich abschließend und eindeutig mit „Ja“ beantworten.

6.2 Die zweite Stufe der Evaluation

In der zweiten Evaluationsstufe wird das Instrument auf *Anwendbarkeit* und *Wirksamkeit* in den Betrieben getestet. Diese Stufe wird in Kürze gestartet, Ergebnisse werden für Herbst dieses Jahres erwartet.

7. Quintessenz

Kleine und mittelständische Unternehmen (KMU) sind das Rückgrat der deutschen Wirtschaft. Die ökonomischen, technologischen und gesellschaftlichen Entwicklungen stellen insbesondere diese Unternehmergruppe vor schwierige Herausforderungen. Um wettbewerbsfähig zu bleiben, sind KMU mehr denn je gefordert, sich stetig zu verbessern. Hier setzt das neue Instrument „Arbeiten: Entspannt – gemeinsam – besser. So geht's mit Ideen-Treffen“ (BGI 7010-1) an.

Das Instrument ist universell in allen Branchen einsetzbar und kann zur Verbesserung der betrieblichen Abläufe, der Organisation oder der Produktqualität ebenso verwendet werden wie zur Gesunderhaltung der Mitarbeiter.

Kern des neuen Instrumentes sind sogenannte Ideen-Treffen, die unter Beteiligung von Mitarbeitern stattfinden. Ziel ist es, das Wissen der Mitarbeiter über die vorhandenen Schwachstellen in ihrem Arbeitsbereich für den Betrieb zu nutzen. Mit diesem Wissen sollen aus den Schwächen Stärken für den Betrieb erwachsen.

Um kleine und mittelständische Unternehmen für betriebliche Gesundheitsmaßnahmen zu gewinnen, die über das gesetzlich vorgeschriebene hinausgehen, benötigen sie sprachlich und inhaltlich verständliche Handlungshilfen, die auf ihre spezifische betriebliche Situation Rücksicht nehmen und ihnen helfen, Verbesserungen aus eigener Kraft und betriebswirtschaftlich vertretbar, einzuführen. Viele der „am Markt“ befindlichen Konzepte des betrieblichen Gesundheitsmanagements bzw. der betrieblichen Gesundheitsförderung erfüllen diese Kriterien für die Zielgruppe „KMU“ nicht.

Das Instrument wurde in einer ersten Stufe in KMU fünf verschiedener Branchen u. a. auf *Verständlichkeit, Umfang, Gestaltung und Nutzen für den Betrieb* getestet. Die Benotungen durch die Betriebe lagen zwischen 2,0 und 2,4.

Die Resultate zeigen, dass die Informationsschrift bei der gewählten Zielgruppe die nötige Akzeptanz findet. Akzeptanz ist eine Grundvoraussetzung für die Anwendung eines Instrumentes in Betrieben.

In einer zweiten Evaluationsstufe wird das Instrument auf *Anwendbarkeit* und *Wirksamkeit* in den Betrieben getestet. Erste Ergebnisse liegen im Herbst vor.

Die im Rahmen bisheriger Tests erzielten Resultate weisen sehr eindrücklich einen Weg, den Präventionsmaßnahmen künftig durchlaufen müssen, um sowohl die betriebliche als auch die politische Akzeptanz sicherzustellen.

- 1 „Arbeiten: Entspannt – gemeinsam – besser. So geht’s mit Ideen-Treffen“ (BGI 7010-1), erschienen Oktober 2008 unter dem Dach der DGUV-Schriftenreihe „Gesund und fit im Kleinbetrieb“; kostenlos unter www.arbeits-sicherheit.de oder gegen Entgelt beim Carl Heymanns Verlag, Köln, zu beziehen
- 2 Gesundheit in KMU – Widerstände gegen Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen – Gründe, Bedingungen und Wege zur Überwindung (Band TK 17 Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement; erschienen 5/2008 – ISSN 1610-8450

Zur Person

Dr. Heinz Schmid

Referatsleiter und Leiter der Geschäftsstelle des FA Einwirkungen und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren (FA WIRK)

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Sankt Augustin

Gesunde Arbeit als Wettbewerbsvorteil

Pilotprojekt unterstützt KMU in Fragen der Mitarbeitergesundheit

Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (iqpr)

Gesunde, leistungsfähige und engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind das Fundament jedes erfolgreichen Unternehmens. Krankheitsbedingte Ausfälle und Minderleistung stellen gerade kleine und mittlere Unternehmen vor spürbare Probleme. Häufig fehlen in diesem Segment jedoch die innerbetrieblichen Ressourcen, um die vielfältigen Möglichkeiten zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit zu erschließen.

Hier setzt das Projekt „Gesunde Arbeit“ an. Mit einem kostenfreien Service unterstützen bundesweit eingerichtete Regionalstellen kleine und mittlere Unternehmen. Sie lotsen durch die vielfältigen Angebote und Zuständigkeiten der gesetzlichen Träger wie Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Rentenversicherungen usw. und privaten Dienstleister.

Die Ansprechpartner in den Regionalstellen „Gesunde Arbeit“ entwickeln gemeinsam mit dem Arbeitgeber individuelle Lösungen für innerbetriebliche Problemstellungen im Zusammenhang mit Gesundheit und Arbeit.

Die Unternehmen erhalten unter anderem Hilfe in den wichtigen Bereichen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements: Arbeits- und Gesundheitsschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Eingliederungsmanagement. Zudem können auch Anfragen zur alternsgerechten Gestaltung von Arbeit oder zur Integration von Menschen mit Behinderungen von den Regionalstellen bearbeitet werden.

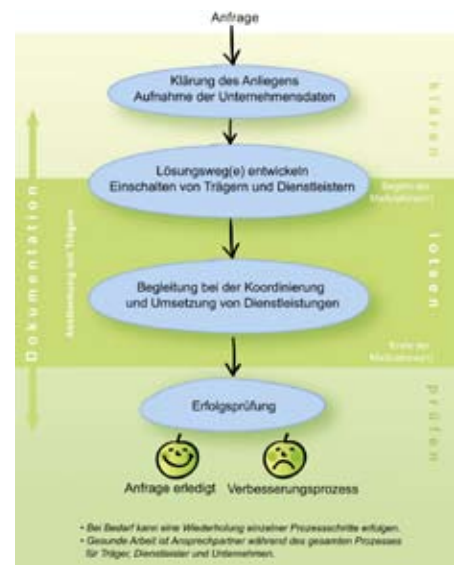
Die Regionalstellen „Gesunde Arbeit“ stehen den Unternehmen der Region aber auch ganz allgemein zur Information über Möglichkeiten zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung. Unter dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“ sollen kleine und mittlere Unternehmen so zur selbständigen Planung und Umsetzung von Gesundheitsmaßnahmen befähigt werden.

Gefördert wird das Projekt vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Es wird umgesetzt und wissenschaftlich begleitet vom Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln (iqpr) unter der Projektleitung von Harald Kaiser.

In sechs Regionen rund um die Städte, Dresden, Köln, Münster, München/Nürnberg und Bad Segeberg stehen Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern die Ansprechpartner von „Gesunde Arbeit“ zur Verfügung. Eine Ausweitung der Standorte von Regionalstellen ist nach Abschluss der Pilotphase geplant. Weitere Infos unter www.gesunde-arbeit.net

Ihre Ansprechpartner für Rückfragen:

iqpr GmbH, Geschäftsstelle München
Dipl.-Ing. Harald Kaiser
Landshuter Allee 162a, 80637 München
Telefon: 089/ 232 49 49 -12
Mobiltel.: 0173/ 531 82 25
Telefax: 089/ 232 49 49 10
E-Mail: kaiser@iqpr.de, www.iqpr.de



Die Resultate zeigen, dass die Informationsschrift bei der gewählten Zielgruppe die nötige Akzeptanz findet. Akzeptanz ist eine Grundvoraussetzung für die Anwendung eines Instrumentes in Betrieben.

In einer zweiten Evaluationsstufe wird das Instrument auf *Anwendbarkeit* und *Wirksamkeit* in den Betrieben getestet. Erste Ergebnisse liegen im Herbst vor.

Die im Rahmen bisheriger Tests erzielten Resultate weisen sehr eindrücklich einen Weg, den Präventionsmaßnahmen künftig durchlaufen müssen, um sowohl die betriebliche als auch die politische Akzeptanz sicherzustellen.

- 1 „Arbeiten: Entspannt – gemeinsam – besser. So geht’s mit Ideen-Treffen“ (BGI 7010-1), erschienen Oktober 2008 unter dem Dach der DGUV-Schriftenreihe „Gesund und fit im Kleinbetrieb“; kostenlos unter www.arbeits-sicherheit.de oder gegen Entgelt beim Carl Heymanns Verlag, Köln, zu beziehen
- 2 Gesundheit in KMU – Widerstände gegen Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen – Gründe, Bedingungen und Wege zur Überwindung (Band TK 17 Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement; erschienen 5/2008 – ISSN 1610-8450

Zur Person

Dr. Heinz Schmid

Referatsleiter und Leiter der Geschäftsstelle des FA Einwirkungen und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren (FA WIRK)

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Sankt Augustin

Gesunde Arbeit als Wettbewerbsvorteil

Pilotprojekt unterstützt KMU in Fragen der Mitarbeitergesundheit

Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (iqpr)

Gesunde, leistungsfähige und engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind das Fundament jedes erfolgreichen Unternehmens. Krankheitsbedingte Ausfälle und Minderleistung stellen gerade kleine und mittlere Unternehmen vor spürbare Probleme. Häufig fehlen in diesem Segment jedoch die innerbetrieblichen Ressourcen, um die vielfältigen Möglichkeiten zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit zu erschließen.

Hier setzt das Projekt „Gesunde Arbeit“ an. Mit einem kostenfreien Service unterstützen bundesweit eingerichtete Regionalstellen kleine und mittlere Unternehmen. Sie lotsen durch die vielfältigen Angebote und Zuständigkeiten der gesetzlichen Träger wie Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Rentenversicherungen usw. und privaten Dienstleister.

Die Ansprechpartner in den Regionalstellen „Gesunde Arbeit“ entwickeln gemeinsam mit dem Arbeitgeber individuelle Lösungen für innerbetriebliche Problemstellungen im Zusammenhang mit Gesundheit und Arbeit.

Die Unternehmen erhalten unter anderem Hilfe in den wichtigen Bereichen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements: Arbeits- und Gesundheitsschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Eingliederungsmanagement. Zudem können auch Anfragen zur alternsgerechten Gestaltung von Arbeit oder zur Integration von Menschen mit Behinderungen von den Regionalstellen bearbeitet werden.

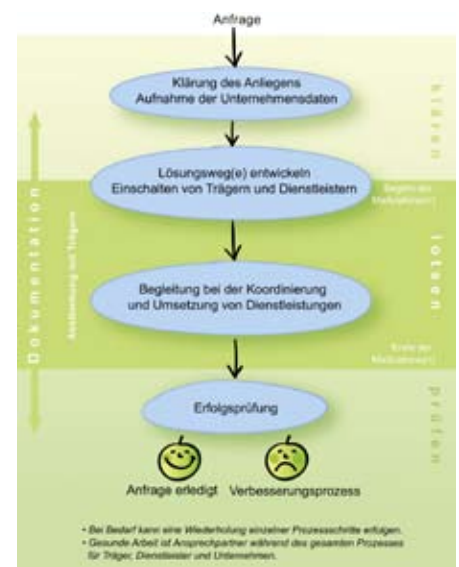
Die Regionalstellen „Gesunde Arbeit“ stehen den Unternehmen der Region aber auch ganz allgemein zur Information über Möglichkeiten zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung. Unter dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“ sollen kleine und mittlere Unternehmen so zur selbständigen Planung und Umsetzung von Gesundheitsmaßnahmen befähigt werden.

Gefördert wird das Projekt vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Es wird umgesetzt und wissenschaftlich begleitet vom Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln (iqpr) unter der Projektleitung von Harald Kaiser.

In sechs Regionen rund um die Städte, Dresden, Köln, Münster, München/Nürnberg und Bad Segeberg stehen Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern die Ansprechpartner von „Gesunde Arbeit“ zur Verfügung. Eine Ausweitung der Standorte von Regionalstellen ist nach Abschluss der Pilotphase geplant. Weitere Infos unter www.gesunde-arbeit.net

Ihre Ansprechpartner für Rückfragen:

iqpr GmbH, Geschäftsstelle München
Dipl.-Ing. Harald Kaiser
Landshuter Allee 162a, 80637 München
Telefon: 089/ 232 49 49 -12
Mobiltel.: 0173/ 531 82 25
Telefax: 089/ 232 49 49 10
E-Mail: kaiser@iqpr.de, www.iqpr.de



5. Bundesweiter Betriebsärztetag in der OsnabrückHalle am 07. und 08. März 2009

Dajana Bajković

Eine positive Resonanz konnte auf dem diesjährigen bundesweiten Betriebsärztetag des Bundesverbandes freiberuflicher Arbeitsmediziner und selbstständiger Betriebsärzte e.V. (BsAfB), der am 07. und 08. März 2009 in der OsnabrückHalle stattfand, verbucht werden: Insgesamt 180 Mediziner und Sicherheitsingenieure sowie Vertreter aus Printmedien, Pflege und Personalmanagement nahmen an dem Kongress teil.

Zum Auftakt der Veranstaltung mahnte Frau Dr. Christine Hawighorst in Vertretung der Schirmherrin Frau Mechthild Ross-Luttmann, niedersächsische Sozialministerin, zur präventiven Kostensenkung im Gesundheitswesen durch gezielte Aufklärungskampagnen. Hierbei nahmen insbesondere Arbeitsmediziner eine Schlüsselrolle ein, da sie im Gegensatz zu den Ärzten aus dem ambulanten und stationären Sektor jeden Arbeitnehmer regelmäßig erreichen. Im Vordergrund müsse hierbei die Entwicklung von dynamischen, effektiven gesundheitlichen Präventions- und Arbeitsschutzprozessen sein. Ziel dieser Maßnahmen seien die Steigerung der Motivation und Leistungsfähigkeit von Beschäftigten und gleichzeitig eine stärkere Verbindung zwischen den Betriebs- und den Hausärzten der Arbeitnehmer. Auch der Bürgermeister der Stadt Osnabrück, Burkhard Jasper, wies in seiner Begrüßungsrede auf die ökonomische Notwendigkeit der steten Verbesserung von Arbeitswelt und Arbeitsschutz hin.



Sehr geehrter Herr Kollege Ricken,

nochmals vielen Dank, dass Sie uns wieder die Möglichkeit gegeben haben, den Runden Tisch und den Gewerbeärztlichen Dienst mit einem Stand auf dem Betriebsärztetag vorzustellen. Unsere Materialien sind dort auf reges Interesse gestoßen. Gleichzeitig möchte ich Sie für das gelungene Programm, die Auswahl der Referenten (alle absolut überzeugend) und die reibungslose Organisation der Tagung beglückwünschen!

Wir würden uns freuen, wenn wir auch im nächsten Jahr wieder dabei sein können.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Stefan Baars
Anschrift liegt der Schriftleitung vor.



Sehr geehrter Herr Kollege Ricken,

in Ihrem heutigen Arbeitsmedizin-Newsletter habe ich mit Interesse gelesen, dass man sich um eine bessere Zusammenarbeit zwischen Haus- und Betriebsärzten bemüht. Da wir uns seit Langem in der integrierten arbeitsmedizinischen Patientenbetreuung engagieren,...

...
...

Mit freundlichen Grüßen

Univ.-Prof. Dr. med. A. Buchter
Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin
der Universität des Saarlandes
Anschrift liegt der Schriftleitung vor.

Die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Betriebsärzten war eines der zentralen Themen auf dem 5. Bundesweiten Betriebsärztetag 2009 in Osnabrück.

In diesem Zusammenhang erreichte uns zwischenzeitlich auch eine Anfrage zu dieser Thematik aus dem Lehrbereich Allgemeinmedizin der Universität Tübingen. Das zeigt, dass der BsAfB ein gefragter Ansprechpartner geworden ist!



Das zentrale Augenmerk des diesjährigen Kongresses lag ganz im Einklang mit diesen Appellen auf der Kooperation von Haus- und Betriebsärzten. In den unterschiedlichen qualitativ hochwertigen Vorträgen zu Prävention und Behandlung von chronischen Erkrankungen wiesen die Referenten einheitlich darauf hin, dass allein eine kooperative, partnerschaftliche Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsärzten effektive Ergebnisse hervorbringen kann. Neben diesem Thema behandelten die Referate zudem die Frage nach der berufspolitischen Position der Arbeitsmedizin und gaben Einblicke in wesentliche Aspekte des Brandschutzes. Die hohe Diskussionsbereitschaft der Hörer zeugt von der Aktualität und Bedeutsamkeit der Themen. Für die Nachmittage haben die Organisatoren des Kongresses ein reichhaltiges Workshop-Programm zusammengestellt und damit den allgemein geäußerten Wunsch der vergangenen Fachtagung nach mehr Vielfalt entsprochen. Die diesjährigen Teilnehmer hatten die Möglichkeit, an drei bis vier von zehn Workshops teilzunehmen.

Hier diskutierten und vertieften sie an praktischen Beispielen unter der Leitung eines Fachexperten ihr Wissen zu Arbeitsschutz und diagnostischen Untersuchungen, zur medizinischen Reiseberatung ebenso wie zum Steuerrecht.

Für das Rahmenprogramm konnte der BsAfB über zwanzig Kooperationspartner und Sponsoren gewinnen. Sie standen dem Kongress das gesamte Wochenende zur Verfügung, um die Besucher über ihre Produkte und Dienstleistungen zu informieren. Zusätzlich wurde den Teilnehmern am Abend ermöglicht, im Restaurant der OsnabrückHalle italienische Spezialitäten zu genießen und sich in gemüthlicher Atmosphäre weiter zu unterhalten.

Der Kongress wurde zugleich für die BsAfB-Mitgliederversammlung genutzt, auf der die beiden Kassenwarte in ihrem Amt bestätigt wurden. Zudem wurde beschlossen, den Vorstand durch eine Pressesprecherin zu entlasten. Für diese Aufgabe ist Frau M.A. – B.A.

(Pflegemanagement) Dajana Bajković ernannt worden.

Schon jetzt plant der BsAfB die nächste Fachtagung für den 06. und 07. März 2010. Tagungsort des 6. Bundesweiten Betriebsärztetages ist Osnabrück. Wünsche und Vorschläge zu Referaten, Referenten und Workshops nimmt die Geschäftsstelle des BsAfB gerne entgegen.

Sehr geehrter Herr Siegmann,

zunächst danke schön und herzlichen Glückwunsch für die mal wieder hervorragende Organisation und inhaltliche Füllung des Betriebsärztetages in Osnabrück. Hut ab. Geben Sie diese Anerkennung bitte gerne auch an Herrn Ricken weiter.

...

Dr. med. Stefan Gemen
Anschrift liegt der Schriftleitung vor.

Gesetzliche Grundlage

„Als sonstige Leistungen zur Teilhabe können erbracht werden: ... 2. 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; siehe auch „Vorrang von Prävention“ nach § 3 SGB IX)

Was die Teilnehmer erwartet:

- Einführungsphase mit Anamnese, Untersuchungen, Erfassen beruflicher Problemlagen und dem Vereinbaren individueller Ziele, gefolgt von einer
- mehrwöchigen Trainingsphase. Die Beschäftigten kommen zum Beispiel einmal in der Woche nachmittags und an Samstagvormittagen in die Reha-Einrichtung. Mit einem multimodalen Gruppenprogramm wird auf Lebensstiländerung, Aktivitätsförderung, besseren Umgang mit körperlicher und psychischer Anspannung, Problembewältigung im Arbeitsalltag und Schmerzprophylaxe hingewirkt.
- Auffrischungstage nach etwa drei bis sechs Monaten sollen darin unterstützen, die vereinbarten Gesundheitsziele im Alltag eigenverantwortlich weiterzuverfolgen.



Abbildung 2: Anhand eines Eisbergmodells plädierte Betriebsärztin Dr. Christina Raster für frühzeitige Interventionen (Foto: DRV Westfalen)

Wie wirksam die Präventionsmaßnahme ist, ob Unternehmen und Versicherte sie annehmen und wie sich der flexibilisierte Behandlungsansatz in den Kliniken integrieren lässt, wird bis 2011 auch wissenschaftlich ausgewertet.

*) Dr. Christina Raster ist Mitglied im Qualitätszirkel „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ des BsAfB (Anmerkung des Herausgebers).

Pressesprecherin für BsAfB e.V. ernannt

Auf der letzten Mitgliederversammlung des Bundesverbands selbstständiger Arbeitsmediziner und freiberuflicher Betriebsärzte e.V., am 07. März 2009, schlug der Vorstand vor, Frau Dajana Bajković als Pressesprecherin des BsAfB einzustellen. Dieser Vorschlag wurde von der Mitgliederversammlung angenommen und Frau Bajković mit sofortiger Wirkung zur Pressesprecherin ernannt.

Frau Bajković hat in ihrem ersten Studium in Göttingen Germanistik, Slavistik und Volkskunde im Magister-Studiengang belegt, nachdem sie 1994 ihre Ausbildung als Krankenschwester absolviert und ein Jahr als solche an Lehrkrankenhäusern der MHH gearbeitet hatte. Neben dem Studium, das sie 2003 erfolgreich mit dem Titel „Magister Artium“ beendete, arbeitete sie weiterhin als Krankenschwester und sammelte erste Praktikumserfahrungen in zwei renommierten Göttinger Verlagen. Nach ihrer Studienzeit arbeitete Frau Bajković als Assistentin des Geschäftsführers im Zeitschriftenverlag BURDA Belgrad (Serbien), wirkte bei For-

schungsprojekten renommierter Institute mit und lebte zeitweise in England und Italien, von wo aus sie mehrere Artikel für deutsche Literaturlexika verfasste. Danach entschloss sie sich zu dem zweiten Studium des Pflegemanagements. Im März 2009 hat sie dieses - parallel zu ihrer Tätigkeit als Krankenschwester im Bereich der Intermediate Care in einer Herzklinik - an der FH Osnabrück erfolgreich beendet und dafür den Titel „Bachelor of Arts“ erhalten. Der Vorstand hat Frau Bajković für die Position der Pressesprecherin vorgeschlagen, weil sie über medizinisches Grundwissen verfügt, die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens kennt und zudem auch Einblicke in andere europäische Gesundheitssysteme gewinnen konnte. Des Weiteren ist sie insbesondere durch ihre breitgefächerte wissenschaftliche Ausbildung in der Lage, fachspezifische Themen zu erfassen und diese in einer verständlichen Sprache wiederzugeben. Der Vorstand des BsAfB freut sich auf die Zusammenarbeit mit Frau Bajković, die mit Elan die ihr übertragenen Aufgaben wahrnimmt.



Aus der Praxis für die Praxis

Hilfen zur Beurteilung von Gefahrstoffen – Teil I

Silvester Siegmann und Andreas Wittmann

Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit sind aus humanen, sozialen und ökonomischen Gründen eine wichtige Zielsetzung, die sowohl im Interesse der Arbeitnehmer als auch der Unternehmer liegt. Dies gilt insbesondere beim Umgang mit Gefahrstoffen.

Gefahrstoffe werden in nahezu jedem Betrieb eingesetzt. Fragt man jedoch die Beschäftigten nach Gefahrstoffen in ihrem Betrieb, so stellt man fest, dass das Bewusstsein, mit Gefahrstoffen umzugehen, oft nicht vorhanden oder nur unzureichend entwickelt ist. Dass auch dann Stoffe schwere Wirkungen auf die Gesundheit haben können, wenn es nicht stinkt oder raucht und nicht alles, was krank macht, sofort weh tun muss, ist vielen Beschäftigten nicht bewusst.

Der Informationsbedarf über Gefahrstoffe ist enorm: So benötigen beispielsweise Unternehmer Informationen für die Gefährdungsbeurteilung nach der „neuen“ Gefahrstoffverordnung. Arbeitsmediziner haben Informationsbedarf im Zusammenhang mit den geforderten Pflicht- bzw. Angebotsuntersuchungen, für präventive Maßnahmen, für Notfallmaßnahmen sowie zur Beratung des Arbeitgebers über medizinische Aspekte von Tätigkeiten mit Gefahrstoffen.

Im Folgenden wollen wir Ihnen in einer kleinen Serie Informationsquellen im Internet vorstellen, die Ihnen bei der Bewältigung dieser Aufgaben helfen sollen:

Einfaches Maßnahmenkonzept Gefahrstoffe (EMKG)

Das „Einfache Maßnahmenkonzept Gefahrstoffe“ (EMKG) der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin ist eine Handlungshilfe für die Gefährdungsbeurteilung bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen. Es richtet sich an Verantwortliche in Klein- und Mittelbetrieben (KMU), Sicherheitsfachkräfte, Betriebsärzte und überbetriebliche Beratungsdienste. Das EMKG bietet einen Einstieg in die Umsetzung von Anforderungen der Gefahrstoffverordnung bei Tätigkeiten mit gekennzeichneten Gefahrstoffen. Es gilt vor allem für Tätigkeiten mit Gefahrstoffen, die mit den Gefahrensymbolen für die Gefahrenbezeichnung reizend

(Xi), gesundheitsschädlich (Xn), ätzend (C), giftig (T) oder sehr giftig (T+) gekennzeichnet sind. Es konkretisiert den Einstieg in die Gefährdungsbeurteilung mit Hilfe einer überschaubaren Anzahl von Gefährdungsparametern und möglichst einfachen Kategorien.

Diese Handlungshilfe wurde erstellt und erweitert von der Projektgruppe „Einfaches Maßnahmenkonzept Gefahrstoffe“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) unter der Federführung von Frau Prof. Anke Kahl von der Bergischen Universität Wuppertal.

Im Juni 2008 wurde die Technische Regel Gefahrstoffe (TRGS) 401 „Gefährdungen durch Hautkontakt“ neu verfasst und die TRGS 900 „Arbeitsplatzgrenzwerte“ geändert und ergänzt.

Die neue Version 2.1 des „Einfachen Maßnahmenkonzeptes Gefahrstoffe“ und die Schutzleitfäden zur Minimierung der Gefährdungen bei Hautkontakt wurden an die TRGS 401 angepasst. Die neuen Arbeitsplatzgrenzwerte der TRGS 900 wurden im Anhang IV des Konzeptes ergänzt.

Es steht zum kostenlosen Download bereit unter: http://www.baua.de/nn_5834/de/Themen-von-A-Z/Gefahrstoffe/EMKG/EMKG.html?__nnn=true

Auskunftssystem zu Biomonitoring der BAuA

Das neu entwickelte Auskunftssystem der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) erleichtert Betriebsärzten und Arbeitsmedizinern die Durchführung von Biomonitoring. Beim Biomonitoring werden Blut oder Urin auf Gefahrstoffe oder deren Zwischenprodukte im Stoffwechsel (Metaboliten) untersucht.

Gemäß der Verordnung über die arbeitsmedizinische Vorsorge (ArbMedVV) gehört Biomonitoring zu den arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen von Beschäftigten, die Gefahrstoffen ausgesetzt sind. Dabei müssen jedoch anerkannte Analyseverfahren und Werte zur Beurteilung der Messergebnisse zur Verfügung stehen. Das neu entwickelte Biomonitoring-Auskunftssystem der BAuA liefert hierzu die nötigen Informationen. Mit einem Klick können die für einen bestimmten Gefahrstoff verfügbaren Untersuchungsparameter in biolo-

Einen längeren Beitrag zu diesem Themenfeld finden Sie in:

Wittmann, A & Siegmann, S:
„Gefährdungsbeurteilung und Risikomanagement“

ecomед SICHERHEIT, Landsberg am Lech, Loseblattsammlung, 10. AL, ISBN 978-3-609-66331-9, 2009
www.ecomed.de



gischem Material, Analyseverfahren und Werte zur Beurteilung von Messergebnissen online abgefragt werden. Damit kann ein Arzt schnell abklären, ob für einen bestimmten Gefahrstoff ein arbeitsmedizinisches Biomonitoring grundsätzlich möglich ist.

Zurzeit lassen sich Biomonitoring-Informationen für über 1.000 Gefahrstoffe und Gefahrstoffgruppen im Auskunftssystem abrufen, das laufend aktualisiert und erweitert wird. Unter anderem enthält das System Analysemethoden und Biologische Arbeitsstofftoleranzwerte (BAT) der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Biologische Grenzwerte (BGW) der Technischen Regel für Gefahrstoffe (TRGS) 903 sowie Human-Biomonitoring-Werte (HBM) und Referenzwerte des Umweltbundesamtes.

Zwar soll das Auskunftssystem vor allem Betriebsärzten bei der Recherche unterstützen,

dennoch ist es für jede interessierte Person frei zugänglich. Die Nutzung des Angebotes ist kostenlos und erfordert keine Registrierung oder Anmeldung. Das Biomonitoring-Auskunftssystem der BAuA befindet sich unter der Adresse www.baua.de/biomonitoring auf der BAuA-Homepage.

Gefahrstoffdatenbank der Länder (GDL)

Die Gefahrstoffdatenbank der Länder (GDL) ist eine gemeinsame Gefahrstoffdatenbank der für die staatliche Überwachung des Gefahrstoffrechts im Bereich Arbeitsschutz zuständigen Stellen aller Bundesländer.

Sie liefert:

- Information über Gefahren und Schutzmaßnahmen sowie rechtliche Regelungen/ Grenzwerte von ca. 20.000 chemisch reinen Einzelstoffen und Stoffgruppen

- Angaben aus ca. 11.000 Sicherheitsdatenblättern (für spezielle Nutzerkreise)
- Neuigkeiten über gesetzliche Regelungen sowie abgestimmte Angaben der Vollzugsbehörden zur „Einstufung/Kennzeichnung“

Die GDL ist insbesondere gedacht für alle im Arbeits- und Gesundheitsschutz tätigen Be- diensteten und andere im weitesten Sinne mit Katastrophenschutzaufgaben befassten Stellen sowie allgemeine Verwender von Chemikalien.

Die Gefahrstoffdatenbank wird betrieben und gepflegt von den zuständigen Fachleuten der Arbeitsschutzbehörden aller Bundesländer. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) fungiert als Daten-Koordinierungsstelle. Die „Fachgruppe GDL“ wurde 1986 vom Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI), dem die Vertreter der obersten Arbeitsschutzbehörden angehören, eingesetzt.

Wichtige Aspekte aus den relevanten Rechtsvorschriften, wie z. B. EU-Richtlinien, Gefahrstoffverordnung, Technische Regeln für Gefahrstoffe oder Sprengstoffrecht, sind stoff- bzw. gruppenbezogen in die Datenbank integriert. Darüber hinaus werden die Praxiserfahrung der Technischen Aufsichtsbeamten sowie die Spezialkenntnisse der Fachzentren aus den einzelnen Bundesländern unmittelbar eingebunden.

Die GDL erreichen Sie im Internet unter der URL: <http://www.gefahrstoff-info.de>



Abbildung 1: Eingangsmaske der Gefahrstoffdatenbank der Länder (GDL).

Abbildung 2: Eingabemaske der Gefahrstoffdatenbank der Länder (GDL).

Arbeitsmedizinische Pflichtuntersuchung bei Arbeitsaufenthalt im Ausland

Uwe Ricken

Am 24. Dezember 2008 ist die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) in Kraft getreten. Die bis dahin vorgeschriebene Ermächtigung durch die Landesverbände der Berufsgenossenschaften ist mit dieser Neuregelung entfallen. Nach den vorher gültigen Regelungen musste für die Beantragung der Ermächtigung für die Vorsorgeuntersuchung G35 ein mindestens 14-tägiger Aufenthalt in den Tropen zur Erlangung von Kenntnissen über Arbeitsbedingungen und soziale und gesundheitliche Besonderheiten nachgewiesen werden. Zusätzlich musste ein einwöchiger Kursus in Tübingen abgeleistet und fünfzig G35-Untersuchungen und Beratungen dokumentiert werden. Diese relativ hohen Anforderungen führten zu einer unzureichenden Anzahl ermächtigter Ärzte. Viele Betriebe kamen der gesetzlichen Verpflichtung, ihre durch besondere klimatische Belastungen und Infektionen gefährdeten Auslandsreisenden durch einen ermächtigten Arzt untersuchen und beraten zu lassen, nicht nach.

Hygiene und medizinische Versorgung – Dieses Bild entstand in einem staatlichen Krankenhaus einer Millionenstadt. Die Sauerstoffflasche war in Gebrauch.



© Uwe Ricken

Gefahren auf Baustellen, Mangel an persönlicher Schutzausrüstung



© Uwe Ricken



Die durch den Gesetzgeber geänderten Voraussetzungen bieten die Chance, bei einer weitaus größeren Anzahl beruflich Reisender mit Tätigkeiten in Tropen, Subtropen und sonstigen Auslandsaufenthalten mit besonderen klimatischen Belastungen und Infektionsgefährdungen die Pflichtuntersuchung nach ArbMedVV durchführen zu lassen. Der Arbeitgeber muss zur Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen einen Arzt oder eine Ärztin mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bzw. mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ beauftragen. Abweichend hiervon dürfen mit Vorsorgeuntersuchungen nach dem alten Grundsatz G35 auch Ärzte oder Ärztinnen beauftragt werden, die zur Führung der Zusatzbezeichnung „Tropenmedizin“ berechtigt sind.¹

Um die Situation mit dem Mangel an ermächtigten Ärztinnen und Ärzten vor der ArbMedVV zu verdeutlichen, wurde auf der Homepage „FORUM Reisen und Medizin“ in der Ärzteliste nach „Reisemedizinern“ gesucht.² Exemplarisch wurden die 168 gelisteten der Metropole Berlin gewählt. Das FORUM bezeichnet sich als „das größte deutsche Netzwerk reisemedizinisch fortgebildeter Ärzte“. Die gefundenen Daten erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit – nicht jeder fest angestellte Werkarzt lässt sich in diese Liste eintragen. Um den Mangel an G35-ermächtigten Ärzten plas-

tisch zu veranschaulichen, sind sie aber ausreichend. 100 der 168 Mitglieder des Forums wiesen ausschließlich eine jährliche reisemedizinische Fortbildung nach. 54 verfügten über das DTG Zertifikat (Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit e.V. [DTG], www.dtg.org), 18 boten eine Gelbfieberimpfstelle an, 17 verfügten über die Zusatzbezeichnung Tropenmedizin und nur sieben verfügten über die Ermächtigung für die G35-Vorsorgeuntersuchung.³

Die geringe Zahl an reisemedizinisch fortgebildeten Medizinern und die verschwindend kleine Zahl G35-Ermächtigter finden sich in den anderen Bundesländern in ähnlichen Zahlenverhältnissen. Seit Inkrafttreten der ArbMed-VV dürfen alle Ärztinnen und Ärzte mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“, den Zusatzbezeichnungen „Betriebsmedizin“ oder „Tropenmedizin“ vom Arbeitgeber mit der Durchführung der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen – G35“ beauftragt werden, wenn sie über besondere Fachkenntnisse verfügen.

Durch den Wegfall des Ermächtigungsverfahrens kann nun ein erheblich größerer Anteil von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten diese wichtige Pflichtuntersuchung durchführen. Dies erfordert eine hohe Eigenverantwortung, sich auf dem Gebiet der Reise- und Tropenmedizin ausreichend und qualitätsgesichert fortzubilden. Nach der ArbMedVV § 7 (1) gilt folgender Grundsatz: Verfügt der Arzt oder die Ärztin für bestimmte Untersuchungen nicht über die erforderlichen Fachkenntnisse oder die speziellen Anerkennungen oder Ausrüstungen, so hat er oder sie Ärzte oder Ärztinnen hinzuzuziehen, die diese Anforderungen erfüllen.⁴ In dem größeren Potenzial an untersuchungsberechtigten Medizinern liegt die Chance, im Rahmen von Gefährdungsbeurteilungen, durch Beratungen der Verantwortlichen und der zu untersuchenden Mitarbeiter im Betrieb, in ASA-Sitzungen, bei Führungskräftebildungen und in Referaten die Notwendigkeit und den Nutzen des „G35-Grundsatzes“ deutlich zu machen.

„30 Millionen Bundesbürger reisen jährlich ins Ausland. Jeder Vierte fühlt sich während oder nach einer Fernreise krank. Der Bedarf an fundierter reisemedizinischer Beratung ist steigend.“⁵ „Deutschland gehört zu den größ-



© Uwe Ricken

Hohe Unfallrisiken in Entwicklungs- und Schwellenländern

Tropen



© Uwe Ricken

ten Märkten für Geschäftsreisen. Laut einem Ranking des World Travel & Tourism Council (WTTC) steht Deutschland mit erwarteten Ausgaben für Geschäftsreisen in Höhe von insgesamt rund 53 Mrd. US-Dollar [für 2007 -Erläuterung des Autors] auf dem weltweit dritten Platz nach den USA und Japan.⁴⁶ 2007 unternahm jeder dritte Beschäftigte mindestens eine Geschäftsreise.⁷ Ein nicht unerheblicher Anteil der geschäftlichen Flugreisen wurde in die Länder Südamerikas, Afrikas und Asiens unternommen.

Ende 2008 erkrankten innerhalb von nur zweieinhalb Monaten 56 Gambiareisende aus Europa an Malaria tropica. 45 dieser Reisenden hatten keine Malariaprophylaxe durchgeführt. Drei der 56 Reisenden verstarben, eine Patientin erlitt durch eine disseminierte intravasale Koagulopathie den Verlust von acht Fingern bzw. Zehen.⁸ Die Fallbeschreibungen zeigen in erschreckender Weise die Sorglosigkeit von vielen Reisenden.

Angesichts der immensen Kosten, die durch Geschäftsreisen verursacht werden, sind die Kosten für die arbeitsmedizinische Vorsorge eher als gering einzustufen. Noch bedeutender sind aber die ethische und die gesetzliche Verpflichtung hierzu. Am Beispiel der Hepatitis A-Impfung von Fernreisenden soll der große finanzielle Nutzen für Unternehmen verdeutlicht werden. Vor ca. zehn Jahren stellte die Hepatitis A nach Reisediarrhoen und Atemwegsinfektionen die dritthäufigste auf Fernreisen erworbene Infektionskrankheit dar.⁹ Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit bei Hepatitis A beträgt 33 Tage.¹⁰

Die in Zukunft immer wichtiger werdenden Märkte China und Indien werden in den nächsten Jahren eine weiter zunehmende Zahl von Geschäftsreisen erforderlich machen. Telekonferenzen, E-Mail, Telefonate und andere elektronische Möglichkeiten sind in naher Zukunft nicht ausreichend in der Lage, bei der Akquise den persönlichen Kontakt zu ersetzen. Die Reisenden sollten aber unbedingt auf die Risiken einer Tollwutinfektion hingewiesen werden, ebenso sind qualifizierte Informationen über das in diesen Regionen nicht seltene Dengue-Fieber dringend erforderlich.

Bei der Frage, welcher Personenkreis untersucht werden muss und wie die Untersuchung und Beratung erfolgen soll, sind die Handlungsanleitungen der Deutschen Unfallversicherung sehr nützlich. „Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben mit der Unfallverhütungsvorschrift „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ (BGV A4/GUV 0.6/UVV 1.2) und mit den Berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen sowie den zugehörigen Handlungsanleitungen für die arbeitsmedizinische Vorsorge (BGI 504) wirkungsvolle Instrumente geschaffen, um das

Gesundheitsrisiko des Einzelnen bei der Arbeit so gering wie möglich zu halten.“¹¹

Anhand der Leitlinie (BGI 504-35)¹² lässt sich der betroffene Personenkreis bestimmen. Die jeweiligen klimatischen und gesundheitlichen Verhältnisse des Einsatzortes sind entscheidend. Solche Situationen liegen nicht nur in den Tropen oder Subtropen („zwischen 30° nördlicher und 30° südlicher Breite“) vor. Mit erhöhter Infektionsgefährdung vor allem durch ungünstige hygienische Bedingungen sowie mit unzureichender ärztlicher Versorgung ist auch in einigen südosteuropäischen und asiatischen Ländern zu rechnen, die nicht zu den sogenannten warmen Ländern gehören. Eine einfache Formel lautet: in allen Ländern außer denen in Europa (Ausnahmen sind möglich – siehe oben) und den USA.¹³

Zum empfohlenen Untersuchungsumfang nach G35 gehören bei der Erstuntersuchung: die allgemeine Anamnese und die Arbeitsanamnese unter Berücksichtigung früherer Aufenthalte im Ausland und eine eingehende körperliche Untersuchung. An Laborparametern werden Urinstatus (Mehrfachstreifentest, Sediment), Blutsenkungsgeschwindigkeit, Blutbild, GGT und GPT, LDL-Cholesterin, Blutzucker, Kreatinin und ein Ruhe-EKG empfohlen.¹⁴

Von entscheidender Bedeutung ist eine qualifizierte Hygiene-, Prophylaxe- und Impfberatung in Bezug auf die Tätigkeitsorte, Unterbringungs- und Arbeitsbedingungen sowie die medizinische Versorgung in den entsprechenden Reiseländern. Entsprechende Impfangebote, Durchführung empfohlener Impfungen und die Terminierung von Folgeimpfungen vervollständigen die arbeitsmedizinische Vorsorge nach dem Grundsatz 35.

Fazit: Der Bedarf an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen für Arbeitnehmer mit beruflichem Auslandsaufenthalt unter besonderen klimatischen Belastungen, erhöhter Infektionsgefährdung durch Hygienemängel und schlechter medizinischer Versorgung ist sehr hoch und wird in den nächsten Jahren noch zunehmen. Es besteht ein erheblicher Qualifizierungsbedarf. Daher sollten möglichst viele Ärztinnen und Ärzte die vorhandenen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Reise- und Tropenmedizin nutzen.¹⁵

Kontaktadresse:
dr.ricken@bsafbev.de

1. Bundesregierung. Drucksache 643/08, Verordnung zur Rechtsvereinfachung und Stärkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge. In: Bundesrat (ed). 643/08 ed, 2008.

2. Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit e.V. Ärzte-

suche <http://www.dtg.org/aerzte.html?&no_cache=1>. Accessed 2009 19.04. DTG, 2009.

3. FORUM Reisen und Medizin. Ärzteliste der Mitglieder <<http://www.frm-web.de/publik/mitglieder/auswahl.cfm?p=1>>. Accessed 2009 17.04., 2009.

4. Verordnung zur Rechtsvereinfachung und Stärkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge. 2008.

5. Centrum für Reisemedizin; CRM. „Reise- und Tropenmedizin“ in der Arztpraxis <www.crm.de/fortbildung/index.html>. Accessed 2009 17.04., 2009.

6. Statistisches Bundesamt. Tourismus in Zahlen (2007). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2008 12.11.

7. VDR VdReV. VDR Geschäftsreisenanalyse 2008: Verband deutsches ReiseManagement e.V.; VDR, 2008.

8. Jelinek T, et al. Europaweite Häufung von eingeschleppter Malaria tropica aus Gambia <www.bsafb.de/337.0.html>. Accessed 2009 18.04. Eurosurveillance, 2008.

9. Manns M, Schlüter A. Reisen und Hepatitis. Der Internist. 1999 02.11.1999;40:1137-42.

10. Siedenburg J. Kompendium Reisemedizin und Flugreisemedizin. 1 ed: Books on Demand GmbH; 2005. 404 p.

11. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Arbeitsmedizinische Vorsorge <http://www.dguv.de/inhalt/praevention/themen_a_z/arbmed/index.jsp>. Accessed 2009 19.04. DGUV, 2009.

12. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen. In: Ausschuss ARBEITSMEDIZIN (ed). Sankt Augustin: Carl Heymanns Verlag KG, Köln, 2005.

13. Jelinek T. Aktuelles aus der Reise- und Tropenmedizin - Änderungen der Voraussetzungen für die G35-Untersuchung <<http://www.bsafb.de/fileadmin/downloads/baet2009/TomasJelinek.pdf>>. Accessed 2009 19.04. BsAfB, 2009.

14. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Arbeitsmedizinische Vorsorge. 4 ed: Gentner Verlag, Stuttgart; 2007.

15. Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit e.V. Kurse und Fortbildungen <<http://www.dtg.org/kurse.html>>. Accessed 2009 19.04. DTG, 2009.