

**Inhalte:**

- 🕒 Schwerpunkt Gesundheitsstrukturreform: Ärztelobby auf den Barrikaden
- 🕒 Schwerpunkt Gesundheitsstrukturreform: Gesetzentwurf noch vor Ostern
- 🕒 Schwerpunkt Strukturreform: Worum geht's bei der Rürup-Kommission ?
- 🕒 Schwerpunkt Strukturreform: Einführung des DRG-Fallpauschalensystems
- 🕒 BIBB-Studie: Betriebsnahe Ausbildung Jugendlicher ist besser
- 🕒 Job-Floater: Großes Interesse an Kretitprogramm aus Haartz-Konzept
- 🕒 BG-Info: Bis zu 20 000 Asbest-Todesfälle bis zum Jahr 2020 befürchtet
- 🕒 Aktuelle Gerichtsentscheidung: Schleudertrauma trotz geringem Tempo
- 🕒 Fahrtüchtigkeit: Trotz psychischer Erkrankung ans Steuer?
- 🕒 IAB-Bericht: Steigerung von Effizienz und Reputation der Arbeitsvermittlung
- 🕒 InReha-Infos I - III: u.a. InReha-Beirat richtet Beschwerdestelle ein

-----

🕒 Schwerpunktthema: Strukturreform im Gesundheitswesen  
**Ärztelobby auf den Barrikaden**

Die Vertreter der Kassenärzte machen ernst mit ihren Drohungen: Patienten müssen sich von Januar an bundesweit auf Wartezeiten, geschlossene Praxen und eine Versorgung auf Sparflamme einstellen. Die KBV erstelle dazu Pläne für einen bundesweiten „Dienst nach Vorschrift“, kündigte der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Manfred Richter-Reichhelm, an. In ganz Deutschland sollen danach von Januar an Kassen-ärzte zeitweise ihre Praxen schließen. Für begrenztes Geld könne es auch nur begrenzte Leistungen geben. „Ich rechne mit verweigerten Leistungen. Das wird zu einem Mangelbewusstsein bei den Patienten führen“, sagte Richter-Reichhelm. Die Aktion könne sich über Wochen hinziehen.

Die Proteste richten sich zum einen gegen das rot-grüne Sparpaket, das für die Ärzte 2003 eine Nullrunde bei den Honoraren vorsieht. Zum anderen wehren sich die Ärzte damit bereits im Vorfeld gegen die Pläne von SPD und Grünen, bei der geplanten Strukturreform 2004 die Machtposition der Ärzte-funktionäre zu beschneiden. Sie sehen die Ärzte als die „Prügelknaben der Nation und das Sparschwein des Gesundheitswesens.“ Die Arztpraxen erzielten nach jüngsten Berechnungen allein aus der gesetzlichen Kranken-versicherung nach Abzug ihrer Betriebsausgaben einen durchschnittlichen jährlichen Überschuss von mehr als 76.000 Euro.

Quelle: Gesundheitspilot 19.12.02

🕒 Schwerpunktthema: Strukturreform im Gesundheitswesen  
**Gesetzentwurf noch vor Ostern**

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hat den Zeitplan für die von der rot-grünen Regierungskoalition angekündigte Strukturreform im Gesundheitswesen vorgelegt. Demnach soll der Gesetzentwurf noch vor Ostern ins Parlament eingebracht werden.

Das Gesetz soll dann möglichst vor Ende Oktober - dann legt die Rürup-Kommission ihren Bericht zur künftigen Finanzierung der Sozialversicherung vor - verabschiedet werden und Anfang 2004 in Kraft treten, kündigte Schmidt bei einer Tagung der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im



🕒 **Schwerpunktthema: Strukturreform im Gesundheitswesen**  
**Worum geht's bei der Rürup-Kommission ?**

*Am 13. Dezember 2002 trat die „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“ zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen und soll ihren Abschlussbericht im Herbst 2003 vorlegen. Die Kommission wird geleitet von Prof. Bert Rürup. Aufgabe der Kommission ist, Vorschläge zu erarbeiten, um die langfristige Finanzierung der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung zu gewährleisten, sie zukunftsfest zu machen und dabei „den Gedanken der Generationengerechtigkeit und der Senkung der Lohnnebenkosten fest im Auge zu haben“, wie Gesundheits-ministerin Schmidt bei der Vorstellung betonte.*

Die Alterung der Bevölkerung, grundlegende Änderungen der Erwerbsbiographien sowie die Entwicklung der Einkommensverteilung konfrontieren die Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung mit tiefgreifenden Problemen. Diese Entwicklungen drohen zusammen mit der lohnzentrierten Finanzierung der Sozialversicherung den Faktor Arbeit zunehmend zu belasten. Die Ministerin erklärte, die Bundesregierung nehme diese Herausforderung an und setze deshalb die Kommission ein. Es gehe um die grundsätzliche Frage, wie die Gesellschaft in Zukunft ihre soziale Sicherung ausstatten wolle.

Aufgabe der Kommission sei, praktikable Vorschläge für eine nachhaltige Finanzierung und Weiterentwicklung der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung zu erarbeiten. Ziel sei, die Sozialversicherung zukunftsfest zu machen und die Finanzierung der Ziele der sozialen Sicherung unter Beachtung der Generationen- und Geschlechtergerechtigkeit zu gewährleisten. Die Lohnnebenkosten müssten gesenkt werden, der Faktor Arbeit dürfe nicht auf Dauer überproportional belastet werden.

Rürup sagte, er strebe ein Ergebnis im Konsens an. Er betonte zugleich, es gehe bei der Arbeit der Kommission nicht darum, die Ziele der sozialen Sicherung in Frage zu stellen, sondern lediglich ihre Organisation und Finanzierung. Eine grundsätzliche Frage sei, ob es bei der lohnbezogenen Beitragserhebung bleiben könne. Das Schwergewicht der Arbeit der Kommission werde auf den Bereichen Kranken- und Pflegeversicherung liegen. Bei der Rente gebe es bereits die Reform von 2001 mit der Einführung der zusätzlichen kapitalgedeckten Säule der Altersvorsorge; hier müsse nur nachgearbeitet werden.

### **Arbeitsplan der Kommission**

Nach ihrer konstituierenden Sitzung wird es noch sechs Sitzungen der gesamten Kommission geben. Anschließend wird die Kommission in vier Gruppen aufgeteilt, die sich schwerpunktmäßig mit den Themen Rentenversicherung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung und versicherungsfremde Leistungen - Umsetzbarkeit der Reformvorschläge beschäftigen werden. Der Abschlussbericht soll im Herbst 2003 vorgelegt werden. Die Kommission hat 26 Mitglieder, 8 Frauen und 18 Männer - Wissenschaftler, Praktiker und Politikberater; sie ist im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung angesiedelt.



(Fortsetzung von S.2)

### Aufgaben der Kommission:

- ④ In der **gesetzlichen Rentenversicherung** wird es darum gehen, den mit der Rentenreform eingeschlagenen Weg des Aufbaus der zusätzlichen kapitalgedeckten Rente weiterzuführen, ihre Wirkungen zu überprüfen und am Prinzip der Orientierung der Ausgaben an den Einnahmen festzuhalten. Vorschläge zur Überprüfung der Verbreiterung der Finanzierungs-basis sind zu prüfen.
- ④ In der **gesetzlichen Krankenversicherung** geht es darum, die Finanzierung zu sichern vor dem Hintergrund der durch die Bevölkerungsentwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt bewirkten Ausgabendynamik. Zudem soll die Kommission Vorschläge dazu entwickeln, wie in Zukunft die wachsende Bedeutung der Prävention nicht nur zur Vorbeugung gegen Krankheiten, sondern auch zur finanziellen Stabilisierung der GKV genutzt werden kann.
- ④ Auch die **Pflegeversicherung** muss zukunftsfest gemacht werden, die hohe Qualität der Pflege muss gesichert werden. Die Kommission soll überprüfen, wie die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung mit ergänzenden Formen der Vorsorge kombiniert werden kann.
- ④ Bezüglich der historisch gewachsenen Strukturen der Sozialversicherung hat die Kommission den Auftrag zu prüfen, ob bei der **Organisation der Sozialversicherung** mittel- oder langfristig Reformbedarf besteht.
- ④ Die Kommission soll Vorschläge entwickeln, wie **in der EU** zur Gewährleistung der Mobilität und Freizügigkeit der Bürger eine **unbürokratische Gewährung von Leistungen** sichergestellt werden kann.

Quelle: e.balance, Magazin für Arbeit und Soziales der Bundesregierung v. 13.12.02

### ④ Schwerpunktthema: Strukturreform im Gesundheitswesen Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems DRG

*(hp) Am 1.1.2003 trat das DRG-Fallpauschalensystem (Diagnosis Related Groups - diagnose-orientierte Fallpauschalen) in Kraft. Dies bedeutet, dass im Jahr 2003 die Krankenhäuser auf freiwilliger Basis mit dem Fallpauschalensystem abrechnen können, bevor es ab 2004 für alle Krankenhäuser verbindlich wird. Während die Bundesregierung das neue System als gerecht, kostensparend und zukunftsweisend preist, laufen andere dagegen Sturm.*

Das DRG-System sieht vor, eine Vielzahl unterschiedlicher Diagnosen und damit Krankheitsarten zu einer geringen Anzahl von Abrechnungspositionen mit vergleichbarem Aufwand zusammenzufassen. Die Zuordnung zu einer solchen Abrechnungsposition erfolgt maßgeblich über medizinische Diagnosen-, Operationen- und Prozedurenschlüssel. Zusätzlich werden im Einzelfall

(Fortsetzung S. 4)



(Fortsetzung von S. 3)

weitere Kriterien herangezogen, z.B. Alter, Geschlecht, Geburtsgewicht, Entlassungsstatus.

Das Leistungsspektrum von Krankenhäusern soll in einem überschaubaren DRG-Katalog abgebildet werden. Durch die Berücksichtigung von Haupt- und Nebendiagnosen soll das System auch unterschiedlichen Schweregraden Rechnung tragen. Der Anreiz, die Patienten unnötig lange im Krankenhaus zu behalten, soll damit beseitigt und durch die Verpflichtung zu Qualitätsberichten die Transparenz bedeutend erhöht werden.

Zwingend notwendig wurde ein neues System der Krankenhausfinanzierung, weil der größte Teil der Krankenhausleistungen zur Zeit noch über Tagessätze vergütet wird und dieses heutige System dadurch Fehlanreize schafft. Weil weitgehend nach Tagen bezahlt wird, ist die Krankenhausverweildauer in Deutschland hoch. In Deutschland liegen die Patientinnen und Patienten fast doppelt so lange im Krankenhaus wie z. B. in Frankreich, Österreich oder den USA. Die geltenden Budgets der Krankenhäuser basieren oftmals auf historischen Kostenstrukturen (Selbstkostendeckung) und wurden nie wirklich leistungsorientiert verändert. Eine hinreichende Transparenz über das Leistungsgeschehen besteht nicht, weil die konkreten Behandlungen für die Abrechnung keine Rolle gespielt haben.

### **Nur bedingt geeignet**

Ob durch dieses System die angestrebten Ziele sinnvoll erreicht werden können, erscheint fraglich. Von Seiten der Bundesregierung wird versichert, dass durch die Berücksichtigung von Haupt- und Nebendiagnosen das System auch unterschiedlichen Schweregraden Rechnung tragen könne. Tatsächlich laufen jedoch in vielen Kliniken Vorbereitungen dahin, das neue System genau an dieser Stelle auszuhebeln und den Patienten mit einer Vielzahl von Diagnosen zu überschütten, auch wenn diese nur bedingt vertretbar sind. Da sich Fehldiagnosen weit schlimmer auswirkten als Fehlanreize, muss sich das neue System gerade an dieser Versuchung beweisen.

Nach Ansicht der Berufsgenossenschaften bedroht die Einführung der DRG's gar die adäquate Versorgung insbesondere schwerstverletzter Unfallopfer. „Insbesondere bei Querschnittgelähmten, Schwerbrandverletzten, bei Schädel-Hirn-Verletzten und bei polytraumatisierten Patienten befürchten wir eine schlechtere Behandlung, wenn die klinische Versorgung dieser Patienten nach den neuen Fallpauschalen abgerechnet werden muss“, betont Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG). „Sehr schwere Fälle sind im DRG-System einfach nicht darstellbar.“ Alle Länder, die derartige Abrechnungssysteme eingeführt haben, hätten besonders schwere Fallgruppen aus der pauschalisierten Abrechnung heraus gelassen. „Deutschland ist das erste Land, das mit diesem Konzept alles erschlagen will. Das ist völlig unmöglich - und für einige Patienten sogar lebensgefährlich.“

Bei den geringen Fallzahlen dieser sehr schwer verletzten Unfallopfer sei ein mathematisch errechneter Mittelwert der Behandlungskosten keine geeignete Grundlage für die Abrechnung. Die Behandlung eines Schwerbrandverletzten



(Fortsetzung von S. 4)

oder Querschnittgelähmten könne 100.000 Euro kosten, sie könne aber auch leicht bis zu einer Million Euro und mehr verschlingen, erläutert Breuer. Wenn dann die Abrechnung allein nach einem errechneten Durchschnittswert erfolge, könne ein sehr schwerer Fall eine Klinik in wirtschaftliche Schwierigkeiten bringen. Die Folge: Die Kliniken müssten aus rein ökonomischen Gründen die Behandlung sehr schwer verletzter Patienten möglichst vermeiden, zumindest aber wo immer möglich abkürzen mit dem Ergebnis, dass die Patienten nicht optimal versorgt werden könnten.

**TK erwartet Kostensteigerungen durch DRGs**  
 . Durch die Einführung der Fallpauschalen bei bestimmten Operationen in Krankenhäusern wird ein Teil der Eingriffe ab 2003 erheblich teurer. Auf Grund des neuen Systems erhielten die Krankenhäuser mehr Geld für Eingriffe, die auch sonst problemlos ambulant hätten gemacht werden können, kritisiert die Techniker Krankenkasse (TK) Niedersachsen.

Den TK-Informationen zufolge hat die Entfernung der Mandeln bislang 505 Euro gekostet, mit den Fallpauschalen müssten die Kassen künftig 1.242 Euro zahlen. Ambulant erledigt würde die Mandelentfernung nur 340 Euro kosten. Ähnlich sei es mit Kniespiegelungen, die bislang durchschnittlich 1.178 Euro gekostet hätten. Künftig müssten aber den Krankenhäusern 1.000 Euro mehr gezahlt werden. Auch die Entfernung eines Weisheitszahns werde mit 1.385 Euro statt 633 Euro in Zukunft mehr als doppelt so teuer. Insgesamt würden rund 30 Operationen durch die Fallpauschalen teurer.

#### **Psychiatrische Leistungen ausgenommen**

In psychiatrischen Einrichtungen erbrachte Leistungen werden vorerst nicht in das DRG-Fallpauschalensystem einbezogen. Hintergrund ist das Vorliegen starker Verweildauerschwankungen bei gleichen Diagnosen. Mit dem Fallpauschalengesetz wurden zudem Einrichtungen der Psychosomatik und der Psychotherapeutischen Medizin von der DRG-Einführung ausgenommen, um der Gefahr medizinisch nicht begründeter Verlegungen an den Schnittstellen von Psychosomatik und Psychotherapie einerseits zur Psychiatrie andererseits vorzubeugen.

#### **Qualität durch Qualitätsberichte ?**

. Mit den Fallpauschalen wird eine Intensivierung der Qualitätssicherung gestartet. Alle Krankenhäuser sind zukünftig verpflichtet, Qualitätsberichte zu veröffentlichen, die auch den Patientinnen und Patienten zugänglich sein müssen. Damit soll erreicht werden, dass Patienten einen besseren Einblick in die Leistungsfähigkeit der einzelnen Krankenhäuser erhalten. Die ersten Berichte werden erstmals im Jahr 2005 für das zurückliegende Jahr (2004) erscheinen.

Ob durch die verpflichtenden Qualitätsberichte eine Transparenz über die Leistungen der Krankenhäuser für die Auftraggeber und die Versicherten, aber auch für weiterbehandelnde Ärzte erreicht werden kann, muss abgewartet werden. Das Ziel, mehr Überprüfbarkeit, mehr Qualitätswettbewerb und rationale Auswahl nach Leistung zu erreichen, ist allemal richtig und unterstüt



🕒 BIBB-Studie zur Berufsausbildung Jugendlicher vorgelegt  
**Betriebsnahe Ausbildungsförderung verbessert Chancen auf dem Arbeitsmarkt**

Absolventinnen und Absolventen einer betriebsnahen Ausbildung haben unmittelbar nach Ausbildungsabschluss bessere Arbeitsmarktchancen als Jugendliche, die in einer rein außerbetrieblichen Fördermaßnahme ihre Berufsausbildung absolvieren. Durch längere Praktikumsphasen in einem Betrieb die außerbetriebliche Berufsausbildung betriebs- und wirtschaftsnäher zu gestalten und die Vermittlung so qualifizierter junger Menschen nach Abschluss ihrer Ausbildung zu verbessern. Gute Prüfungsleistungen der praxisnah Geförderten, die mit denen der betrieblich Ausgebildeten vergleichbar, z.T. sogar besser sind, sind ein weiterer Pluspunkt für das veränderte Förderkonzept. Dennoch können betriebsnah Qualifizierte mit betrieblichen Lehrlingen nicht konkurrieren: Nach der Ausbildung stehen sie erst auf Platz zwei in der Warteschlange um einen Arbeitsplatz.

Weil außerbetriebliche Ausbildung als praxisfern, wenig bedarfsgerecht und nicht zuletzt auch als teure Form der staatlichen Ausbildungsförderung gilt, wurde für die nicht vermittelten Lehrstellenbewerber/-innen in Ostdeutschland 1996 die Bund-Länder-Förderung verändert. Die außerbetriebliche Ausbildung sollte künftig zu einem großen Teil in Praktikumsbetrieben durchgeführt werden. Für die landespezifische Ausgestaltung dieser neuen Bund-Länder-Förderung sind seit dem die Länder selbst verantwortlich. Auf der Grundlage dieser veränderten Förderkonzeption wurden zum Stichtag 31.12.2001 in Ostdeutschland insgesamt 36.431 Jugendliche betriebsnah ausgebildet. Da die Bundesregierung eine Fortsetzung dieser Ausbildungsplatzprogramme Ost bis zum Jahr 2004 plant, hat das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung die Wirksamkeit dieser betriebsnahen Förderung untersucht.

Die BIBB-Studie kommt zu dem Ergebnis, dass längere betriebliche Praktikumsphasen im betriebsnahen Förderangebot der Bund-Länder-Programme das Vertrauen der Betriebe in die Berufskompetenz der so ausgebildeten Fachkräfte gestärkt haben. Gleichzeitig konnte der Bund, der mit rd. 6.770 € die Hälfte des Fördersatzes pro Förderfall trägt, seine Ist-Ausgaben pro Ausbildungsplatz nahezu halbieren.

Die jetzt vom BIBB veröffentlichten Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Evaluierungsstudie geben wichtige Orientierungen für die Feinabstimmung der geplanten Bund-Länder-Ausbildungsplatzprogramme Ost bis zum Jahr 2004.

Quelle: Rundbrief Ausbildung Nr. 10 vom 4. Dezember 2002, Presse- und Informationsamt der Bundesregierung



## 🌀 Mit dem „Job-Floater“ in die Selbständigkeit

Großes Interesse an Kreditprogramm „Kapital für Arbeit“

***Unternehmen, die bereit sind, dauerhaft und sozialversicherungspflichtig Arbeitslose oder geringfügig Beschäftigte einzustellen, können seit dem 1. November 2002 mit finanzieller Unterstützung durch das neue Programm „Kapital für Arbeit“ rechnen. Mit diesem Programm wurde das erste Reformprojekt aus dem Hartz-Konzept „Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ umgesetzt.***

Das von der Bundesregierung und der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) vereinbarte Programm greift die von der Hartz-Kommission eingebrachte Idee des „Job-Floaters“ auf: Unternehmen, die bereit sind, Arbeitslose, von Arbeitslosigkeit Bedrohte oder geringfügig Beschäftigte dauerhaft sozialversicherungspflichtig zu beschäftigen und die dafür einen Finanzierungsbedarf haben, können einen Kredit erhalten. Einzige Voraussetzungen: Kreditwürdigkeit und positive Zukunftsaussichten des Unternehmens.

Bundeswirtschaftsminister Clement betonte bei der Präsentation des Programms am 31. Oktober: „Mit dem Programm „Kapital für Arbeit“ schaffen wir einen spürbaren Anreiz für Unternehmen, Arbeitslose oder von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen einzustellen, und antworten zugleich auf den Ruf der Wirtschaft, namentlich der kleinen und mittelständischen Unternehmen, nach verbesserten Finanzierungsmöglichkeiten, insbesondere nach einer Stärkung der Eigenkapitalbasis.“

„Das Interesse an dem Programm ist sehr groß“, teilte eine Sprecherin der KfW gegenüber E.BALANCE mit. Seit Start des Programms gingen beim Informationszentrum der KfW bereits 7.000 Anfragen von Unternehmen zu dem Programm ein.

### Ziel des Programms

„Kapital für Arbeit“ ist ein Angebot an kleine und mittelständische Unternehmen in Deutschland. Ziel des Programms ist es, so viele Arbeitslose wie möglich in neue Beschäftigungsverhältnisse zu bringen. Stellt ein Unternehmen eine Arbeitslose oder einen Arbeitslosen dauerhaft ein, erhält es die Option auf ein Finanzierungspaket von bis zu 100.000 Euro für jede Neueinstellung. Der Arbeitslose wird gewissermaßen mit „Job-Kapital“ ausgestattet. Dies kommt gerade den Interessen von kleinen und mittelständischen Unternehmen entgegen, die häufig Schwierigkeiten bei der Investitionsfinanzierung haben, weil die Banken bei der Kreditvergabe zurückhaltender geworden sind. Für die Betriebe entsteht damit ein Anreiz, Arbeitslose einzustellen.

### Zwei Programm-Komponenten

Das Konzept „Kapital für Arbeit“ beruht folglich auf zwei Komponenten:

- finanziellen Anreize zur Einstellung Arbeitsloser,

(Fortsetzung S. 8)



(Fortsetzung von S. 7)

- Verbesserung der Ausstattung der Unternehmen mit eigenkapitalnahem Kapital sowie erleichtertem Zugang der Unternehmen zu Fremdkapital zur Finanzierung von Investitionen.

„Kapital für Arbeit“ verknüpft damit eine aktive Mittelstandspolitik mit gezielter Beschäftigungspolitik für Arbeitslose

#### Finanzierungspaket aus Fremd- und Eigenkapital

Das Unternehmen erhält über seine Hausbank nach positiver Bonitätsprüfung ein Darlehen, das aus zwei Tranchen besteht:

- einem KfW-Förderkredit von bis zu 50.000 Euro (Fremdkapitalkomponente), für den bis zu zwei tilgungsfreie Anlaufjahre vereinbart werden können, und
- einem weiteren Darlehen der KfW von bis zu 50.000 Euro, für das die Hausbank vollständig von der Haftung freigestellt wird (eigenkapitalnahe Komponente).

Damit erhält das Unternehmen eigenkapitalähnliche Mittel, verbessert seine Finanzierungsstruktur und kann seinen Spielraum für weitere Fremdfinanzierungen erweitern. Für den Mittelstand ist diese Eigenkapitalkomponente von besonderer wirtschaftlicher Bedeutung, denn sie verbessert die Bonität der Unternehmen. Dies gilt besonders für den Mittelstand in Ostdeutschland, der nach wie vor unter seiner schmalen Eigenkapitalausstattung leidet. Hier erwartet die Bundesregierung besondere Investitions- und Beschäftigungsimpulse durch „Kapital für Arbeit“.

#### Lange Laufzeit und günstige Zinskonditionen

Die Laufzeit der Förderdarlehen beträgt bis zu zehn Jahre. Die Zinskonditionen für beide Kredittranchen werden sich wie bei Förderkrediten üblich am unteren Rande des Marktniveaus bewegen. Die Mittel werden zum Ende der Laufzeit in vier gleich hohen halbjährlichen Raten getilgt. KfW-Vorstandssprecher Reich äußerte, er rechne derzeit nach einer Anlaufphase mit einem jährlichen Fördergesamt volumen von rund fünf Milliarden Euro und mehr. Es könnten bis zu 50.000 Arbeitsplätzen durch das Programm erwartet werden.

Ansprechpartner für interessierte Unternehmen oder Existenzgründer ist deren Hausbank. „Kapital für Arbeit“ ist am 1. November mit der Information aller Banken und Sparkassen über die Programmdetails gestartet. Kleine und mittelständische Unternehmen sowie Freiberufler können Anträge bei ihrer Hausbank stellen. Antworten auf alle Fragen zum Programm „Kapital für Arbeit“ gibt die KfW.

Quelle: BMWA-Presseinformation vom 15.11.02



 Asbest

## Berufsgenossenschaften befürchten bis zu 20 000 Todesfälle bis zum Jahr 2020

*(bgi) - Das ganze Ausmaß der Asbestkatastrophe in Deutschland wird immer deutlicher sichtbar - sowohl in humanitärer als auch in wirtschaftlicher Hinsicht. 931 Todesfälle in Folge Asbest verursachter Berufskrankheiten verzeichneten die Berufsgenossenschaften allein im Jahre 2001, seit 1980 waren es insgesamt schon über 11 000.*

Die Aufwendungen für alle Asbest verursachten Berufskrankheiten, für die medizinische Versorgung und die finanzielle Entschädigung der Betroffenen und Hinterbliebenen lagen 2001 bei 290 Millionen Euro. Und die Prognosen sind nicht günstig: „Wir erwarten das Maximum der Fallzahlen erst zwischen 2005 und 2015“, erklärt Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG). „Davon abhängig liegen die Gesamtaufwendungen der Berufsgenossenschaften wahrscheinlich deutlich über zehn Milliarden Euro.“ Bis 2020 befürchtet Breuer bis zu 20.000 Todesfälle durch Asbest in Deutschland. Diese Prognosen basieren auf den Daten für den Asbestverbrauch in Deutschland, der in den 70er Jahren seinen höchsten Stand erreichte. Schon in den 50er Jahren wurden die ersten Schutzvorschriften der Berufsgenossenschaften wirksam, seit 1993 ist die Verwendung von Asbest in Deutschland völlig verboten.

Während in den USA, Großbritannien und anderen Industriestaaten derzeit Unternehmen und Versicherer durch die Asbestproblematik akut in ihrer Existenz bedroht sind, können die Berufsgenossenschaften in Deutschland die hohe wirtschaftliche Belastung durch Asbest auf alle Unternehmen der betroffenen Branchen verteilen. Die Entschädigung wird in Deutschland auch nicht als hohe Einmalzahlung geleistet, sondern vielmehr als laufende Rentenzahlung. Dadurch verteilt sich die Belastung auf viele Jahre.

Für die Betroffenen sei das deutsche System der Entschädigung günstiger als zum Beispiel in den USA, betont Breuer, weil sie ihr Recht nicht individuell mit großem Prozessrisiko einklagen müssten. „Wir geben uns große Mühe, die früher durch Asbest gefährdeten Arbeitnehmer zu ermitteln.“ Die eigens eingerichtete Zentralstelle zur Betreuung Asbeststaub gefährdeter Arbeitnehmer (ZAs) organisiert für die Betroffenen regelmäßige arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, damit auftretende Erkrankungen möglichst frühzeitig erkannt, behandelt und entschädigt werden. Darüber hinaus seien die Berufsgenossenschaften auf die Unterstützung der behandelnden Ärzte angewiesen: Sie müssten den Verdacht einer asbestverursachten Erkrankung melden, dann erst könne die Berufsgenossenschaft einen Anspruch prüfen.

„In Deutschland werden alle Asbestopfer, deren Schädigung als Folge der beruflichen Belastung nachgewiesen ist, gerecht entschädigt, ohne dass den betroffenen Unternehmen die Pleite droht“, erklärt Breuer. Dies sei ein großer Erfolg der öffentlich-rechtlichen, durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer selbstverwalteten Berufsgenossenschaften. Privatversicherer seien dazu nicht in der



(Fortsetzung von S. 9)

Lage, wie Erfahrungen aus dem Ausland belegten. Breuer: „Am Beispiel Asbest zeigt sich, dass die Berufsgenossenschaften ein positiver Standortfaktor für Deutschland sind.“

Quelle: HVBG-Newsletter, Ausgabe 17.12.2002

 Aktuelle Gerichtsentscheidung

### **Schleudertrauma auch bei sehr geringen Aufprallgeschwindigkeiten möglich**

Schon eine Aufprallgeschwindigkeit von unter zehn Kilometern pro Stunde kann ausreichen, um ein Schleudertrauma zu verursachen. Das hat jetzt das Landgericht Augsburg festgestellt. Die 4. Zivilkammer widersprach damit der Auffassung, nach der solche Halswirbel-Verletzungen bei Geschwindigkeiten unterhalb 13 bis 15 km/h „mit Sicherheit“ auszuschließen seien. Schon im Februar 2000 hatten Augsburger Richter dem „von Teilen der Rechtsmedizin aufgestellten Dogma“, widersprochen, dass es bei Auffahrunfällen mit geringer Geschwindigkeit nicht zu Schleudertraumata und ähnlichen Verletzungen kommen könne.

Allerdings, darauf legten die Richter schon damals Wert, müsse in jedem Einzelfall mit Hilfe von Ärzten und Sachverständigen geprüft werden, ob die Verletzung „glaubhaft und nachvollziehbar“ sei. Genau so war es jetzt auch in einem Streitfall, den die 4. Zivilkammer in der Berufung zu entscheiden hatte. Anlass war ein Unfall, bei dem eine Frau mit ihrem Wagen auf das an einer Ampel stehende Auto einer Fahrschule aufgefahren war. Der Fahrlehrer ging anschließend zum Arzt, der ihm eine Hals- und Lendenwirbelsäulenverletzung bescheinigte und den Mann drei Wochen lang arbeitsunfähig schrieb.

Der Fahrschulinhaber verklagte die Unfallverursacherin daraufhin auf Ersatz seiner Lohnfortzahlungskosten - und unterlag in erster Instanz. Das Amtsgericht wies die Klage ab, wobei es sich auf das Gutachten eines Sachverständigen berief. Der hatte erklärt, der Aufprall sei derart schwach gewesen, dass der Fahrlehrer allenfalls Bagatelverletzungen erlitten haben könnte.

Das Landgericht hob dieses Urteil aber in der Berufung auf und folgte damit der ständigen Rechtsprechung der Augsburger Berufungskammern. Zwar gebe es eine gewisse Grenze von zehn Kilometern pro Stunde, unterhalb der es in Regelfällen nicht zu Verletzungen komme. „Im Einzelfall kann es aber auch bei deutlich geringeren Geschwindigkeitsänderungen zu Halswirbelverletzungen kommen“. Die allerdings müssten dann vom Opfer nachgewiesen werden. Die Unfallverursacherin wurde verurteilt, dem Fahrschulenbesitzer die Lohnfortzahlung zu ersetzen.

Quelle: recht und billig - BDF/BSZ-NEWSLETTER vom 08.12.2002

InReha-newsletter

Der kostenlose Informationsdienst mit aktuellen News zur beruflichen und psychosozialen Reintegration von Unfallgeschädigten und Langzeiterkrankten

Telefon: 040 / 72 00 40 8-0

Telefax: 040 / 72 00 40 8-8

E-Mail: [mailto:info@inreha.net](mailto:mailto:info@inreha.net)

Internet: <http://www.inreha.net/>

Kompetenznetzwerk für Reintegration

Havighorster Weg 8a

21031 Hamburg

Verantwortlich: Hendrik Persson



## 🕒 Morbus Alzheimer kostet nicht zwingend den Führerschein Trotz psychischer Erkrankung ans Steuer ?

*Psychische Erkrankungen und/oder die zu deren Behandlung eingesetzten Medikamente können das Leistungs- und Reaktionsvermögen und damit die Fahrtauglichkeit erheblich herabsetzen. Ob bei einem Patienten die Fahrtüchtigkeit nach Einnahme von Psychopharmaka, Tranquilizern, Hypnotika oder Antihistaminika eingeschränkt ist, hat der behandelnde Arzt anhand des klinischen Bildes und gegebenenfalls objektiver Leistungstests individuell zu entscheiden. Die „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“\* liefern nun erstmals Hinweise, wann die Patienten nicht ans Steuer dürfen.*

Da Art, Ausprägung und Verlauf psychischer Erkrankungen stark variieren, lässt sich das Fahrvermögen des Betroffenen immer nur von Fall zu Fall beurteilen. Während jedoch für LKW- und Busfahrer strengere Maßstäbe gelten, sind die Leitlinien für Autofahrer kulanter.

Alzheimer-Demenz führt ebenso wenig automatisch zum Führerscheinentzug wie im Alter nachlassende Leistungs- und Reaktionsfähigkeit, die sich (teilweise) durch Erfahrung ausgleichen lässt. Die Fahrerlaubnis erlischt erst, wenn man dem Betroffenen ausgeprägte Leistungsdefizite und/oder eine schwere Persönlichkeitsveränderung nachweisen kann.

Menschen, die an akuten Verwirrtheits- und Dämmerzuständen, einem amnestischen Syndrom oder einer organischen Psychose leiden, dürfen grundsätzlich nicht ans Steuer. Erst wenn die Symptome abgeklungen sind, kann die Fahrerlaubnis nach entsprechender Nachuntersuchung wieder erteilt werden. Auch Patienten mit affektiver Psychose, schwerer Depression oder Manie sind grundsätzlich nicht fahrtauglich. Das Fahrverbot kann aber aufgehoben werden, wenn die akute Krankheitsphase überwunden ist und der Patient unter regelmäßiger Medikation und psychiatrischer Betreuung steht. Von den schizophrenen Psychotikern sind nur jene fahrtauglich, die nicht (mehr) unter Wahnvorstellungen leiden und ständig fachärztlich betreut werden. Für LKW- und Busfahrer bedeutet Schizophrenie allerdings grundsätzlich das Aus.

Wer sich wiederholt alkoholisiert ans Steuer gesetzt hat und dabei ertappt wurde, erhält den Führerschein erst zurück, wenn er sein Trinkverhalten ausreichend geändert und dies mindestens sechs bis zwölf Monate lang nachgewiesen hat. Alkohol- oder Drogenabhängige können ihre Fahrerlaubnis erst nach erfolgreicher Entwöhnung und nachweislich einjähriger Abstinenz zurück bekommen. Wer nur gelegentlich kiffte, gilt allerdings als fahrtauglich, sofern er Konsum und Fahren zeitlich trennen kann.

Quelle: *Nervenarzt* 3 (2002) 231–238

*\*herausgegeben vom Gemeinsamen Beirat für Verkehrsmedizin bei den Bundesministerien für Verkehr sowie Gesundheit*

## InReha-newsletter

Der kostenlose Informationsdienst mit aktuellen News zur beruflichen und psychosozialen Reintegration von Unfallgeschädigten und Langzeiterkrankten

Telefon: 040 / 72 00 40 8-0

Telefax: 040 / 72 00 40 8-8

E-Mail: <mailto:info@inreha.net>

Internet: <http://www.inreha.net/>

Kompetenznetzwerk für Reintegration

Havighorster Weg 8a  
21031 Hamburg

Verantwortlich: Hendrik Persson

InReha



🕒 IAB-Werkstattbericht Nr. 15/2002

### Steigerung von Effizienz und Reputation in der Arbeitsvermittlung

Die im Februar 2002 bekannt gewordene Manipulation von Vermittlungsstatistiken erschütterte das Vertrauen in die Effizienz der Vermittlungstätigkeit der Bundesanstalt für Arbeit nachhaltig. Seitdem sind erste Schritte unternommen bzw. eingeleitet worden, dieses Vertrauen wieder herzustellen.

Der IAB-Werkstattbericht Nr. 15/2002 untersucht nun, welche weiterreichenden Massnahmen nötig sind, um die Effizienz und Reputation (öffentlichen und privaten) Arbeitsvermittlung zu steigern. Welche Organisationsstruktur ist am geeignetsten? Soll der Wettbewerb durch private Vermittler intensiviert werden, oder sollen innerhalb der öffentlichen Arbeitsverwaltung mehr privatwirtschaftliche Anreiz- und Managementstrukturen geschaffen werden?

Der Bericht analysiert diese Fragen zunächst aus theoretischer Sicht, resümiert dann die Erfahrungen mit Reformansätzen in anderen Ländern und erörtert abschließend die Lehren, die daraus für die Reform der Arbeitsvermittlung in Deutschland gezogen werden können.

Online-Bestellmöglichkeit und Volltext-Download dieses Berichts:

<http://www.iab.de/iab/publikationen/wb2002.htm>

🕒 InReha I: Neues Prospektmaterial zu bestellen  
**„Der unabhängige Reha-Dienst – überall vor Ort“**

(hp) Im neuem Prospektmaterial *verdeutlicht InReha seine besonderen Stärken als der unabhängige und neutrale Reha-Dienst, der bundesweit mit einem Kompetenznetzwerk vor Ort präsent ist.*

Das Integrative Fallmanagement wird durch InReha bundesweit als regional erbrachte Leistung angeboten. Das Motto „Der unabhängige Reha-Dienst – überall vor Ort“ zielt auch das in neuer Auflage erschienene Prospektmaterial, welches in der Hamburger Zentrale bestellt werden kann.

🕒 InReha II: Beirat bildet Beschwerdestelle  
**Optimierung des Angebots für Auftraggeber und Geschädigte**

(hp) Am 13. Dezember 2002 fand in Lübeck eine Sitzung des InReha-Beirats statt. Dem Beirat gehören Prof. Thomas Eissing, Lehrstuhlinhaber für Jura an der FH Görlitz, Gudrun Rischar, Mitbegründerin und ehem. Leiterin des Reha-Arbeitskreises der Kraftfahrt-Haftpflichtversicherer, und Dr. Angela Schürmann, leitende Chefarztin der psychiatrium-Kliniken in Neustadt und Heiligenhafen an. Der Beirat arbeitet an einer Optimierung des Angebots mit.

InReha-newsletter

Der kostenlose Informationsdienst mit aktuellen News

zur beruflichen und psychosozialen Reintegration von Unfallgeschädigten und Langzeiterkrankten

Telefon: 040 / 72 00 40 8-0

Telefax: 040 / 72 00 40 8-8

E-Mail: [mailto:info@inreha.net](mailto:mailto:info@inreha.net)

Internet: <http://www.inreha.net/>



(Fortsetzung von S. 12)

Dafür stehen ab sofort die Mitglieder des Beirats zur Verfügung.

Sollten durch InReha betreute Geschädigte oder beauftragende Versicherer Anlass zu kritischen Anmerkungen oder Beschwerden über die Arbeitsweise von InReha oder deren MitarbeiterInnen haben, so können sie diese direkt an den Beirat herantragen. Ansprechpartnerin ist Frau Rischar, Hermann-Jansen-Str. 11, 65189 Wiesbaden, Tel. 0611/7199999196.

Nähere Informationen unter: [info@inreha.net](mailto:info@inreha.net)

### InReha III: Eingliederung von Kindern, Jugendlichen u. Erwachsenen Einführung in das Integrative Fallmanagement am 25.01.03

(hp) Seit InReha im Frühjahr 2002 seinen Tätigkeitsschwerpunkt über die berufliche und psychosoziale Reintegration von Erwachsenen hinaus auf die medizinische, soziale und schulische Eingliederung von Kindern und Jugendlichen erweitert hat, wurde die Anzahl der MitarbeiterInnen mit besonderen Erfahrungen und Qualifikationen in diesem Bereich erheblich erweitert. InReha hilft den unfallverletzten Kindern und ihrem Umfeld, passende Angebote zu finden, bestehende Angebote zu nutzen, starre Angebote flexibler zu machen und zwischen allen Beteiligten die wichtigen Informationen fließen zu lassen.

Im Rahmen der für alle MitarbeiterInnen obligatorischen Schulungsveranstaltungen *Einführung in das Integrative Fallmanagement* werden auch Besonderheiten in der Betreuungsarbeit mit Kindern vermittelt. Am 25. Januar 2003 findet im Lehrgangsraum der InReha-Zweigstelle in Lübeck, Breite Strasse 11, ein weiteres Einführungsseminar für neue freie MitarbeiterInnen statt. Die Veranstaltung dauert von 11.00 bis 16.30 Uhr. Interessierte werden gebeten sich schriftlich per Brief, Fax oder E-Mail verbindlich anzumelden. Die Teilnahme ist kostenlos.

Nähere Informationen unter: [info@inreha.net](mailto:info@inreha.net)

\* DER NÄCHSTE INREHA-NEWSLETTER ERSCHEINT IM MÄRZ 2003  
\*

-----  
**Abbestellung:** Wenn Sie diesen newsletter nicht mehr erhalten möchten, tragen Sie bitte in die Betreffzeile nur ein: „stop newsletter“ und senden die leere E-Mail an: <mailto:info@inreha.net>

**Neuanmeldung:** Sind Sie noch nicht in die Bezieherliste des newsletters eingetragen und möchten Sie sich eintragen oder Mitarbeiter oder Kollegen anmelden, dann tragen Sie bitte in die Betreffzeile nur ein: „abo newsletter“ und senden die leere E-Mail oder E-Mail mit Angaben zum Empfänger an: <mailto:info@inreha.net>

**Beiträge, Rückmeldung, Anregungen, Interessen:** Wir freuen uns über Ihrer Beitrag oder Ihre Anregungen. Oder teilen Sie uns einfach mit, was Sie in der nächsten Ausgabe des InReha-newsletter gern lesen möchten.  
E-Mail an: <mailto:info@inreha.net>

**Copyright:** Für die öffentliche Verwendung der im newsletter veröffentlichten Artikel bedarf

InReha-newsletter

Der kostenlose Informationsdienst mit aktuellen News

zur beruflichen und psychosozialen Reintegration von Unfallgeschädigten und Langzeiterkrankten

Telefon: 040 / 72 00 40 8-0

Telefax: 040 / 72 00 40 8-8

E-Mail: <mailto:info@inreha.net>

Internet: <http://www.inreha.net/>