



WOLFGANG HIEN · HUBERTUS VON SCHWARZKOPF · ALBERT NIENHAUS

# Corona-Gefährdung im Erleben von Pflegekräften – eine explorative Studie<sup>1,2</sup> (Teil 2 von 2)

Ausgangspunkt der vorliegenden Studie war die Fragestellung, wie Pflegekräfte<sup>3</sup> in ihrem professionellen Alltag die Corona-Krise erleben und welche Einflüsse sie belasten und ihre Gesundheit gefährden. Da auch neue Konstellationen erkundet werden sollten, empfahl sich der qualitative Ansatz der Grounded Theory. Im Zuge eines theoretischen Samplings ergaben sich 26 Interviews mit Pflegekräften aus Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen, die zwischen Mai und Juli 2020 durchgeführt wurden. Teil 1 des Beitrags (sis 3-2021, S. 133 ff.) stellte, ausgehend von einer Einleitung und methodischen Hinweisen, die Ergebnisse der Studie in Bezug auf organisationale und strukturelle Voraussetzungen der Krisenbewältigung sowie den Verlauf der Krisenbewältigung und die Rolle des Gesundheitsamtes dar. In folgendem Teil 2 des Beitrags wird auf die Studienergebnisse in Bezug auf die körperliche und psychosoziale Situation der Pflegekräfte während der Krise eingegangen. Es folgen Diskussion und Fazit.

<sup>1</sup> Das Forschungsprojekt wurde gefördert von der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Fördernummer: ext FF\_1475.

<sup>2</sup> Wir danken Viola Funk-Soykan, B. Sc., Gudrun Funk, Dipl.-Päd., Edith Werdemann, exam. Krankenschwester, und Prof. Dr. Ernst von Kardorff, Dipl.-Psych. et Dipl.-Soz., für hilfreiche Korrekturen und Anregungen. Unser besonderer Dank gilt allen Interviewpartnern, die bereitwillig und umfassend an diesem Projekt mitgewirkt haben.

<sup>3</sup> Der von in der Studie verwendete Begriff „Pflegekräfte“ umfasst examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, examinierte Altenpfleger/-innen und Pflegehilfskräfte bzw. Pflegeassistent/-innen.

### Körperliche und psychosoziale Situation der Pflegekräfte während der Krise

Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen sind in deutlich erhöhtem Maße gegenüber SARS-CoV-2 exponiert und tragen ein signifikant erhöhtes Erkrankungsrisiko. In besonders hohem Maße – hinsichtlich Schwere und Letalität von Covid-19-Erkrankungen – sind Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen betroffen (Möhner/Wolik 2020; RKI 2020b, 2020c). Das war und ist vielen Pflegekräften sehr bewusst. Diese Gefährdung hat die Mitarbeiter/-innen im Gesundheits- und Sozialwesen in den ersten Wochen des Covid-19-Ausbruchs sehr verunsichert. Für die hiesige Situation lässt sich sagen: Es fehlte an klaren Informationen seitens der Behörden, und viele Informationen und Anweisungen waren widersprüchlich. Das führte bei manchen Mitarbeiter/-innen zu Angst- und Panikzuständen, die aber von den Leitungen – bis auf wenige Ausnahmen – sukzessive aufgelöst werden konnten. Was sich freilich zum Schlechteren entwickelt hat, war die aufgrund der Maskenpflicht steigende körperliche Belastung. Insbesondere die Anweisung in manchen Kliniken, FFP2-Masken mit einem zusätzlichen OP-Mundschutz zu verstärken, führte zu nennenswert erhöhtem Atemwiderstand und einer entsprechend höheren Herz-Kreislauf-Belastung (Fikenzer et al. 2020). Entsprechende Belastungserfahrungen wurden von allen befragten Krankenpfleger/-innen berichtet.

Zu bedenken ist schließlich der insgesamt veränderte Kontext: Räumliche Veränderungen bewirkten, dass sich die zurückzulegenden Wege während der Arbeit deutlich verlängerten, und Verlegungen von Stationen und Arbeitsbereichen erhöhten die Zahl der Bettentransporte oder Begleitungen von Bewohner/-innen oder Angehörigen erheblich (so beispielsweise Frau A., Herr C., Frau F., Frau R., Frau X.). Die Personalnot, die auf manchen Stationen über das übliche Maß hinausging, hatte zur Folge, dass für viele Arbeitsgänge wie z. B. Mobilisierungen, keine zweite Kraft zur Verfügung stand, d. h. in solchen Situationen war die allein arbeitende Pflegekraft extremen Anstrengungen und Belastungen ausgesetzt.

Dass eine Infektion durch SARS-CoV-2 zu schweren Erkrankungen führen kann, haben Pflegekräfte am eigenen Leib erfahren müssen. Im Sample selbst waren es zwei Personen, die eine durchaus mittelschwere Erkrankung durchgemacht haben. Die folgende Passage aus dem Interview mit einer Intensivpflegerin gibt einen Eindruck:

*„Ich habe mich bei der Reanimation eines Kranken angesteckt. Und das hat mich umgehauen. Das war dann schon heftig. Ich bin jung, treibe Sport, bin kerngesund, und dann das: 41 Grad Fieber, kei-*

*ne Luft, Treppensteigen ging kaum, zwei Wochen echt flach gelegen, das ist schon irritierend. Wie kann das sein? ... Und von den Kollegen war ich dann doch sehr enttäuscht. Die gaben mir dann die Schuld, dass sie jetzt die blöden Masken tragen müssen. Das war alles schon 'ne seltsame Erfahrung“ (Frau U.).*

Trotz der einschneidenden Erfahrung bezeugt diese Passage, dass die Protagonistin die Situation keinesfalls dramatisiert. Deutlich werden gleichwohl die allgemeine Unsicherheit und das allgemeine Unwissen über Infektionswege, Infektionsstärke, Erkrankungsschwere und Erkrankungsformen bezüglich dieses neuartigen Virus.

Die psychosozialen Belastungen, welche die Corona-Krise den Beschäftigten auferlegte, waren enorm, insbesondere, wenn Conora-Fälle auftraten, wie folgende Schilderung einer Altenpflegerin aufzeigt:

*„Ich hab mich freiwillig für ein Team gemeldet, das bereitsteht, wenn ein Fall auftritt. Und der trat dann auch ein. Die Türen wurden zugemacht. Wir haben drei Tage Früh-, Spät- und Nachtschicht geschoben, mit diesem Personal. Wir kamen nicht raus, Feldbetten, bis das Gesundheitsamt uns freigab. ... Wir wussten nicht, was wird das alles? Wir haben zusammen geweint, aber das hat auch das Team zusammengeschweißt. Wir haben dann sechs Tage freibekommen, ... bin aber schon bald wieder zur Arbeit, weil die Bewohner und meine Kollegen, die brauchten mich ja. Meine Familie, unser Dorf, alle haben uns unterstützt, haben uns was zu essen gebracht“ (Frau I.).*

Diese berührende Schilderung mag durch die sehr emotionale Arbeitsorientierung der Protagonistin gefärbt sein, doch sie offenbart eine beeindruckende solidarische Orientierung, sowohl im Arbeitsteam, als auch im umliegenden sozialen Feld der Familie und der Gemeinde. Dies bedeutet aber zugleich, als Mitglied dieser Gemeinschaft viel geben zu müssen und in Krisensituationen auch Opferbereitschaft zu zeigen. Die Paradoxie dieser Situation liegt darin, dass mit einer solchen Orientierung auch das berufliche und berufspolitische Selbstbewusstsein konterkariert wird. Gleichwohl waren, insbesondere beim Krankenhauspersonal, auch andere Haltungen zu sehen, die zumindest die Notwendigkeit eines professionellen Selbstbewusstseins erkennen ließen.

Pflegedienst- und Stationsleitungen waren in einer besonderen Weise gefordert (vgl. Howler et al. 2020). Für die Leitungskräfte bestand die Aufgabe, den Betrieb am Laufen zu halten, ständig über Änderungen zu informieren und Widersprüchlichkeiten zu klären. Viele hielten

### DIE AUTOREN



**Dr. rer. pol. Wolfgang Hien**  
Arbeits- und Gesundheitswissenschaftler, Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie, Am Speicher XI 9, 29217 Bremen  
(kontakt@wolfgang-hien.de)



**Dr. Hubertus von Schwarzkopf**, Facharzt für Arbeitsmedizin. Drei Jahre als Entwicklungshelfer tätig. Von 1985–1995 Leiter der AIDS-Beratungsstelle am Gesundheitsamt Bremen. 1995–2015 leitender Betriebsarzt der Gesundheit Nord Kliniken Bremen. Seit 2008 Mitglied im Ausschuss für Arbeitsmedizin des BMAS.



**Prof. Dr. Albert Nienhaus**, Arbeitsmediziner und Epidemiologe. Er leitet das Kompetenzzentrum für Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare) am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) sowie die Abteilung Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften (AGG) bei der BGW.

auch regelmäßigen Kontakt zu Kollegen und Kolleginnen in Quarantäne. Von den verantwortlichen Vorgesetzten wurde ein Höchstmaß an Variabilität und Flexibilität gefordert, um dem Schutz von Patient/-innen und Beschäftigten ausreichend Rechnung zu tragen – und dies bei unsicherer Faktenlage. Stationsleitungen hatten Arbeitszeiten bis zu 12 Stunden am Tag und mussten, wie durchgängig alle Leitungspersonen berichteten, in ihrer knappen freien Zeit noch die andauernd neuen Verordnungen und Vorschriften studieren und für ihre Verhältnisse vor Ort in umsetzungsfähige Anweisungen transformieren.

## Die Zahl von 58 tödlich verlaufenen Covid-19-Fällen schon Mitte Mai unter Pflegekräften zeigt das Ausmaß der Gefährdung sehr drastisch

Auch in Pflegeheimen standen Leitungen immer wieder vor ganz besonderen Herausforderungen. Gravierend waren die Besuchsrestriktionen. Viele alte und demente Menschen verstanden nicht, warum sie isoliert wurden. In vielen Fällen verschlechterte sich ihr körperlicher und mentaler Zustand. Die Leitungen standen in diesem paradoxalen Widerspruch zwischen einerseits dem Versuch, die Alten und Kranken vor der realen Gefährdung zu schützen, und andererseits ihnen aber nicht den lebensnotwendigen Zuspruch zu nehmen.

### Diskussion und Fazit

Die Corona-Gefährdung traf die Mitarbeiter/-innen im Gesundheits- und Sozialwesen in den ersten Wochen des Covid-19-Ausbruchs sehr unvorbereitet – weltweit wie auch in Deutschland. Mitte Mai waren mehr als 800 Pflegekräfte schwer erkrankt, 58 von ihnen so schwer, dass sie daran verstarben (RKI 2020b). Besonders betroffen war die Altenpflege. Diese Zahl an beruflich bedingten und tödlich verlaufenen Infektionskrankheiten ist, gemessen an sonstigen berufsbedingten Infektionskrankheiten, sehr hoch und zeigt das Ausmaß der gesundheitlichen Gefährdung sehr drastisch. Die Etablierung und Stabilisierung von Infektions- und Arbeitsschutzmaßnahmen sorgten dafür, dass diese Zahlen seither nicht wesentlich angestiegen sind (RKI 2020c). Doch die erste und durchaus dramatische Phase der Covid-19-Ausbrüche hat die Mitarbeiter/-innen im Gesundheits- und Sozialwesen sehr verunsichert. Ihre subjektive Situationsdeutung reichte von großer Besorgnis bis zu schweren Angststörungen. Studien aus China und allen Teilen der Welt thematisieren die physischen und psychischen Belastungen der Pflegekräfte wäh-

rend der Corona-Krise (Shaukat et al. 2020) und verweisen zugleich auf das erhöhte Risiko einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Aus Wuhan wird über ein signifikantes Ausmaß an Schlaflosigkeit, Angststörungen und depressiven Episoden berichtet (Lai et al. 2020); 16% der Schwestern und Pfleger, die in ihrer Arbeit Covid-19-Patient/-innen versorgten, leiden an einer PTBS (Wang et al. 2020). Carmassi et al. (2020) kommen in ihrer Meta-Analyse zu dem Schluss, dass soziale Unterstützung und eine strukturierte Arbeitsorganisation die Resilienz gegen PTBS stärkt. Eine erste deutsche Veröffentlichung, die auf einer Online-Befragung von 2000 Pflegefachpersonen fußt, kann über ähnliche Ergebnisse berichten (Rheindarf et al. 2020). Deutlich zugenommen haben Schlafstörungen, Unruhe, Grübeln, weniger Energie und Freude im Alltag und die Befürchtung, den Berufsalltag nicht mehr gut bewältigen zu können. Die Autorinnen ziehen aus ihrer Befragung den Schluss, dass für Pflegekräfte „die gute Versorgung und Berufsausübung von zentraler Bedeutung sind und eigene Empfindungen hierfür zurückgestellt werden“ (Ebenda, S. 53). Die Corona-Pandemie habe einmal mehr offenkundig gemacht, dass Politik, Gesellschaft und Organisationen herausgefordert sind, den Pflegeberuf erkennbar attraktiver zu gestalten und dem Pflegenotstand entgegen zu wirken. Eine besondere Problematik, die sich in der Krise exorbitant verstärkte, stellen widersprüchliche Arbeitsanforderungen dar. Die arbeitswissenschaftliche Forschung konnte zeigen, dass derartige Situationen zu besonders hohen psychischen Belastungen führen (Moldaschl 2010). Dass an widersprüchlichen Anforderungskonstellationen nicht nur betriebliche, sondern auch überbetriebliche Stellen beteiligt waren, mildert nicht den Umstand extremer Belastungen für die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen.

Aus der vorliegenden explorativen Untersuchung lässt sich eine beeindruckende Bereitschaft der Pflegekräfte herauslesen, in einer Krise wie der gegenwärtigen sich weit über das normale Maß hinaus zu engagieren. Ausschlaggebend für diese Bereitschaft ist das Gefühl, dass „alle an einem Strang“ ziehen. Dieses Engagement wird ausgebremst durch massive Belastungen, die aus überbetrieblichen und betrieblichen Einflussfaktoren resultieren. Diese Belastungen haben viele Facetten, die stark ineinandergreifen und zu einem systemischen Zusammenwirken amalgamieren. Es ist weniger die Angst vor dem Virus selbst als eher die Problematik der unzureichenden überbetrieblichen und betrieblichen Organisation, die zu teilweise exorbitanten Belastungen der Pflegenden geführt hat. Auf eine Pandemie war, trotz gewisser politischer Vorgaben einer Pandemievorsorge, das Gesundheits- und Sozialwesen

offensichtlich auf allen Ebenen nicht oder nur unzureichend vorbereitet. Die Corona-Krise schuf keine völlig neuen Belastungen und Gefährdungen, sondern verschärfte die schon bestehenden Belastungen und Gefährdungen. Die Krise deckte schnell die seit Jahren sich kumulierenden Versäumnisse auf. Folgende Einflussfaktoren lassen sich benennen:

- ▶ Belastend waren die vielfach als inkonsistent empfundenen Vorgaben und Anweisungen der Gesundheitsämter, welche über Krisenstäbe und Leitungen an die Beschäftigten weitergeleitet wurden.
- ▶ Belastend war für viele Pflegekräfte der Umstand, dass sie sich in den Krisenstäben nicht repräsentiert fühlten und mit wirklichkeitsfremden Anweisungen zurecht kommen mussten.
- ▶ Belastend waren, insbesondere für die Beschäftigten in Altenpflegeeinrichtungen, nicht nachvollziehbare Anordnungen, die zu einer faktischen Isolierung der Bewohner/-innen führten.
- ▶ Belastend waren die schon länger angehäuften Mängel hinsichtlich einer zureichenden Anerkennung und Gratifikation der Pflegearbeit seitens der Politik und seitens der Organisation.
- ▶ Belastend waren die räumlichen Verhältnisse, die Materialausstattung und die Personaldecke, oftmals Resultat langjähriger Einsparungs-, Rationalisierungs- und Restrukturierungsprozesse.
- ▶ Als problematisch erwiesen sich im Krankenhausbereich die mancherorts tradierten Hierarchien, insbesondere das tradierte Medizin-Pflege-Verhältnis und die fehlende Interdisziplinarität.
- ▶ Neben den organisationalen Problemen, die allen Pflegekräften zu schaffen machten, waren manche Pflegekräfte zusätzlich mit sozialen Diskriminierungserfahrungen konfrontiert.
- ▶ Die Erschwernisse bei der Wahrnehmung und Realisierung organisatorischer, technischer und persönlicher Schutzmaßnahmen erhöhten die körperlichen und psychomentalen Belastungen erheblich.
- ▶ Als positive Ressource wurde vielfach das unterstützende Team wahrgenommen, auch wenn zugleich immer wieder Beispiele unsolidarischen Verhaltens zu beklagen sind.
- ▶ Im überwiegenden Fall induzierte SARS-CoV-2 keine differenzierte Gefährdungsanalyse und -beurteilung; in Pflegeeinrichtungen fehlten Gefährdungsbeurteilungen grundsätzlich.
- ▶ Im überwiegenden Fall gab es keine problemadäquaten und strukturierten Unterweisungen durch Hygienefachkräfte, Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzt/-innen.

- ▶ Betriebsärzte und -ärztinnen (BÄ) wurden in Kliniken insofern wahrgenommen, als sie Abstriche machten und sich um Infizierte und Erkrankte kümmerten. Bemängelt wird dagegen ihre Abwesenheit vor Ort.
- ▶ In Pflegeeinrichtungen wird die Frage nach BÄ zumeist negativ beantwortet. Über ihre Rolle, ihre Aufgaben und die Möglichkeiten der Unterstützung ist nichts oder nur sehr wenig bekannt.
- ▶ Die Möglichkeit der arbeitsmedizinischen Wunschvorsorge, die gerade in Krisenzeiten genutzt werden könnte, war weder den Vorgesetzten, noch den Beschäftigten bekannt.
- ▶ Auch zuden überbetrieblichen Unterstützungsmöglichkeiten des zuständigen Unfallversicherungsträgers, der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege ist nichts oder nur wenig bekannt.

## Das Spannungsfeld zwischen Infektionsschutz und Arbeitsschutz muss mit klaren Aufgabenverteilungen definiert werden

Aus dem empirischen Material der Studie ergeben sich Forderungen an die politische, institutionelle und betriebliche Ebene. Das Spannungsfeld zwischen Infektionsschutz und Arbeitsschutz muss mit klaren Aufgabenverteilungen für betriebliche und überbetriebliche Akteure definiert werden. Die Arbeit von Hygienefachkräften, Fachkräften für Arbeitssicherheit und Betriebsärzten/-ärztinnen muss fachlich und organisatorisch miteinander verzahnt werden, ebenso wie der Gesundheitsschutz der Patient/-innen und jener der Beschäftigten. Die gesellschaftliche Wertigkeit von gesundheitlicher Vorsorge und gesundheitlicher Versorgung muss sichtbar und nachhaltig erhöht werden. So ist, neben einer deutlichen Verbesserung und Aufstockung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, an eine signifikant verbesserte und verbindliche Pflege-Personal-Regelung in Kliniken und Pflegeeinrichtungen, an eine Erhöhung des Gratifikationslevels und an eine Verbesserung der Raum- und Materialausstattung zu denken. Hinsichtlich der Arbeitsmedizin ist dafür Sorge zu tragen, dass die betriebsärztliche Betreuung wirklich funktioniert und die real existierenden Betreuungszeiten so aufgestockt werden, dass in derartigen Krisensituationen auch eine Wunschvorsorge angeboten werden kann. Es muss künftig sichergestellt sein, dass Arbeitsschutzakteure und Betriebsärzt/-innen die Vorgaben des Arbeitsschutzrechtes einschließlich der einschlägigen Rechtsverordnungen wie z.B. der Biostoff-Verordnung, der Arbeitsmedizin-

Vorsorge-Verordnung und der staatlichen (BMAS 2020) und berufsgenossenschaftlichen Regeln (BGW 2020a; BGW 2020b) einhalten und proaktiv wahrnehmen (vgl. Kämpf et al. 2020). Ergänzend sollte es Angebote von psychotherapeutisch geschultem nicht-ärztlichem Personal geben (vgl. Arndt et al. 2020).

Als Fazit ist festzuhalten: Die vorliegende Studie gibt Hinweise sowohl für breitere quantitative Studien als auch für überbetriebliche und betriebliche Initiativen zur verbesserten Pandemievorsorge, insbesondere hinsichtlich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes der im Gesundheits- und Sozialwesen Beschäftigten. Deutliche Verbesserungen sind notwendig auf den Feldern Gefährdungsbeurteilung, Unterweisungen, arbeitsmedizinische Vorsorge und psychosoziale

Beratung. Vorgeschlagen wird eine für Arbeitgeber wie Arbeitnehmer im Gesundheits- und Sozialwesen gut wahrnehmbare Intervention und Hilfestellung der zuständigen Unfallversicherungsträger, d. h. der Unfallkassen der Länder und Gemeinden sowie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Letztere könnte aufgrund ihrer besonderen Expertise eine Vermittlerrolle im schwierigen Verhältnis von allgemeinem und arbeitsbezogenem Infektionsschutz und im Verhältnis zwischen diesem und den Anforderungen eines umfassenden, organisatorische und technische Fragen einschließenden Arbeitsschutzes spielen.<sup>4</sup> ■

<sup>4</sup> Die Literaturliste ist der Langfassung des Forschungsberichts zu entnehmen ([www.wolfgang-hien.de/download/Pflege-2020.pdf](http://www.wolfgang-hien.de/download/Pflege-2020.pdf)).

# Verantwortlich für Sicherheit.



Wenn es um Sicherheit bei der Arbeit geht, ist Mitdenken und ggf. Gegensteuern auf allen Verantwortungsebenen Pflicht. Jede Führungskraft muss auch ohne schriftliche Pflichtdelegation den eigenen Bereich sicherheitsgerecht organisieren.

Gründe, Grundlagen, Reichweite, Grauzonen, Grenzen und Konsequenzen der **Mitarbeiterverantwortung für Arbeitsschutz und Sicherheit** veranschaulicht Ihnen dieses Buch – für alle entscheidenden Schlüsselfunktionen.

## Sicherheitsverantwortung Arbeitsschutzpflichten, Betriebsorganisation und Führungskräftehaftung – mit 25 erläuterten Gerichtsurteilen

Von Prof. Dr. Thomas Wilrich

2016, 272 Seiten, € (D) 39,90. ISBN 978-3-503-17007-4

eBook: € (D) 35,90, ISBN 978-3-503-17008-1

Online informieren und bestellen:

 [www.ESV.info/17007](http://www.ESV.info/17007)

**ESV** ERICH  
SCHMIDT  
VERLAG  
*Auf Wissen vertrauen*

Bestellungen bitte an den Buchhandel oder:  
Erich Schmidt Verlag GmbH & Co. KG  
Genthiner Str. 30 G · 10785 Berlin  
Tel. (030) 25 00 85-265 · Fax (030) 25 00 85-275  
ESV@ESVmedien.de · www.ESV.info



# Sie sind in der Pflicht!



Dieser **neue Leitfaden** unterstützt Sie als Praktiker bei der Wahrnehmung Ihrer Aufgaben. Ob als Immissionsschutz- und Störfallbeauftragter, Mitarbeiter von Umweltschutzabteilungen, Abteilungsleiter Arbeitssicherheit und Umweltschutz oder Betreiber von immissionsschutz- und störfallrechtlich relevanten Anlagen: Profitieren Sie von **gebündeltem Expertenwissen** – immer konkret, praxisorientiert und sehr gut lesbar.

In einem handlichen Band erhalten Sie **wertvolle Hilfsmittel** für Ihre tägliche Arbeit:

- ▶ **Übersichten und Beispiele** veranschaulichen den Stoff und erleichtern Ihnen das Verständnis.
- ▶ **Praxistipps, Checklisten und Formulare** beschleunigen Ihre Arbeitsabläufe und helfen, Fehler zu vermeiden.
- ▶ Auszüge aus **Normtexten und Gerichtsentscheidungen** benennen die rechtliche Basis und stützen Ihre Argumentation.

**Prof. Dr. jur. Jürgen Nagel** vermittelt sein Know-how bereits seit vielen Jahren – als Autor und als Referent u. a. für Concada, TÜV NORD, TÜV Rheinland, TÜV Saarland, TÜV Süd, IHK-Koblenz und Akademie Fresenius.

## Der Immissionsschutz- und Störfallbeauftragte Bestellung, Aufgaben, Haftung und Rechtsschutz

Von RA Prof. Dr. jur. Jürgen Nagel,  
Kanzlei Nagel Nieding Nobbe Rechtsanwälte &  
Fachanwälte, Recklinghausen  
2021, 393 Seiten, mit Beispielen,  
Praxistipps, Checklisten und Mustern,  
€ (D) 58,-, ISBN 978-3-503-19504-6  
eBook: € (D) 52,90. ISBN 978-3-503-19505-3

Online informieren und bestellen:

 [www.ESV.info/19504](http://www.ESV.info/19504)

**ESV** ERICH  
SCHMIDT  
VERLAG

*Auf Wissen vertrauen*

Bestellungen bitte an den Buchhandel oder: Erich Schmidt Verlag GmbH & Co. KG · Genthiner Str. 30 G · 10785 Berlin  
Tel. (030) 25 00 85-265 · Fax (030) 25 00 85-275 · [ESV@ESVmedien.de](mailto:ESV@ESVmedien.de) · [www.ESV.info](http://www.ESV.info)

