

Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft

1 2022

In diesem Heft

Manfred Betz, Andrea Engemann, Phuong Thao Vu
Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und
Belastungen von Auszubildenden der grünen Berufe

Ludger Michels
25 Jahre Arbeitsschutzgesetz: Auf dem Weg zum Gesund-
heitsmanagement

Karl Friedrich Köhler
Die von der SVLFG zu beachtende unterschiedliche Recht-
sprechung der Sozial- und Verwaltungsgerichts-
barkeit bei der Beurteilung von Arbeits- und Dienstunfällen

Marion Baierl, Sabine Büntig
Rechtliche Aspekte zum übergreifenden Fallmanagement
als besonderes Privileg eines agrarsozialen Verbundträgers

Herausgeber
Sozialversicherung
für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
www.svlfg.de



Herausgeber

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

www.svlfg.de

Weißensteinstraße 70-72
34131 Kassel

Telefon: 0561 785-16014

E-Mail: kommunikation@svlfg.de

Redaktion

Martina Opfermann-Kersten, Kathrin Hußfeldt, Denise Gundlach, Karin Colletto

Die mit Namen gekennzeichneten Beiträge geben die Auffassung der Verfasserinnen und Verfasser wieder. Der Nachdruck ist nur mit Einwilligung des Herausgebers gestattet. Für unverlangte Manuskripte und Besprechungs-exemplare wird keine Gewähr übernommen.

Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft

1²⁰²²

In diesem Heft

- Manfred Betz, Andrea Engemann, Phuong Thao Vu
Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Belastungen
von Auszubildenden der grünen Berufe Seite 5
- Ludger Michels
25 Jahre Arbeitsschutzgesetz: Auf dem Weg zum
Gesundheitsmanagement Seite 11
- Karl Friedrich Köhler
Die von der SVLFG zu beachtende unterschiedliche
Rechtsprechung der Sozial- und Verwaltungsgerichtsbarkeit
bei der Beurteilung von Arbeits- und Dienstunfällen Seite 21
- Marion Baierl, Sabine Bütig
Rechtliche Aspekte zum übergreifenden Fallmanagement als
besonderes Privileg eines agrarsozialen Verbundträgers Seite 39

Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Belastungen von Auszubildenden der grünen Berufe

Manfred Betz, Andrea Engemann, Phuong Thao Vu

Im Rahmen einer Studie zur Auszubildendengesundheit wurden Daten zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten und zu allgemeinen sowie berufsspezifischen Belastungen von über 2.500 Auszubildenden der grünen Berufe erhoben. Die häufigsten Beschwerden in den letzten zwölf Monaten waren Atemwegserkrankungen (60 Prozent), gefolgt von Rückenschmerzen (43 Prozent) und Kopfschmerzen (38 Prozent). Bei 23 Prozent der Auszubildenden wurde eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens festgestellt. Im Vergleich zu Gleichaltrigen sind die Auszubildenden der grünen Berufe allerdings gesünder, benötigen weniger ärztliche Behandlungen und haben ein höheres Wohlbefinden. Als wichtige Handlungsfelder für zielgruppengerechte Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung wurden die Themen Rückengesundheit, Suchtprävention, Schlafhygiene sowie der digitale Medienkonsum identifiziert.

1 Einleitung

Mit der Ausbildung beginnt für junge Menschen ein Lebensabschnitt, der durch große Veränderungen und neue Herausforderungen gekennzeichnet ist [1, 3, 4]:

- Achtstundenarbeitstag, fremdbestimmter und kontrollierter Tagesablauf, neues soziales Umfeld
- Loslösen vom Elternhaus (z. B. neue Wohnung, Umzug in eine andere Stadt)
- selbständige Lebensführung (z. B. Umgang mit Geld, Essen kochen, Wäsche waschen)
- Probleme während der Lebensphase (z. B. Konflikte mit Eltern, Beziehungsprobleme, körperliche und emotionale Entwicklung)

Dabei können hohe psychosoziale Belastungen auftreten, die Gesundheit und Wohlbefinden beeinträchtigen. Zudem kommt ein durch digitale Medien geprägter Lebensstil („Generation Smartphone“), der sich bei jungen Erwachsenen ungünstig auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit auswirken kann [1].

Für eine effektive Gesundheitsförderung ist es notwendig, den Gesundheitszustand und die berufs- und lebensalterspezifischen Belastungen der Auszubildenden zu erfassen, um daraus zielgruppenspezifische Handlungsfelder und Präventionsmaßnahmen abzuleiten.

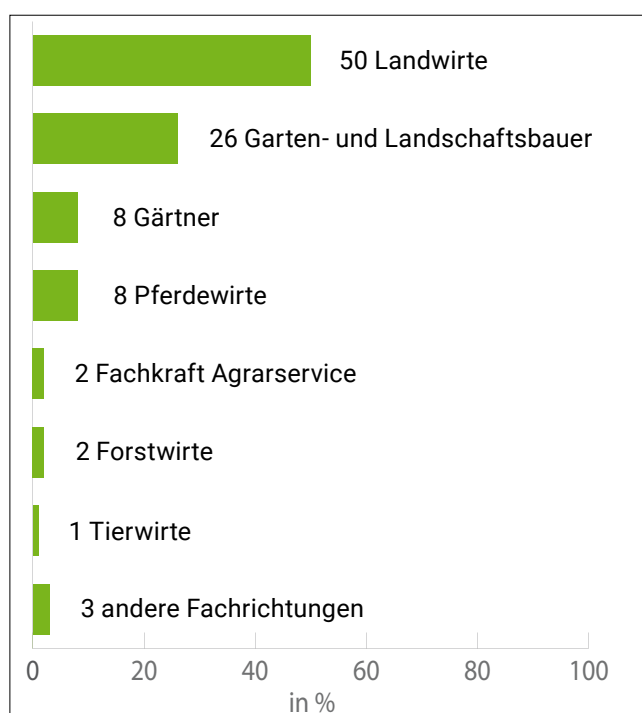
2 Untersuchungsdesign

Im Rahmen einer Studie zu Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Belastungen von Auszubildenden wurden 2.662 Auszubildende der grünen Berufe befragt (siehe Abb. 1). Die Befragung erfolgte während

der überbetrieblichen Ausbildung mit Hilfe eines Online-Fragebogens. Dabei kamen verschiedene standardisierte Fragebogeninstrumente zum Einsatz: Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESS), Azubi-Gesundheitsfragebogen (AGF) und WHO-5 Well-Being Index (WHO-5).

Das mittlere Lebensalter lag bei $20,13 \pm 3,99$ Jahren. 76 Prozent der Auszubildenden waren männlich und 24 Prozent weiblich. Mehr als zwei Drittel lebten noch im Elternhaus, wobei der überwiegende Teil der Auszubildenden mit der Wohnsituation zufrieden war, lediglich jeder 20ste (5 Prozent) war nicht zufrieden.

Abbildung 1: Prozentuale Verteilung der verschiedenen Ausbildungsberufe bei 2.662 Auszubildenden.



3 Gesundheit von Auszubildenden

3.1 Gesundheitszustand

Mehr als drei Viertel (78 Prozent) beschrieben ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, lediglich drei Prozent waren mit ihrer Gesundheit nicht zufrieden. Als häufigste gesundheitliche Beschwerden in den letzten zwölf Monaten wurden Atemwegserkrankungen (60 Prozent), Rückenschmerzen (43 Prozent) und Kopfschmerzen (38 Prozent) genannt. Ein Arzt wurde in der Regel nicht aufgesucht (Abb. 2). Ausnahme waren hier die Auszubildenden mit Rückenschmerzen. 60 Prozent der Rückenschmerz-Patienten haben Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule, 7 Prozent im Bereich der Brustwirbelsäule und 33 Prozent im Bereich der Halswirbelsäule. 49 Prozent berichten über starke Schmerzen, 40 Prozent geben Schmerzen mittlerer und 11 Prozent leichter Intensität an. Die Rückenschmerzen sind assoziiert mit verschiedenen körperlichen Belastungen (z. B. Tragen schwerer Lasten, Zwangshaltungen, Vibrationen), hohen Arbeitsbelastungen, einem reduzierten Wohlbefinden und schlechtem Schlaf. Aufgrund des Untersuchungsdesigns (Querschnittstudie) kann ein ursächlicher Zusammenhang aufgrund von Plausibilitätsüberlegungen zwar vermutet, aber letztlich nicht belegt werden.

Im Vergleich zu Gleichaltrigen haben die Auszubildenden der grünen Berufe insgesamt weniger gesundheitliche Beschwerden und suchen insgesamt deutlich seltener einen Arzt auf [2, 3, 5].

Laut Body-Mass-Index gelten knapp zwei Drittel der Auszubildenden als normalgewichtig (63 Prozent), 34 Prozent als übergewichtig und 3 Prozent als untergewichtig.

Nach der WHO-5 Well Being-Scale ist bei 23 Prozent der Auszubildenden das Wohlbefinden beeinträchtigt. Damit erreichen die Auszubildenden der grünen Berufe deutlich bessere Werte als Gleichaltrige [4, 6]. Ein wesentlicher Grund hierfür dürfte die hohe Zufriedenheit mit der beruflichen, schulischen und privaten Situation sein (Abb. 3).

3.2 Gesundheitsverhalten

Beim Gesundheitsverhalten wurden Defizite hinsichtlich der Bereiche Bewegung, Ernährung, Schlaf, Medienkonsum und Suchtmittelkonsum festgestellt (Abb. 4).

Bewegungsverhalten

44 Prozent sind nie oder weniger als einmal die Woche sportlich aktiv, 35 Prozent ein- bis zweimal pro Woche und 21 Prozent dreimal und häufiger pro Woche. Da nennenswerte Effekte auf die Gesundheit erst ab mehreren Trainingseinheiten pro Woche zu erwarten sind, nutzt ein großer Teil der Auszubildenden das gesundheitsfördernde Potential von sportlicher Aktivität nicht. Allerdings beinhaltet die berufliche Tätigkeit ein überdurchschnittliches Maß an Bewegung im Alltag.

Abbildung 2: Häufigkeit von Beschwerden in den letzten zwölf Monaten bei 2.662 Auszubildenden der grünen Berufe (in %).

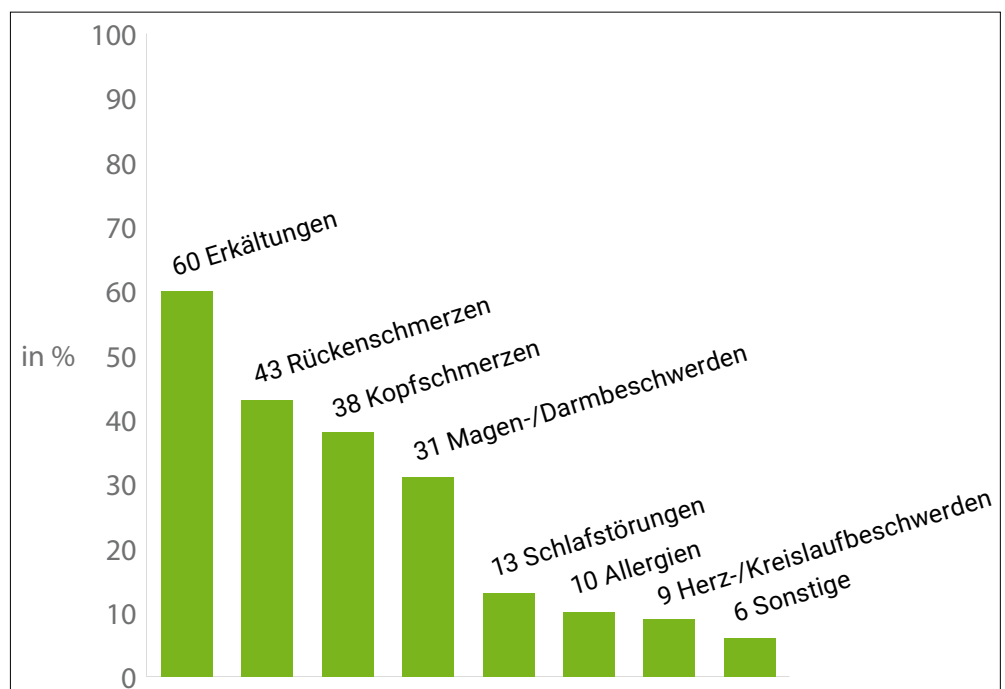
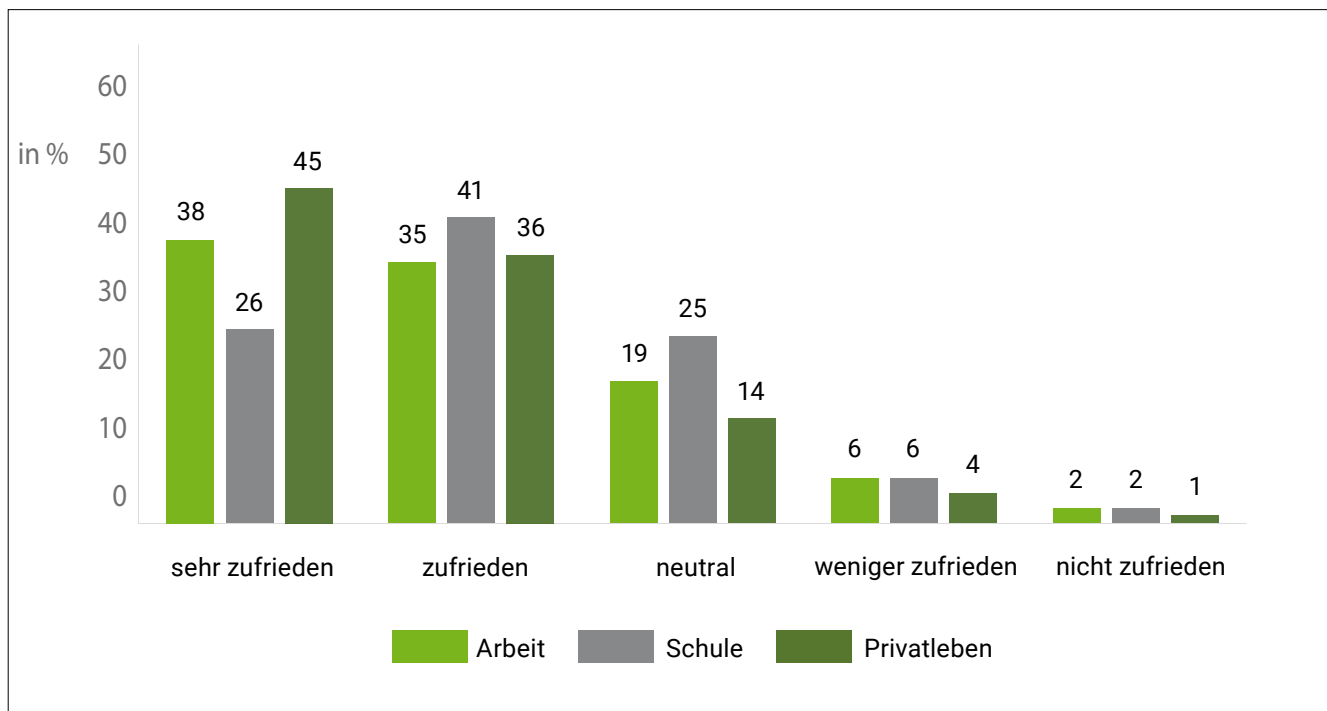


Abbildung 3: Zufriedenheit der Auszubildenden mit ihrer Situation im Betrieb, in der Schule und im Privatleben (in %).



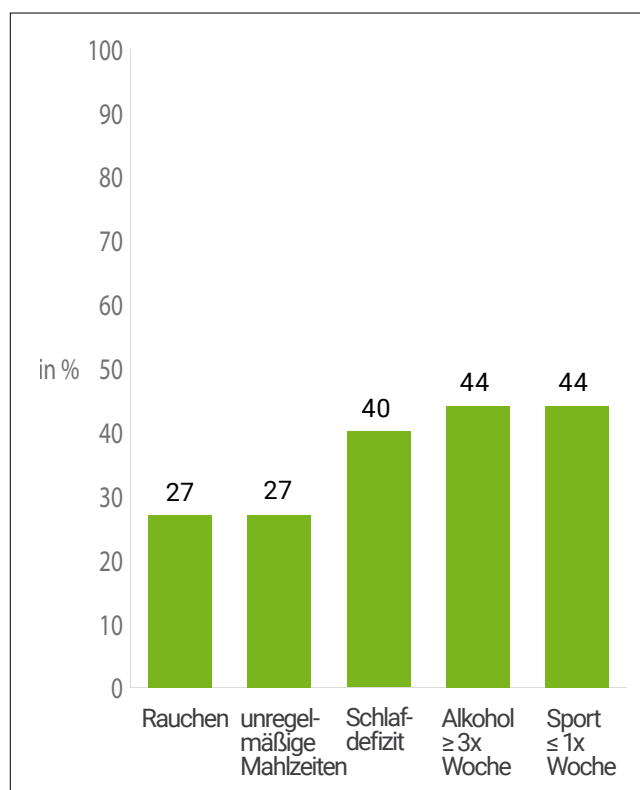
Ernährungsverhalten

Die Einnahme von drei Hauptmahlzeiten ist aus chronobiologischer Sicht sinnvoll und kann daher als Indiz für einen gesundheitsbewussten Lebensstil gewertet werden [5]. 61 Prozent verzichten öfter auf ihr Frühstück, 17 Prozent frühstücken selten oder nie. Grund ist meist fehlender Appetit am frühen Morgen aufgrund eines verschobenen Biorhythmus oder schlechtes Zeitmanagement. Auch ein Mittag- oder Abendessen wird von mehr als einem Drittel nicht täglich eingenommen. Die Essgewohnheiten der Auszubildenden der grünen Berufe sind im Vergleich zu Gleichaltrigen als etwas günstiger zu bewerten [2, 3, 4]: Sie essen regelmäßiger, etwas weniger Fast Food und Süßigkeiten, dafür mehr Gemüse. Nahrungsmittelunverträglichkeiten sind relativ selten.

Schlafverhalten

Erholsamer Schlaf gilt als eine wichtige Ressource für Gesundheit und Leistungsfähigkeit [1, 3]. Die mittlere Schlafdauer der Auszubildenden liegt während der Woche bei 6:45 Stunden/Tag und am Wochenende bei 7:53 Stunden/Tag. Weibliche Auszubildende schlafen im Mittel etwas länger als ihre männlichen Kollegen. Insgesamt möchten 41 Prozent häufig länger schlafen. Dies ist ein wichtiges Indiz für zu wenig bzw. nicht erholsamen Schlaf. Nach dem Pittsburgh-Schlafqua-

Abbildung 4: Häufigkeit von ungünstigem Gesundheitsverhalten bei 2.662 Auszubildenden der grünen Berufe (in %).



litätsindex ist die Schlafqualität und damit auch der Erholungswert unzureichend. Eine schlechte Schlafqualität wurde bei 28 Prozent festgestellt, ein gestörter Schlaf bei 3 Prozent. Nach dem PSQI unterscheiden sich Auszubildende mit gutem Schlaf signifikant von solchen mit schlechtem Schlaf: Sie haben einen besseren Gesundheitszustand, weniger psychische Beschwerden, ein höheres Wohlbefinden und weniger Fehlzeiten.

Je größer das Schlafdefizit, desto größer ist die Schläfrigkeit am nächsten Tag. Eine hohe Tagesschläfrigkeit geht einher mit einer reduzierten Leistungsfähigkeit und einem erhöhten Unfallrisiko, insbesondere im Straßenverkehr. Entsprechend berichtet ein Drittel von einer einmaligen oder mehrmaligen Sekundenschlafepisode beim Autofahren, die bei 6 Prozent zu einem Unfall führte.

Je nachdem, ob die innere Uhr eines Menschen schneller oder langsamer als 24 Stunden läuft, kann man die Menschen einem Chronotyp zuordnen. Insgesamt waren die Morgentypen bei den Auszubildenden gesünder als die Abendtypen, ihr Schlaf war erholsamer und sie gaben ein höheres Wohlbefinden an. Zudem wurde bei den Abendtypen eine erhöhte Tagesschläfrigkeit festgestellt, sie empfanden den Arbeitsdruck als belastender und fühlten sich häufiger ausgebrannt. Auch beim gesundheitsrelevanten Verhalten fanden sich signifikante Unterschiede: Abendtypen (42 Prozent) rauchen häufiger als Morgentypen (21 Prozent) und konsumieren häufiger Drogen (23 Prozent bzw. 7 Prozent).

Suchtmittelkonsum

Auszubildende befinden sich in einer Lebensphase, die durch das Kennenlernen und Erfahrungsammeln mit legalen und illegalen Drogen geprägt ist. Koffein ist die am häufigsten konsumierte legale Droge, insbesondere von den Auszubildenden, die sich tagsüber müde und wenig leistungsfähig fühlen. Koffein wird in erster Linie über Kaffee (53 Prozent), Cola (45 Prozent) und Energydrinks (26 Prozent) aufgenommen. 27 Prozent der Auszubildenden rauchen Zigaretten. Mehr als zwei Drittel der Rauchenden möchten ihr Rauchverhalten ändern: 42 Prozent wollen ihren Konsum reduzieren und 29 Prozent wollen ganz aufhören. Auch das Rauchen von Wasserpfeifen (Shisha) ist bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sehr beliebt. 43 Prozent haben das Shisha-Rauchen schon ausprobiert, regelmäßig rauchen allerdings nur 4 Prozent.

Im Durchschnitt trinken Jugendliche deutlich weniger Alkohol als ältere Erwachsene, sie neigen aber eher zu exzessivem Konsum wie Rauschtrinken [5]. 19 Prozent trinken nie Alkohol, 44 Prozent dreimal und häufiger pro Woche. Die am häufigsten zum Zeitpunkt der Befragung

konsumierte illegale Droge ist Cannabis (34 Prozent). Es folgen Ecstasy (9 Prozent) und Kokain (8 Prozent). Als Folge von übermäßigem Alkohol- oder/und Drogenkonsum hatten 54 Prozent bereits einen „Kater“, 41 Prozent einen „Filmriss“ und 5 Prozent mussten ärztlich behandelt werden.

Medienkonsum

Im Mittelpunkt der heutigen Generation der Auszubildenden steht die Nutzung digitaler Medien [1]. Am häufigsten wird das Smartphone genutzt, 29 Prozent nutzen ihr Smartphone mehr als vier Stunden pro Tag. Im Vergleich zu Gleichaltrigen aus anderen Berufen ist der Medienkonsum bei den Auszubildenden der grünen Berufe deutlich geringer [2, 3, 5].

3.3 Belastungen

Junge Menschen haben oft viele Wünsche, obwohl ihre finanziellen Mittel beschränkt sind. Knapp die Hälfte der Auszubildenden (47 Prozent) bewerten die eigene finanzielle Situation als gut, 31 Prozent müssen sich einschränken, 17 Prozent kommen gerade so zurecht und 5 Prozent haben finanzielle Probleme.

11 Prozent der Auszubildenden fühlen sich durch den Betrieb und 9 Prozent durch die Schule belastet, der überwiegende Teil der Auszubildenden kommt also mit den Anforderungen in Schule und Betrieb gut zurecht.

Als häufigste belastende Situationen bei der Arbeit werden Zeitdruck, das Heben und Tragen schwerer Gegenstände und Konflikte mit Vorgesetzten oder Kollegen genannt. Jeder Vierte erlebt häufig oder sehr häufig Zeitdruck. 74 Prozent geben an, dass schweres Heben und Tragen bei der Arbeit häufig vorkommt, 66 Prozent fühlen sich dadurch sehr belastet. Häufig vorkommendes und als belastend empfundenes Heben und Tragen schwerer Lasten gilt als Risikofaktor für die Entstehung von Rückenschmerzen. In den grünen Berufen müssen Auszubildende des Garten- sowie Landschaftsbaues und Pferdewirte am häufigsten schwer heben und tragen. Gesundheitsbeeinträchtigende Belastungen können ebenso bei einseitigen und verkrampten Körperhaltungen entstehen. Für 42 Prozent sind häufig eingenommene einseitige Körperhaltungen hoch beanspruchend.

Die Auszubildenden sind mit ihren Arbeitsbedingungen und ihrem Arbeitsumfeld im Großen und Ganzen sehr zufrieden. Die Zufriedenheitswerte fallen im Vergleich zu anderen Berufen überwiegend besser aus [2, 3, 4]. Die Tabelle 1 gibt den Anteil der unzufriedenen Auszubildenden (in Prozent) wieder.

Vom ersten bis zum dritten Ausbildungsjahr nehmen die Belastungen (z. B. Zeitdruck) und die Beschwerden (z. B. Rückenbeschwerden) zu. Gleichzeitig nehmen auch einige gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren (mehr Alkohol, weniger Schlaf, mehr Zeitdruck, höhere psychosoziale Belastungen) zu. Steigende Belastungen bei abnehmender Gesundheit im Verlaufe der Ausbildung wurden auch in anderen Studien beobachtet [4].

Tabelle 1: Unzufriedenheit mit arbeitsbezogenen Faktoren (in %) bei Auszubildenden der grünen Berufe (n = 2.662) und Auszubildenden in anderen Berufen (n = 13.234) [2].

Unzufrieden mit ...	Grüne Berufe insgesamt	Andere Berufe
Arbeitsdruck	9	19
Art und Inhalt der Tätigkeit	6	9
Betriebsklima	6	10
Kolleginnen/ Kollegen	5	5
Auszubildenden	11	15

4 Praxisrelevante Schlussfolgerungen

Auszubildende der grünen Berufe sind im Vergleich zu Gleichaltrigen gesünder, benötigen weniger ärztliche Behandlungen und haben ein höheres Wohlbefinden. Dies dürfte mit einem etwas gesundheitsgerechteren Lebensstil zusammenhängen: Sie schlafen etwas besser, bewegen sich im Alltag mehr und halten sich mehr im Freien auf (mehr Tageslicht und mehr frische Luft). Auch die günstigeren Ernährungsgewohnheiten können zu einer besseren Gesundheit beitragen. In psychosozialer Hinsicht wird über vergleichsweise geringere Belastungen berichtet. Die hohen Zufriedenheitswerte mit der beruflichen Tätigkeit können als gesundheitlicher Schutzfaktor angesehen werden.

Nichtsdestotrotz finden sich bei den Auszubildenden bereits eine Reihe von gesundheitsbezogenen Problemen und Risiken, die einerseits auf die Defizite im gesundheitsrelevanten Verhalten und andererseits auf die berufsspezifischen Anforderungen zurückzuführen

sind. Hier können zielgruppengerechte Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung gegensteuern, um einen erfolgreichen Start ins Berufsleben zu gewährleisten. Da Belastungen und Beschwerden im Laufe der Ausbildung zunehmen, sollten die entsprechenden Maßnahmen möglichst frühzeitig beginnen. Als Schwerpunkte für eine effektive und effiziente Gesundheitsförderung wurden die Handlungsfelder Rückengesundheit, Suchtprävention, Schlafhygiene und Chronobiologie sowie der gesundheitsgerechte Umgang mit digitalen Medien identifiziert. Zudem gilt, je besser auf die berufsspezifischen Anforderungen sowie auf die Bedürfnisse der Zielgruppe eingegangen wird, desto größer wird die Akzeptanz der Maßnahme und damit einhergehend auch deren Erfolg sein [1, 3].

Autoren

Prof. Dr. Manfred Betz

ist Professor für Betriebliches Gesundheitsmanagement und Arbeitsmedizin an der Technischen Hochschule Mittelhessen (THM).

THM, Wiesenstr. 14
35390 Gießen
E-Mail: manfred.betz@ges.thm.de

Andrea Engemann

ist Gesundheitswissenschaftlerin (M.Sc.) und bei der SVLFG im Abschnitt Gesunde Arbeit tätig.

SVLFG, Weißensteinstr. 70-72
34131 Kassel
E-Mail: andrea.engemann@svlfg.de

Phuong Thao Vu

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheitsförderung und -forschung (IGFF).

IGFF, Lerchenweg 14
35683 Dillenburg
E-Mail: thao.vu@igff.de

Quellen

- [1] Betz, M., Brand, S.: Gesundheitsbelastungen und -risiken bei Jugendlichen. Ansätze zur Gesundheitsförderung im Rahmen der Ausbildung. *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis* (2017) Nr. 4, S. 26 – 29.
- [2] Betz, M., Berschin, G., Koehler, U.: Wie fit und gesund sind unsere Auszubildenden? In: Schmitz-Spanke, S. (Hrsg): *Dokumentation der 56. wissenschaftlichen Jahrestagung der DGAUM*. München: 2016, S. 256 – 259.
- [3] Betz, M., Haun, D., Böttcher, M.: Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung bei Auszubildenden. In: Badura, A., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg): *Fehlzeitenreport 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement*. Berlin-Heidelberg: Springer 2015, S. 143 – 163.
- [4] Betz, M., Brand, S., Preißler, L., Schirmacher, L.: Gesundheitsförderung bei Auszubildenden im Kfz-Handwerk. In: Pfannstiel, M., Mehlich, H. (Hrsg): *BGM – Ein Erfolgsfaktor für Unternehmen. Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen*. Heidelberg: Springer Gabler (2018), S. 513 – 530.
- [5] Betz, M., Preißler, L., Buckard, T., Koehler, U.: Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Belastungen bei Auszubildenden der Deutschen Post AG. In: Harth, V., Heidrich, J. (Hrsg.): *57. wissenschaftliche Jahrestagung der DGAUM*. Hamburg: 2017, S. 179 – 182.
- [6] Betz, M., Graf-Weber, G., Schade, B., Wenchel, K.: Psychosoziale Gesundheit von Auszubildenden. In: Kirchner, C.-J., Stadeler, M., Scholle, H.-C. (Hrsg): *Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen*. Jena: Bussert & Stadeler (2013), S. 111 – 117.

25 Jahre Arbeitsschutzgesetz: Auf dem Weg zum Gesundheitsmanagement

Ludger Michels

Nach dem Duden ist ein Meilenstein ein Ereignis von besonderem Gewicht in einer Entwicklung. In diesem Sinne sind Meilensteine zur Entwicklung der Gefährdungsbeurteilung (GFB) in Abb. 1 dargestellt und im Artikel beschrieben. Weiterhin wird die Gefährdungsbeurteilung als Meilenstein zur Entwicklung einer Präventionskultur in Deutschlands Unternehmen thematisiert und es werden unterstützende Kernbotschaften zusammengefasst.

1 Einleitung

Die Verabschiedung des Arbeitsschutzgesetzes im Jahr 1996 war für die Prävention und die Gefährdungsbeurteilung als ihr wesentliches Werkzeug ein solcher Meilenstein, denn sie erlangten die Bedeutung im deutschen Arbeitsschutz, die sachlich geboten war [1]. Dennoch nutzt bis heute lediglich gut die Hälfte aller Betriebe dieses zentrale Instrument.

Nur knapp 13 Prozent durchlaufen alle erforderlichen Schritte von der Ermittlung der Gefährdungen bis hin zur Wirksamkeitskontrolle (vgl. Abb. 2) [2]. Ist die Gefährdungsbeurteilung immer noch nicht in den Betrieben angekommen? Oder können „das Arbeitsschutzgesetz und die Gefährdungsbeurteilung als erfolgreicher Meilenstein zu einer neuen Sicherheitskultur in Deutschlands Unternehmen gewertet werden?“ [3].

Abbildung 1: Meilensteine zur Gefährdungsbeurteilung © BAuA, Riemer 2021



2 Gefährdungsbeurteilung

2.1 „Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg“

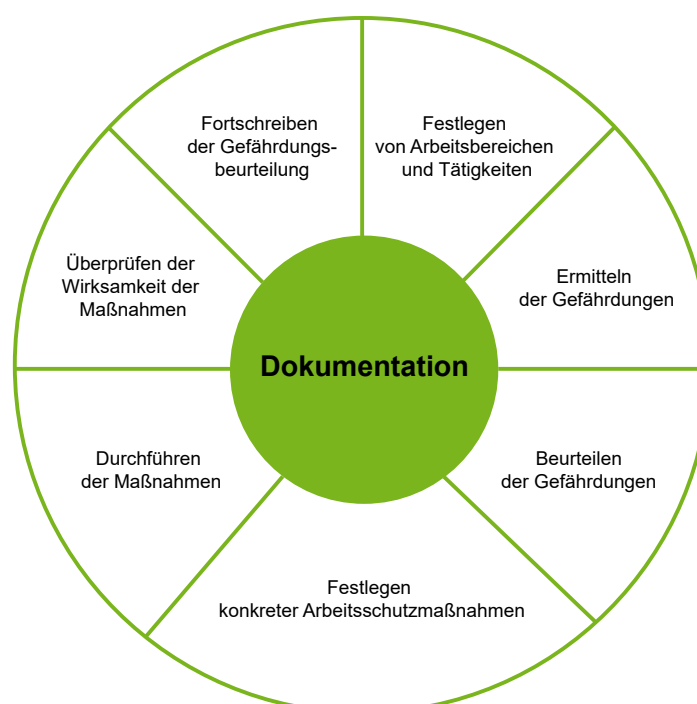
Dem Thema Gefährdungsbeurteilung kommt in der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) von Anfang an – seit 2008 – eine besondere Bedeutung zu. Entweder war es implizit in den Arbeitsprogrammen enthalten oder explizit hervorgehoben, wie im Arbeitsprogramm „Organisation“ der 2. GDA-Periode, oder als strategisches Ziel der 3. GDA-Periode formuliert: „Prävention mit Hilfe der Gefährdungsbeurteilung“ (vgl. Abb. 1).

Durch die Erfahrungen mit der SARS-CoV-2-Pandemie hat sich ein kollektives Bewusstsein entwickelt, wie existentiell die Gesundheit der Menschen für das Systemfunktionieren im Ganzen und auf einzelbetrieblicher Ebene ist. Ferner hat sich beim Zusammenwirken der Arbeitsschutzverantwortlichen gezeigt: „Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg“ [4]. Wenn Arbeitsschutz von den Unternehmensleitungen ernst genommen wird, weil die Existenz der Betriebe bedroht ist, werden die Schutzmaßnahmen im hohen Maße umgesetzt. Dabei spielt Information eine wichtige Rolle [5]. Prävention ist jedoch nicht nur in Extremsituationen bedeutsam, sondern sollte täglich handlungsleitend sein. Dazu muss sie betrieblich anschlussfähig sein und verwirklicht werden. Genau das ist Präventionskultur: Sicherheit und Gesundheit als Werte ernst nehmen und im Betrieb leben.

2.2 Leitbild der Prävention

Das neue Leitbild der Prävention wurde mit dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) etabliert, das die Umsetzung der EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz darstellt. Es ergänzt den reaktiven Ansatz der reinen Gefahrenabwehr bei der Berufsarbeit (vgl. Abb. 1 [6]). Dieser kann als Schadensbegrenzung im Sinne des Unfallverhütungsprinzips verstanden werden, welches der Gesundheitsgefährdung nicht grundsätzlich von der Ursache her begegnet, sondern eher in seiner Symptomatik und reaktiv Mängel erst behebt, wenn sie aufgetreten sind. Der Präventionsgedanke entwickelt sich aus den Restriktionen der reaktiven, verhütungsorientierten Herangehensweise. Danach sollen Gesundheitsgefährdungen des arbeitenden Menschen nicht als Reaktion verhindert werden, sondern durch eine proaktive Gestaltung der Arbeitsbedingungen erst gar nicht entstehen [7]. Schon bei der Vorbereitung, der Planung und der Einrichtung von Arbeitsplätzen und Arbeitsverfahren sind die Möglichkeiten des Entstehens von Unfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen zu beurteilen und frühzeitig die notwendigen Maßnahmen zu treffen. Der Ansatz knüpft somit an die Ursachen der Entstehung von möglichen gesundheitlichen Schädigungen an und greift weiter als die Unfallverhütung [8]. Sofern Restgefahren nicht zu vermeiden sind, greifen weiterhin die Maßnahmen der Gefahrenabwehr [9].

Abbildung 2: Prozessschritte der Gefährdungsbeurteilung (nach Sommer, S.: Wie vollständig ist der Prozess der Gefährdungsbeurteilung? Bericht kompakt. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Druck & Verlag Kettler GmbH, Bönen)



2.3 Definition

Die GDA-Leitlinie [10] definiert „Gefährdungsbeurteilung“ wie folgt:

„Die Gefährdungsbeurteilung ist die systematische Ermittlung und Bewertung relevanter Gefährdungen der Beschäftigten mit dem Ziel, die erforderlichen Maßnahmen für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit festzulegen. Die Gefährdungsbeurteilung betrachtet alle voraussehbaren Tätigkeiten und Arbeitsabläufe im Betrieb. Dazu gehören auch Tätigkeiten und Arbeitsabläufe wie z. B. Wartung, Instandhaltung oder Reparatur.“

Bei der Überprüfung der Gefährdungsbeurteilung ist darauf zu achten, dass folgende Prozessschritte berücksichtigt wurden:

1. Festlegen von Arbeitsbereichen und Tätigkeiten
2. Ermitteln der Gefährdungen
3. Beurteilen der Gefährdungen
4. Festlegen konkreter Arbeitsschutzmaßnahmen nach dem Stand der Technik (bei diesem Schritt ist die Rangfolge der Schutzmaßnahmen nach § 4 ArbSchG zu beachten)
5. Durchführen der Maßnahmen
6. Überprüfen der Wirksamkeit der Maßnahmen
7. Fortschreiben der Gefährdungsbeurteilung [11]

Die Gefährdungsbeurteilung muss systematisch und prozessorientiert erfolgen, d. h. sie folgt einem bestimmten Ordnungsprinzip (vgl. Abb. 2).

Mit der Änderung des Arbeitsschutzgesetzes vom Oktober 2013 wurden psychische Belastungen in die Gefährdungsbeurteilung mit einbezogen (§ 5 Abs. 3 Nr. 6 ArbSchG) und im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) als Arbeitsprogramm thematisiert und operationalisiert (vgl. Abb. 1).

2.4 Gefährdungen ermitteln

Wesentliches Ziel des Arbeitsschutzgesetzes und der Gefährdungsbeurteilung ist die systematische und nachhaltige Verbesserung des Arbeitsschutzes im Betrieb. Die Verantwortung für diese Prozessoptimierung liegt beim Unternehmer. Dazu hat der Unternehmer Gestaltungsfreiheit, um den Arbeitsschutz betriebsangepasst zu entwickeln und umzusetzen [12].

Folgerichtig fordert das Arbeitsschutzgesetz in § 5 unter der Überschrift „Beurteilung der Arbeitsbedingungen“ von den Arbeitgeberinnen und den Arbeitgebern, durch eine Beurteilung der Gefährdung der Beschäftigten zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind. Damit wurde die Gefährdungsbeurteilung zum wichtigsten Mittel der Prävention, denn erst mit dem Wissen über Gefährdungen können die Prozessschritte im Betrieb umgesetzt werden (vgl. Abb. 2).

Die GDA-Leitlinie „Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation“ benennt die Mindestanforderungen an die Gefährdungsbeurteilung. Ob die Mindestanforderungen im Betrieb erfüllt werden, wird von der Arbeitsschutzaufsicht überprüft (vgl. Abb. 1 [13]).

2.5 Mitwirkungspflicht des Betriebsrates bei der Erstellung der Gefährdungsbeurteilung

Bei der Erstellung der Gefährdungsbeurteilung ist laut § 87 Satz 1 Nr. 7 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) der Betriebsrat zu beteiligen:

„(1) Der Betriebsrat hat, soweit eine gesetzliche oder tarifliche Regelung nicht besteht, in folgenden Angelegenheiten mitzubestimmen:

7. Regelungen über die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie über den Gesundheitsschutz im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften oder der Unfallverhütungsvorschriften.“

Für die Ausübung des o. g. Mitbestimmungsrechts des § 87 BetrVG kommen u. a. die Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach § 5 und deren Dokumentation nach § 6 ArbSchG in Betracht [14].

2.6 Verbreitung – größenabhängiges Verteilungs- und Umsetzungsgefälle

Nach der 2. GDA-Betriebsbefragung 2015 führen 52 Prozent aller Betriebe eine Gefährdungsbeurteilung durch, aber nur knapp 13 Prozent berücksichtigen alle Prozessschritte (vgl. Abb. 2). Dabei ist allerdings auch ein größenabhängiges Verteilungsgefälle zu beobachten. In Betrieben mit mehr als 250 Beschäftigten liegt der Anteil der durchgeführten Gefährdungsbeurteilung bei 98 Prozent, in Kleinstbetrieben (ein bis neun Beschäftigte) nur bei 42 Prozent. Der gleiche Befund wurde schon in der 1. GDA-Betriebsbefragung 2011 in ähnlicher Größenordnung ermittelt und in anderen Untersuchungen mit vergleichbaren größenabhängigen

Umsetzungsanteilen beobachtet [15, 16, 17]. Gleichzeitig wurde aber auch festgestellt, dass eine Vielzahl der Betriebe Aktivitäten im Arbeitsschutz ergreift, die formal nicht unter dem Begriff „Gefährdungsbeurteilung“ subsumiert werden, aber der Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten dienen. Dies ist insbesondere in Kleinstbetrieben zu beobachten und mag den oben beschriebenen Sachverhalt ein wenig relativieren [18] [19].

2.7 Gründe für den Verzicht auf eine Gefährdungsbeurteilung

Als Hauptgründe für das Unterlassen der Gefährdungsbeurteilung wird in den Befragungen am häufigsten angeführt, dass bereits alle Gefahren und Risiken bekannt seien und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Sicherheitsdefizite selbst melden bzw. beseitigen. An dritter Stelle wird der geringe Nutzen der Gefährdungsbeurteilung genannt [20]. Eine Frage ist, wie bei Verzicht auf jegliche Beurteilung der Risiken solche vermeintlichen Erkenntnisse möglich sind. Sommer sieht die Antwort in einem reduzierten Gefährdungs- und Rollenverständnis und macht auf das begrenzte Gefährdungsverständnis aufmerksam, da sich die Betriebe mehrheitlich offenbar an manifesten Gefährdungen ausrichten. Die Beurteilung einer Vielzahl bedeutender Arbeitsaspekte wie Arbeitszeitgestaltung oder soziale Beziehungen wird daher nicht vorgenommen [21]. Auf Grund dieser Reduzierung der Gefährdungsfaktoren und der damit einhergehenden vermeintlichen Bekanntheit aller Gefährdungen wird eine Gefährdungsbeurteilung als nicht notwendig befunden.

2.8 Qualitätssicherung durch das Portal Gefährdungsbeurteilung der BAuA

Die Nationale Arbeitsschutzkonferenz (NAK) hat in ihrer Sitzung am 06.05.2009 die „Qualitätsgrundsätze zur Erstellung von Handlungshilfen für eine Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz“ verabschiedet. Zudem hat sie deren Anwendung sowie die Veröffentlichung von Handlungshilfen durch die GDA-Träger im Portal Gefährdungsbeurteilung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) beschlossen (vgl. Abb. 1). Die Handlungshilfen müssen den Qualitätsgrundsätzen genügen, wenn sie publiziert werden sollen. Das Handbuch zur Gefährdungsbeurteilung wurde im Jahr 2021 überarbeitet (vgl. Abb. 1) und ist auf dem Portal www.gefaehrungsbeurteilung.de abrufbar. Die ersten Handlungshilfen zur Gefährdungsbeurteilung im Bereich der heutigen Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) wurden von der damaligen Gartenbau-Berufsgenossenschaft 1997 und ein Jahr später von der Land-

wirtschaftlichen Berufsgenossenschaft Mittel- und Ostdeutschland (MOD) 1998 fertiggestellt.

3 Gesundheitsmanagement

Das Arbeitsschutzgesetz fordert eine Beurteilung der Arbeitsbedingungen als Grundlage für alle Schutzmaßnahmen. Kohn und Zwingmann [22] machen darauf aufmerksam, dass sich nur die Gefährdungsbeurteilung in der Praxis etabliert habe, und fordern eine Beurteilung aller Arbeitsbedingungen, also der belastenden und entlastenden Bedingungen (Risiken und Ressourcen), als Grundlage für eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit.

3.1 Erweiterte Definition der Beurteilung der Arbeitsbedingungen

In Weiterentwicklung der Definition zur Gefährdungsbeurteilung und unter Berücksichtigung der Ausführungen von Kohn und Zwingmann kann die Beurteilung der Arbeitsbedingungen wie folgt ergänzt werden: Sie beschreibt den Prozess der systematischen Ermittlung und Bewertung aller relevanten Einwirkungen (Gefährdungen, Belastungen, Ressourcen), denen die Beschäftigten im Zuge ihrer beruflichen Tätigkeit ausgesetzt sind. Hinzu kommt die Ableitung und Umsetzung aller zum Schutz und zur Förderung der Sicherheit und der Gesundheit erforderlichen Maßnahmen, die hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft werden müssen.

Das Ziel besteht darin, Gefährdungen und Belastungen bei der Arbeit frühzeitig zu erkennen und diesen präventiv, d. h. noch bevor gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Unfälle auftreten, entgegenzuwirken und gesundheitliche Ressourcen zu fördern [23].

Diese Definition umfasst die Handlungsfelder des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM), d. h. Arbeitsschutz, Eingliederungsmanagement und Gesundheitsförderung, dessen Etablierung ebenfalls vom Unternehmer ausgeht. Denn „Betriebliches Gesundheitsmanagement ist die bewusste Steuerung und Integration aller betrieblichen Prozesse mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Beschäftigten“ [24].

3.2 Präventionsgesetz

Der Titel „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention“ beschreibt Auftrag und Anspruch des Präventionsgesetzes, das am 25.07.2015 in Kraft getreten ist. Wichtigstes Element ist die nationale

Präventionsstrategie, mit der die Gesundheitsförderung direkt im Lebensumfeld der Menschen aller Altersgruppen gestärkt werden soll.

Wesentliche Eckpunkte sind:

1. Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule und Pflegeheimen
2. Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung und deren engere Verzahnung mit dem Arbeitsschutz
3. Verbesserung der Kooperation aller Sozialversicherungsträger sowie Länder und Kommunen durch verpflichtende Rahmenvereinbarungen auf Länderebene. Dabei sollen einheitliche Gesundheitsziele berücksichtigt werden.
4. Stärkung der Früherkennungsuntersuchungen und Erhöhung der Impfquoten (vgl. Abb. 1) [25]

Gesundheitsförderung zielt auf zusätzliche verhaltensorientierte Maßnahmen ab, um die Gesundheitskompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu stärken und die Gesundheitssituation im Betrieb zu verbessern. Kurse zu gesunder Ernährung, Entspannungstechniken und Bewegung sollen die Beschäftigten sensibilisieren und ihr Gesundheitsverhalten positiv beeinflussen. Das Gesundheitsmanagement verbindet die Ziele und Maßnahmen von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung. Der Ansatz ist ein ganzheitliches, systematisches und nachhaltiges Management gesundheitsförderlicher Strukturen und Prozesse im Betrieb [26].

4 Präventionskultur

Wichtige Beweggründe, Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit zu berücksichtigen und anzuwenden, sind in Deutschland die Erfüllung der gesetzlichen Pflichten und der Erwartungen der Beschäftigten. An dritter Stelle steht die Wahrung des Rufes des Unternehmens, gefolgt von der Vermeidung von Bußgeldern und Sanktionen durch die Gewerbeaufsicht und Berufsgenossenschaften [27]. Das ist eine extrinsische Motivation, die sofort nachlässt, wenn der äußere Rahmen geändert wird. Viel nachhaltiger und produktiver ist die intrinsische Motivation, indem man sich beispielsweise den Sinn bestimmter Tätigkeiten und Aufgaben vergegenwärtigt. **Man kann Prävention auch als Ausdruck der Wertschätzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehen im Sinne von: „Deine Gesundheit ist mir wichtig.“** Mit dieser Wertschätzung erfolgt zudem eine Perspektiverweiterung auf das Gesundheitsmanagement, welches auch die Ressourcen der Gesundheit

einbezieht. Dabei wird nicht nur die Frage gestellt: „Was macht krank?“ Vielmehr wird auch gefragt: „Was hält gesund?“

Grundansatz des Gesundheitsmanagements ist zu reflektieren, wie Gesundheit entsteht und gefördert werden kann. Nahezu jeder Betrieb weist Aktivitäten zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit der Beschäftigten auf. Eine Präventionskultur im Sinne eines bestimmten kollektiv eingeübten Umgangs mit Gefährdungen gibt es in jedem Betrieb, auch wenn sie verbesserungsbedürftig sein mag. Der Zielhorizont BGM setzt hier an: Sowohl die Gefährdungsbeurteilung als auch die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) sind wichtige betriebliche Anknüpfungspunkte, mit denen vorhandene betriebliche Aktivitäten sukzessive zu einem BGM (weiter)entwickelt werden können. Gesunde Arbeit nützt allen und sollte täglich gelebt und kommuniziert werden. Dadurch entsteht eine Kultur, die mit der Verankerung des Arbeitsschutzes in den Betriebsabläufen einhergeht.

Die Vorbildfunktion der Führungskräfte ist wichtig und kann auch herausfordernd sein, z. B. wenn die Führungskraft täglich bestimmte Botschaften transportieren und Verhaltensweisen der Beschäftigten korrigieren muss. Aber es lohnt sich: Denn der Nutzen der Prävention und damit auch der Gefährdungsbeurteilung im Gesundheitsmanagement ist empirisch belegt und nicht nur durch die Corona-Pandemie erkennbar. Die positiven Wirkungen lassen sich schlagwortartig umreißen mit:

- betriebliche Existenzsicherung
- Sicherung von Fachkräften
- Erhöhung der Krisenfestigkeit des Unternehmens
- Bindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an das Unternehmen
- Reduktion der Abwesenheit und Verbesserung der Produktivität durch gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Prozessstabilität
- Rechtssicherheit, gerichtsfeste Organisation
- Senkung der Gesundheitskosten: Return on Prevention. 1 Euro Investition in die Prävention reduziert Kosten um 2,20 Euro [28].

Untersuchungen zu fördernden Einflussgrößen auf das Vorliegen der Gefährdungsbeurteilung bzw. auf die

Umsetzung von Präventionsmaßnahmen im Betrieb haben folgende Treiber aufgezeigt:

- Risikostufe der Betriebe
- Betriebsgröße
- Besprechung der Geschäftsführung mit der Arbeitnehmervertretung
- Besuch durch die Aufsicht
- Dienstleistung Sicherheit und Gesundheitsschutz [29]
- Kenntnis von branchenspezifischen Informationen [30]
- die Verfügbarkeit von Präventionsfachkräften am Arbeitsplatz
- das Vorhandensein einer Arbeitnehmervertretung [31] [32]

Die Einflussgrößen können auch als Indikatoren für eine betriebliche Präventionskultur betrachtet werden, die wiederum einen Orientierungsrahmen für die Umsetzung der betrieblichen Arbeitsschutzmaßnahmen im Allgemeinen und der Gefährdungsbeurteilung im Besonderen darstellen [33]. Die Ergebnisse der Untersuchungen arbeiten u. a. heraus, dass Informationen über die Gesundheitsgefährdungen bei der Arbeit und über angemessene Präventionsmaßnahmen eine Motivation für Betriebe sind, im Arbeitsschutz aktiv zu werden. Weiterhin ist deutlich geworden, dass in Klein- und Kleinstbetrieben der Zugang zu den Informationen oder entsprechendes Wissen häufiger nicht vorliegt. Eine Untersuchung zeigt aber auch, dass in der SARS-CoV-2-Epidemie Branchen, in denen bisher formale Instrumente des Arbeitsschutzes seltener vorhanden waren, häufiger Arbeitsschutzregelungen treffen. Hier gilt es, eine nachhaltige Verankerung des Arbeitsschutzes zu unterstützen.

5 Ansätze zur Entwicklung

Die Bedeutung des Arbeitsschutzes ist in der SARS-CoV-2-Pandemie größer geworden. In der dritten Strategieperiode der GDA soll die Gefährdungsbeurteilung verstärkt in die Betriebe gebracht werden (vgl. Abb. 1). Dies ist eine gute Ausgangssituation, den Arbeitsschutz in einer konzertierten Aktion v. a. in Klein- und Kleinstbetrieben mit einer Informations-, Besichtigungs- und Umsetzungs-offensive zu stärken. Hierbei sollten die Netzwerke der GDA und der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) u. a. einbezogen werden. Die Abstimmung

der Instrumente „Unternehmermodell“, sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Regelbetreuung sowie Besichtigung durch die Aufsicht bzw. Beratung durch die Krankenversicherung oder den Firmenservice der Rentenversicherung bietet einen strategischen Ansatz, um zu informieren und die Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung im Gesundheitsmanagement zu verbessern [34]. Dabei sollte betriebsangepasst Schritt für Schritt vorgegangen, der nächste Schritt gemeinsam vereinbart und in ein Controlling einbezogen werden.

Zukünftig könnte auch Künstliche Intelligenz (KI) eingesetzt werden. Ein Einsatzgebiet bzw. ein betrieblicher Anknüpfungspunkt für KI wäre beispielsweise die Verknüpfung der Angebotserstellung der Betriebe für Kunden mit der Erstellung der Gefährdungsbeurteilung. Sommer [35] macht darauf aufmerksam, dass Klein- und Kleinstbetriebe bei der Entwicklung passender Motivations- und Informationsmaßnahmen Impulse von außen bedürfen, da sie in der Regel Aufgaben im Arbeitsschutz nur „reaktiv“ berücksichtigen. Schmitt-Howe und Hammer [36] haben fünf Präventionskulturtypen identifiziert und typspezifische Ansprachekonzepte entwickelt, um Maßnahmen zur Verbesserung des Arbeitsschutzes gerade in den Klein- und Kleinstbetrieben besser zu vermitteln.

6 Fazit – Kernbotschaften

Zusammenfassend können folgende Kernbotschaften weitere Unternehmen motivieren, sich der Gefährdungsbeurteilung wie auch eines Gesundheitsmanagements zu bedienen, und damit zu sicheren und gesunden Arbeitsplätzen beitragen:

1. Die Gesundheit ist das wichtigste Gut und ein Grundbedürfnis meiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
2. Ich bin als Unternehmerin/Unternehmer verantwortlich für den Erhalt und die Stärkung der Gesundheit meiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Arbeit.
3. Ich nehme die Werte Sicherheit und Gesundheit ernst und lebe sie zusammen mit meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern täglich im Betrieb. Damit schaffen wir eine gute Präventionskultur. Deshalb verschaffe ich mir regelmäßig und systematisch einen Überblick über die Arbeitsbedingungen.
4. Dabei nehme ich alles in den Blick und beteilige meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie deren Vertretungen und informiere mich bei Experten.

5. Ich beurteile alle relevanten Einwirkungen, also die Gefährdungen und Ressourcen, um Maßnahmen ergreifen zu können, die die Arbeit sicherer und gesünder machen.
6. Gut gestaltete Arbeit nützt allen und rechnet sich! Sichere Arbeitsbedingungen bestimmen auch Attraktivität und Erfolg meines Unternehmens. Sicher und gesund mit Gewinn!
7. Das sichert die Existenz meines Betriebs und ich bin auf der (rechts)sicheren Seite.
8. Gefährdungen können gegenständlich, aber auch nicht direkt sichtbar sein.
9. Deshalb beschreibe ich Gefährdungen, schätze Risiken ein, entwickle Lösungen, stelle sie dar und überprüfe sie.
10. Ich kommuniziere klar, was eine Gefährdungsbeurteilung leisten kann und muss.
11. Dabei suche ich betriebliche Anknüpfungspunkte zur Verankerung von Sicherheit und Gesundheit im Gesundheitsmanagement.
12. Die Gefährdungsbeurteilung im Gesundheitsmanagement ist ein kontinuierlicher Prozess und Teil der Präventionskultur meines Betriebs. Ich mache die Gefährdungsbeurteilung, damit mein Betrieb besser wird.

Autor

Dr. Ludger Michels

ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz und wurde für diese Aufgabe von der SVLFG abgeordnet.

Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK)
c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Nöldnerstr. 40-42
10317 Berlin
E-Mail: michels.ludger@BAuA.bund.de

Quellen

- [1] vgl. Kolbitsch, M. und Hensiek, J.: 20 Jahre Gefährdungsbeurteilung: Eine Zwischenbilanz. 2016. <https://www.esv.info/aktuell/20-jahre-gefaehrungsbeurteilung-eine-zwischenbilanz/id/80962/meldung.html> Aufruf am 12.08.2021.
- [2] 1 und 2. GDA-Betriebsbefragung. Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz: GDA-Betriebs- und Beschäftigtenbefragung. Grundausswertung der Betriebsbefragung 2015 und 2011. Betriebsproportional gewichtet. https://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/Grundausswertung-betriebsprop-Evaluation.pdf?__blob=publicationFile&v=2 Aufruf am 12.08.2021.
- [3] vgl. Kolbitsch, M. und Hensiek, J.: 20 Jahre Gefährdungsbeurteilung: Eine Zwischenbilanz. 2016. <https://www.esv.info/aktuell/20-jahre-gefaehrungsbeurteilung-eine-zwischenbilanz/id/80962/meldung.html> Aufruf am 12.08.2021.
- [4] Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz: Eröffnung der 3. Periode der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA), Interview mit den Vorsitzenden der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz Markus Leßmann (MAGS NRW), Peer-Oliver Villwock (BMAS) und Dr. Stefan Hussy (DGUV). 2021. S. 3. https://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/3-GDA-Periode-Interview-NAK-Vorsitzende.pdf?__blob=publicationFile&v=3 Aufruf am 12.08.2021.
- [5] vgl. Michels, L. und Sommer, S.: Betriebe nehmen die Herausforderungen durch Corona an! Information fördert die Umsetzung der Corona-Arbeitsschutzmaßnahmen. ARP – Arbeitsschutz in Recht und Praxis, 3/2021, S. 94 – 97. Information fördert betriebliche Regelungen zu Corona-Arbeitsschutzmaßnahmen.
- [6] Fischer, C.: Arbeitsschutz-Artikelgesetz – Starke Präventionsimpulse. In: Bundesarbeitsblatt 1. 1996. S. 21.
- [7] vgl. Luczak, H. und Göbel, M.: Von der Verhütung zur Prävention – das Gestaltungspotential des Arbeitsschutzes. In: Landesanstalt für Arbeitsschutz NRW (Hrsg.): Arbeitsschutz in NRW gestern und morgen – Hemmnis oder Motor für Innovationen in der Arbeitswelt? (Dokumentation des Festkolloquiums vom 23. Juni 1997 in Düsseldorf). WAZ Druck, 1998. Duisburg. S. 73.
- [8] vgl. Luczak, H. und Göbel, M.: Von der Verhütung zur Prävention – das Gestaltungspotential des Arbeitsschutzes. In: Landesanstalt für Arbeitsschutz NRW (Hrsg.): Arbeitsschutz in NRW gestern und morgen – Hemmnis oder Motor für Innovationen in der Arbeitswelt? (Dokumentation des Festkolloquiums vom 23. Juni 1997 in Düsseldorf). WAZ Druck, 1998. Duisburg. S. 58.

- [9] vgl. Faber, U.: Das betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutzrecht der Bundesrepublik nach der Umsetzung der europäischen Arbeitsumweltrichtlinien. In: Arbeit. Jg. 7, Heft 3. S. 207.
- [10] Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz: Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation. 2017. https://www.gda-portal.de/DE/Aufsichtshandeln/Gefaehrdungsbeurteilung/Gefaehrdungsbeurteilung_node.html Aufruf am 12.08.2021.
- [11] Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz: Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation. 2017. https://www.gda-portal.de/DE/Aufsichtshandeln/Gefaehrdungsbeurteilung/Gefaehrdungsbeurteilung_node.html Aufruf am 12.08.2021.
- [12] vgl. Kolbitsch, M. und Hensiek, J.: 20 Jahre Gefährdungsbeurteilung: Eine Zwischenbilanz. 2016. <https://www.esv.info/aktuell/20-jahre-gefaehrungsbeurteilung-eine-zwischenbilanz/id/80962/meldung.html> Aufruf am 12.08.2021.
- [13] Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz: Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation. 2017. https://www.gda-portal.de/DE/Aufsichtshandeln/Gefaehrdungsbeurteilung/Gefaehrdungsbeurteilung_node.html Aufruf am 12.08.2021.
- [14] vgl. Pieper, R.: Arbeitsschutzrecht, 6. Auflage, Bund-Verlag, Frankfurt am Main. 2017. S. 1156. Rn 40.
- [15] vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: Die Gefährdungsbeurteilung – Grundlage des Arbeitsschutzes. DGUV-Forum: 9/2010. S. 11. https://forum.dguv.de/issues/archiv/2010/07_DGUV_Forum_9_2010.pdf Aufruf am 12.08.2021.
- [16] vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Arbeitswelt im Wandel. Druck & Verlag Kettler GmbH, Bönen. 2021. S. 77.
- [17] vgl. Reusch, J., Lenhardt, U., Kuhn, J., Moritz, B.: Transformation der Arbeitswelt: Daten, Schwerpunkte, Trends. In: Schröder, L., Urban, H.-J. (Hrsg.): Gute Arbeit, Ausgabe 2019: Transformation der Arbeit – Ein Blick zurück nach vorn. Frankfurt a. M.: Bund-Verlag. S. 345 ff.
- [18] vgl. Sczesny, C. et al. (2014): Empfehlungen für bedarfsorientierte Methoden und Konzepte zur Erweiterung der Kompetenzen von Geschäftsführer/innen und Beschäftigten auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. S. 9.
- [19] vgl. Beck, D. et al.: Aktive Gefährdungsvermeidung bei psychischer Belastung, Möglichkeiten und Grenzen betrieblichen Handelns, Prävention und Gesundheitsförderung 4. 2017. S. 283.
- [20] vgl. Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz: GDA-Betriebs- und Beschäftigtenbefragung. Grundausswertung der Betriebsbefragung 2015 und 2011. Betriebsproportional gewichtet. S. 37. https://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/Grundausswertung-betriebsprop-Evaluation.pdf?__blob=publicationFile&v=2 Aufruf am 12.08.2021.
- [21] vgl. Sommer, S.: Wie vollständig ist der Prozess der Gefährdungsbeurteilung? Bericht kompakt. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Druck & Verlag Kettler GmbH, Bönen 2019. S. 186.
- [22] Kohn, M. und Zwingmann, B.: Beurteilung der Arbeitsbedingungen. Neu denken, mehr erreichen. DGUV Forum 10/2018. S. 28 – 29.
- [23] abgeändert nach Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. Erfahrungen und Empfehlungen. Erich Schmidt Verlag, Berlin 2014.
- [24] Wienemann, E.: Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft, Universität Hannover 2002.
- [25] vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Präventionsgesetz. 2019. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html> Aufruf am 12.08.2021.
- [26] vgl. Wilhelm, M. et al.: Gesundheit fördern – Strukturen entwickeln, In sieben Schritten zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. 2011. <https://www.bgw-online.de/resource/blob/18076/218da1d126d6fd48c9149118c94559ed/bgw04-07-003-gesundheit-foerdern-strukturen-entwickeln-data.pdf> Aufruf am 12.08.2021.
- [27] vgl. Michels, L.: Dritte Europäische Unternehmensbefragung über neue und aufkommende Risiken (ESENER-3): Welche Ergebnisse liegen vor? Gefährdungsbeurteilung: Risiko sensibilisiert, Größe strukturiert, Reden hilft, Aufsicht wirkt, Dienstleistung funktioniert. Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft SdL 01/2021. Abbildung 9. S. 31.
- [28] vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2013): Berechnung des internationalen „Return on Prävention“ für Unternehmen: Kosten und Nutzen von Investitionen in den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. DGUV Report 1/2013. S. 34. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/2799> [12.08.2021]

- [29] vgl. Michels, L.: Dritte Europäische Unternehmensbefragung über neue und aufkommende Risiken (ESENER-3): Welche Ergebnisse liegen vor? Gefährdungsbeurteilung: Risiko sensibilisiert, Größe strukturiert, Reden hilft, Aufsicht wirkt, Dienstleistung funktioniert. Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft SdL 01/2021. S. 25 – 38.
- [30] vgl. Michels, L. und Sommer, S.: Betriebe nehmen die Herausforderungen durch Corona an! Information fördert die Umsetzung der Corona-Arbeitsschutzmaßnahmen. ARP–Arbeitsschutz in Recht und Praxis, 3/2021, S. 94 – 97. Information fördert betriebliche Regelungen zu Corona-Arbeitsschutzmaßnahmen.
- [31] vgl. Beck, D. et al.: Aktive Gefährdungsvermeidung bei psychischer Belastung, Möglichkeiten und Grenzen betrieblichen Handelns, Prävention und Gesundheitsförderung 4/2017, S. 302 – 309.
- [32] vgl. Beck, D., Lenhardt, U., Schmitt-Howe, B. & Sommer, S. (2015): Patterns and predictors of workplace health promotion: cross-sectional findings from a company survey in Germany. In: BMC public health 15, H. 343, [S. 9].
- [33] vgl. Kittelmann, M., Adolph, L., Michel, A., Packroff, R., Schütte, M. & Sommer, S. (Hrsg.): Handbuch Gefährdungsbeurteilung (2021, 1. Auflage). Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. www.BAua.de/gefaehrungsbeurteilung Aufruf am 12.08.2021.
- [34] vgl. Michels, L. und Sommer, S.: Betriebe nehmen die Herausforderungen durch Corona an! Information fördert die Umsetzung der Corona-Arbeitsschutzmaßnahmen. ARP-Arbeitsschutz in Recht und Praxis, 3/2021, S. 94 – 97. Information fördert betriebliche Regelungen zu Corona-Arbeitsschutzmaßnahmen.
- [35] Sommer, S.: Wie vollständig ist der Prozess der Gefährdungsbeurteilung? Bericht kompakt. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Druck & Verlag Kettler GmbH, Bönen 2019.
- [36] Schmitt-Howe, B., Hammer, A.: Formen von Präventionskultur in deutschen Betrieben. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Druck & Verlag Kettler GmbH, Bönen 2019.

Hinweis: Dieser Artikel ist in ähnlicher Fassung erschienen als Michels, Ludger: 25 Jahre Arbeitsschutzgesetz: Auf dem Weg zum Gesundheitsmanagement Teil 1 und 2. In: sicher ist sicher Volume 72 Ausgabe 10/2021, S. 451 – 455. DOI: 10.37307/j.2199-7349.2021.10.04 (Teil 1) und Ausgabe 11/2021 S. 521-525 DOI: 10.37307/j.2199-7349.2021.11.08 (Teil 2).

Die von der SVLFG zu beachtende unterschiedliche Rechtsprechung der Sozial- und Verwaltungsgerichtsbarkeit bei der Beurteilung von Arbeits- und Dienstunfällen

Karl Friedrich Köhler

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) ist nicht nur als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung mit Arbeitsunfällen, sondern auch als Dienstherr [1] im Rahmen der Unfallfürsorge mit Dienstunfällen befasst. Dass dabei – zumindest partiell – uneinheitliche Anerkennungskriterien gelten, zeigt sich erst bei näherer Befassung mit der Rechtsprechung der insoweit unterschiedlich zuständigen Arbeits-, Sozial- und Verwaltungsgerichtsbarkeit (vgl. § 2 Abs. 1 Nr. 3 ArbGG, § 51 Abs. 1 Nr. 3 SGG bzw. § 54 Abs. 1 BeamtStG).

1 Einleitung

Die SVLFG ist als Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft (vgl. § 114 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII) unfallversicherungsrechtlich nach § 132 SGB VII „für sich und ihre eigenen Unternehmen zuständig“. Damit sind nicht nur die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft selbst, sondern auch die der Landwirtschaftlichen Kranken-, Pflege- und Alterskasse bei der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft kraft Gesetzes unfallversichert, sofern sie nicht nach § 4 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII versicherungsfrei sind, weil für sie beamtenrechtliche Unfallfürsorgevorschriften gelten. Letzteres betrifft – abgesehen von wenigen Beamtinnen und Beamten – in erster Linie die Dienstordnungsangestellten der SVLFG [2].

Beamte/Beamtinnen und Dienstordnungsangestellte der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft, die tagtäglich über die Anerkennung vermeintlicher Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten nach dem SGB VII zu entscheiden haben, werden somit ihrerseits nach anderen, nämlich unfallfürsorgerechtlichen Bestimmungen entschädigt, falls sie „in Ausübung des Dienstes“ Verletzungen erleiden sollten, die dann ggf. als Dienstunfälle anzuerkennen sind [3].

2 Beamten- und Dienstordnungsverhältnisse der SVLFG

2.1 Gegenwärtige und künftige Situation

Die vor Gründung der SVLFG (2013) noch circa 200 Beamtenverhältnisse bei den ehemaligen bayerischen Trägern der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung und der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung Mittel- und Ostdeutschland wurden zwar zum 01.01.2013 gem. §§ 134 ff. BBG, 16 ff. BeamtStG und Art. 2 § 1 Abs. 2 LSV-NOG bei der SVLFG fortgesetzt,

jedoch werden nach derzeit geltendem Satzungsrecht – trotz der Dienstherrnfähigkeit der SVLFG (vgl. § 5 Abs. 1 des Gesetzes zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau vom 12.4.2012, BGBl. I S. 579) – neue Beamtenverhältnisse nicht mehr begründet (§ 1 Abs. 3 Satz 2 der SVLFG-Satzung) [4].

Das könnte sich langfristig ändern, denn zum 01.01.2023 treten gem. Art. 28 Abs. 8 des 7. SGB IV-Änderungsgesetzes vom 12.06.2020 (BGBl. I, 1248) folgende Regelungen in Kraft: Durch Art. 7 Nr. 19a und Art. 15 des 7. SGB IV-Änderungsgesetzes wird § 149 SGB VII (mit neuem Inhalt) wieder eingefügt und § 5 des Gesetzes zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau vom 12.04.2012 (BGBl. I S. 579) geändert. Demnach besitzen künftig die Unfallversicherungsträger nach § 114 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII, d. h. die gewerblichen Berufsgenossenschaften und die SVLFG (uneingeschränkte) [5] Dienstherrnfähigkeit i. S. d. § 2 BBG (§ 149 Abs. 2 Satz 1 SGB VII bzw. § 5 Abs. 1 Satz 1 SVLFG-ErrichtungsG, jeweils i. d. F. des 7. SGB IV-ÄndG) mit der Folge, dass sie auch künftig neue Beamtenverhältnisse begründen können. Mit der Verleihung der uneingeschränkten Dienstherrnfähigkeit an die Berufsgenossenschaften wird dem Argument entgegengewirkt, dass durch den mittelfristigen Wegfall der Beschäftigung im Dienstordnungsverhältnis (§ 144 Abs. 2 SGB VII i. d. F. des 7. SGB IV-ÄndG) [6] die Wahrnehmung hoheitlicher Aufgaben in Frage gestellt wird. Es ist zwar vor dem Hintergrund des Funktionsvorbehalts in Art. 33 Abs. 4 GG [7] verfassungsrechtlich nicht geboten, den Beschäftigten der Unfallversicherungsträger, die hoheitliche Befugnisse ausüben, den Beamtenstatus zu verleihen [8]. Das gilt aber nur, solange sichergestellt ist, dass die hoheitlich handelnden Beschäftigten mit Befugnissen zum Grundrechtseingriff (insbesondere die Aufsichtspersonen gem. § 19 SGB VII und die „Bediensteten als Vollstreckungsbeamte“ gem. § 66 Abs. 1 Satz 2 SGB X [9]) aufgrund anderweitiger gesetzlicher Bestimmungen in einem besonderen Dienst- und Treueverhältnis

[10] stehen [11]. Mit dem das Beamtenrecht vollständig implementierenden Dienstordnungsverhältnis war diese Anforderung erfüllt [12]. Mit dem künftigen Wegfall des DO-Rechts ohne gleichzeitige Verleihung der Diensttherrenfähigkeit an die Berufsgenossenschaften wäre diese Anforderung hingegen mittel- und langfristig nicht mehr gegeben. Bei der Begründung von Beamtenverhältnissen haben die gewerblichen Berufsgenossenschaften jedoch nach § 149 Abs. 1 SGB VII n. F. die Vorrangstellung des Arbeitnehmerverhältnisses zu beachten, wodurch der Einsatz von Beamten/Beamtinnen auf den Kernbereich hoheitlicher Tätigkeit sowie auf wesentliche funktionelle Bereiche, deren nähere Konkretisierung der Selbstverwaltung der gewerblichen Berufsgenossenschaften unter Aufsicht des Bundesamts für soziale Sicherung obliegt, begrenzt werden soll [13]. Nach der Gesetzesbegründung, die allerdings insoweit keinen Ausdruck im Gesetzestext gefunden hat, soll dabei ein zahlenmäßiges Verhältnis von ein Fünftel Beamtinnen und Beamte zu vier Fünftel übrige Beschäftigte nicht überschritten werden.

2.2 Unfallfürsorgerechtliche Ansprüche der Beamten und DO-Angestellten

Das Dienstordnungs(DO)-Verhältnis [14] begründet als Sonderform des privatrechtlichen Dienstvertrages ein Rechtsverhältnis eigener Art, für das die materielle Übernahme des Beamtenrechts (insbesondere im Hinblick auf Besoldung, Pension, Beihilfe, Unfallfürsorge und Versicherungsfreiheit in der Sozialversicherung, vgl. §§ 3 Abs. 1 und 6 DO-SVLFG) von jeher charakteristisch war [15]. Mit diesem Rechtsinstitut sollte den Sozialversicherungsträgern, die (ursprünglich) mangels Dienstherreneigenschaft keine Beamten/Beamtinnen beschäftigten durften, die Möglichkeit gegeben werden, – auch unter dem Gesichtspunkt der Personalgewinnung – ein beamtenähnliches Rechtsverhältnis zu begründen [16]. Wegen des privatrechtlichen Charakters des Dienstvertrages sind für Klagen von DO-Angestellten aus dem DO-Verhältnis jedoch nicht die Verwaltungsgerichte, sondern die Arbeitsgerichte zuständig [17].

Wird ein Beamter/eine Beamtin durch einen Dienstunfall verletzt, werden ihm/ihr und seinen/ihren Hinterbliebenen nach § 30 Abs. 1 Satz 1 BeamtVG Leistungen der Unfallfürsorge gewährt. Dabei handelt es sich gem. § 30 Abs. 2 BeamtVG insbesondere um die Kostenübernahme für das Heilverfahren [18], die Erstattung von Sachschäden [19] und besonderen Aufwendungen, das Unfallruhegehalt und die Hinterbliebenenversorgung. Ist der Beamte/die Beamtin infolge des Dienstunfalles in der Erwerbsfähigkeit länger als sechs Monate um mindestens 25 Prozent gemindert, so erhält er/sie, solange dieser Zustand andauert, nach § 35 Abs. 1 Satz

1 BeamtVG neben den Dienstbezügen, den Anwärterbezügen oder dem Ruhegehalt einen Unfallausgleich [20]. Dieser wird in Höhe der Grundrente nach § 31 Abs. 1 bis 3 i. V. m. § 30 Abs. 1 Satz 2 Halbs. 2 BVG gewährt. Im Falle eines sog. qualifizierten Dienstunfalls (§ 37 BeamtVG) [21] können auch hohe einmalige Unfallentschädigungsansprüche bestehen (vgl. § 43 Abs. 1 BeamtVG: 150.000 Euro).

Unfälle, aus denen Unfallfürsorgeansprüche entstehen können, sind nach § 45 Abs. 1 BeamtVG innerhalb einer Ausschlussfrist von zwei Jahren nach dem Eintritt des Unfalls dem Dienstvorgesetzten des Verletzten oder der zuständigen Dienstunfallfürsorgestelle zu melden. Nach Ablauf der Frist wird Unfallfürsorge nur gewährt, wenn seit dem Unfall noch nicht zehn Jahre vergangen sind und gleichzeitig glaubhaft gemacht wird, dass mit der Möglichkeit einer den Anspruch auf Unfallfürsorge begründenden Folge des Unfalles nicht habe gerechnet werden können oder dass der/die Berechtigte durch außerhalb seines Willens liegende Umstände gehindert worden ist, den Unfall zu melden (§ 45 Abs. 2 BeamtVG) [22].

Nichts anderes gilt grundsätzlich auch für DO-Angestellte. Zwar sind diese trotz der weitgehend öffentlich-rechtlichen Ausgestaltung ihrer Anstellungsverhältnisse weder Beamte/Beamtinnen, noch haben sie einen beamtenrechtlichen Status. Infolge der Unterstellung ihres Dienstverhältnisses unter die Dienstordnung im Anstellungsvertrag mit ihrem Dienstherrn wirkt jedoch die Dienstordnung in ihrer jeweiligen Fassung gesetzesgleich auf das Dienstverhältnis ein. Für Dienstordnungsangestellte gelten damit im selben Umfang wie für Beamte und Beamtinnen die jeweils gültigen in Bezug genommenen beamtenrechtlichen Vorschriften, [23] mithin auch die der Unfallfürsorge.

Dienstunfall ist gem. § 31 Abs. 1 Satz 1 BeamtVG ein auf äußerer Einwirkung beruhendes, plötzliches, örtlich und zeitlich bestimmtes, einen Körperschaden verursachendes Ereignis, das in Ausübung des Dienstes eingetreten ist. Der Unterschied zum Arbeitsunfall, der in § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII als Unfall eines Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit definiert wird, scheint auf den ersten Blick gering zu sein, zumal der Unfallbegriff des SGB VII (zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führt, § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII) mit dem des BeamtVG nahezu wörtlich übereinstimmt. Dennoch werden gleiche Risiken im Hinblick auf den Unfallschutz von den Sozial- und Verwaltungsgerichten z. T. unterschiedlich bewertet, was insbesondere dort schwer nachvollziehbar ist, wo Beamte/Beamtinnen und DO-Angestellte einerseits und Tarifbeschäftigte andererseits unter denselben

Bedingungen nebeneinander arbeiten. Häufig stimmt zwar die verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung zum BeamtVG mit der sozialgerichtlichen Rechtsprechung zum SGB VII überein oder verweist sogar auf diese, [24] in einigen Fällen gibt es aber eklatante Unterschiede, die nachstehend unter dem Gesichtspunkt der „Einheit der Rechtsordnung“ näher betrachtet werden sollen. Das ist deshalb geboten, weil die Einheit der Rechtsordnung eine besondere Ausprägung des Gleichheitssatzes darstellt, indem sie Widerspruchslosigkeit zu gewährleisten sucht [25] und damit Verfassungsrang genießt [26]. Es bedarf daher jeweils einer besonderen Rechtfertigung, wenn äußerlich gleich erscheinende Lebensvorgänge (Unfallereignisse) in verschiedenen Rechtsmaterien unterschiedlich beurteilt werden.

3 Aufenthalt in betrieblichen/dienstlichen Toilettenräumen

Besonders augenfällig ist zunächst der von der Sozial- und Verwaltungsgerichtsbarkeit im Hinblick auf den Unfallschutz unterschiedlich beurteilte Aufenthalt von Beamten/Beamtinnen (DO-Angestellten) und Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen in dienstlichen bzw. betrieblichen Toilettenräumen.

3.1 Gesetzliche Unfallversicherung

Die Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit zur Verrichtung der Notdurft und zum dadurch bedingten Aufenthalt in betrieblichen Toilettenräumen lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Obwohl das Verrichten der Notdurft zu den Verrichtungen gehört, ohne die eine ordnungsgemäße Arbeitstätigkeit nicht möglich ist, wird sie grundsätzlich dem unversicherten persönlichen Lebensbereich zugerechnet [27]. Als typisch persönliche Verrichtung steht sie in keinem sachlichen Zusammenhang mit der Arbeit, so dass sie allenfalls bei Mitwirkung besonderer Betriebsgefahren bzw. objektiv gefährlicher Betriebseinrichtungen versichert sein kann [28]. In solchen Fällen wird eine Haftung des Unfallversicherungsträgers insbesondere dann begründet, wenn der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin seinen/ihren Verkehrssicherungspflichten nicht nachgekommen ist [29]. Aber selbst unter dem zuletzt genannten Gesichtspunkt kommt Versicherungsschutz nur in Betracht, wenn durch die örtlichen Gegebenheiten eine besondere Gefahrenquelle geschaffen wird, die in ihrer speziellen Eigenart nicht mit solchen vergleichbar ist, denen der/die Versicherte auch in seinem/ihrer gewöhnlichen Wohnbereich ausgesetzt ist [30]. Nicht dazu zählen z. B. eine Stufe im Toilettenbereich, die gewöhnliche Härte des Fußbodens, die Toiletten-

armaturen oder das gewöhnliche Material der Kabinenverschalung oder deren Tür [31]. Selbst ein nach Reinigungsarbeiten nasser Fußboden in der Toilettenanlage, auf dem keine entsprechenden Hinweisschilder aufgestellt waren, wurde von der Rechtsprechung nicht als besondere betriebliche Gefahrensituation erachtet, weil die latent vorhandene Gefahr, auf nassen Böden in Toilettenräumen auszurutschen, allgemein bekannt sei [32].

Demgegenüber ist das „Aufsuchen“ der betrieblichen Toilette, d. h. das Zurücklegen der insoweit erforderlichen Wege, nach ständiger Rechtsprechung grundsätzlich versichert. Dieser Versicherungsschutz beruht darauf, dass der Weg zur Toilette in zweierlei Hinsicht mit der Betriebstätigkeit verknüpft ist: Zum einen dient der Toilettenbesuch während der Arbeitszeit der Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit und damit der Fortsetzung der betrieblichen Tätigkeit. Und zum anderen handelt es sich um einen Weg, der in seinem Ausgangs- und Zielpunkt durch die Notwendigkeit geprägt ist, persönlich an der Arbeitsstätte anwesend zu sein, um dort betriebliche Tätigkeiten zu verrichten. Aufgrund des Zusammentreffens dieser beiden betriebsbezogenen Merkmale ist ein innerer Zusammenhang zwischen dem Weg zur Toilette und der versicherten Betriebstätigkeit angenommen worden [33].

Der versicherte Weg endet allerdings nach ständiger Rechtsprechung mit dem Durchschreiten der Außentür zur Toilettenräumlichkeit, [34] so dass der Aufenthalt in der betrieblichen Toilettenanlage dem grundsätzlich unversicherten Bereich zugeordnet wird [35]. Dementsprechend hat das Bundessozialgericht (BSG) auch hinsichtlich des Versicherungsschutzes bei der ebenfalls eigenwirtschaftlichen Nahrungsaufnahme entschieden und auch hier den Aufenthalt in der Kantine als grundsätzlich unversichert angesehen, wobei die Grenze zum versicherten Weg ebenfalls an der Außentür der Kantine gezogen wurde [36]. Der unversicherte Bereich umfasst den gesamten Aufenthalt in der Toilette, zu der nicht nur die einzelne Toilettenkabine, sondern auch eine gegebenenfalls aus mehreren Räumen bestehende Toilettenanlage gehört, die – wie üblich – auch Waschbecken und andere Sanitäreinrichtungen enthält [37]. Innerhalb der Toilettenanlage wird deshalb auch das Reinigen der Hände, ein eventuelles „Frischmachen“, Kämmen der Haare oder Ordnen der Kleidung dem unversicherten eigenwirtschaftlichen Bereich zugerechnet [38].

3.2 Beamtenrechtliche Unfallfürsorge

Abweichend von der sozialgerichtlichen Rechtsprechung hat das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) in einem vielbeachteten Urteil vom 17.11.2016 [39] entschieden, dass der Dienstunfallschutz grundsätzlich

auch den Aufenthalt des Beamten/der Beamtin in einem Toilettenraum [40] des Dienstgebäudes umfasst. Bis dahin hatten die Verwaltungsgerichte zwar den Weg zur Toilette als unfallfürsorgerechtlich geschützt erachtet, nicht aber den Aufenthalt in den Toilettenräumen [41]. Der Entscheidung des BVerwG lag ein Fall zugrunde, bei dem eine Beamtin während ihrer Dienstzeit die im Dienstgebäude gelegene Toilette aufgesucht und sich dabei mit dem Kopf am Flügel eines weit geöffneten Fensters im Toilettenraum gestoßen hatte, wodurch sie eine blutende Platzwunde sowie eine Prellung am Schädeldach erlitt.

Nach ständiger Rechtsprechung des BVerwG verlangt das in § 31 Abs. 1 Satz 1 BeamtVG enthaltene Merkmal „in Ausübung des Dienstes“ eine besonders enge ursächliche Verknüpfung des Unfallereignisses mit dem Dienst [42]. Sinn und Zweck der beamtenrechtlichen Dienstunfallfürsorge lägen in einem über die allgemeine Fürsorge hinausgehenden besonderen Schutz des Beamten/der Beamtin bei Unfällen, die außerhalb seiner /ihrer privaten (eigenwirtschaftlichen) Sphäre im Bereich der in der dienstlichen Sphäre liegenden Risiken eintreten, also in dem Gefahrenbereich, in dem der Beamte/die Beamtin entscheidend aufgrund der Anforderungen des Dienstes tätig wird [43]. Ausgehend von diesem Zweck und dem Kriterium der Beherrschbarkeit des Risikos der Geschehnisse durch den Dienstherrn komme dem konkreten Dienstort des Beamten/der Beamtin eine herausgehobene Rolle zu. Risiken, die sich hier während der Dienstzeit verwirklichen, seien dem Dienstherrn zuzurechnen und zwar unabhängig davon, ob die Tätigkeit, bei der sich der Unfall ereignet hat, dienstlich geprägt ist. Eine Ausnahme gelte nur für den Fall, dass diese Tätigkeit vom Dienstherrn verboten [44] sei oder dessen wohlverstandenen Interessen zuwiderlaufe [45]. Das BVerwG prüft den Dienstzusammenhang somit grundsätzlich nicht tätigkeitsbezogen, sondern unterstellt den Beamten und Beamtinnen anhand räumlich-zeitlicher Kriterien während der Dienstzeit innerhalb des Dienstgebäudes dem Dienstunfallschutz, ohne gesondert nach der Handlungstendenz bei der konkret ausgeübten Tätigkeit zu fragen [46].

Nach Auffassung des BVerwG tragen diese Grundsätze dem Umstand Rechnung, dass auch bei der Dienstausbübung regelmäßig dienstliche und private Aspekte nicht streng voneinander zu trennen sind und es nur darum gehen könne, wann und unter welchen Voraussetzungen die auch bei der Ausübung des Dienstes naturgegebene „Gemengelage“ eindeutig dem privaten Bereich zuzurechnen sei. Bereits in einer früheren Entscheidung hatte das BVerwG insoweit ausgeführt: „Daß der Beamte unter Unfallschutz verbleibt, wenn er während des Dienstes den im Dienstgebäude gelegenen Waschraum aufsucht, oder wenn er sich auf dem Flur

des Dienstgebäudes ein Glas Trinkwasser holt, kann ernstlich nicht in Frage gestellt werden. Nichts anderes kann gelten, wenn der Beamte an seinem Schreibtisch seine Gedanken in den privaten Bereich abschweifen läßt, wenn er ans Fenster tritt, um einen Vorgang auf der Straße zu beobachten, wenn er mit einem Kollegen ein privates Gespräch führt, zumal wenn das Gespräch aus dem dienstlichen in den privaten Bereich übergang, oder wenn er in der Bücherei nach dem Studium von Fachliteratur auch einen Blick in eine dort aushängende illustrierte Zeitschrift wirft. Der Beamte ist kein ‘Dienstausübungsautomat’, sondern er bleibt auch im Dienst und auch bei der ‘Ausübung’ des Dienstes ein Mensch mit seinen persönlichen Bedürfnissen, Gedanken und Empfindungen. Sein Verhalten schwankt – auch im Rechtssinne – nicht von Minute zu Minute zwischen Dienstausbübung und außerdienstlichem Verhalten hin und her. Es kann sich nur darum handeln, wann und unter welchen Voraussetzungen die auch bei der Ausübung des Dienstes naturgegebene ‘Gemengelage’ eindeutig dem privaten Bereich zuzurechnen ist.“ [47]

Eine einengende, wörtliche Interpretation, die darauf abstellt, ob der Beamte/die Beamtin gerade im Augenblick der Einwirkung eines schädigenden Ereignisses auf seinen/ihren Körper mit einer spezifisch dienstlichen Verrichtung befasst war, ginge deshalb, so das BVerwG, an der Lebenswirklichkeit vorbei und risse Vorgänge, die bei lebensnaher Betrachtung nur als Gesamtverhalten gewertet werden können, auseinander [48]. Der Rechtsprechung der Sozialgerichte zur Auslegung des § 8 SGB VII in Bezug auf den Aufenthalt von Versicherten in betrieblichen Toilettenräumen sei für den Bereich des Dienstunfallsschutzes daher nicht zu folgen.

3.3 Stellungnahme

Das BVerwG bestätigt in seiner Entscheidung vom 17.11.2016 [49] den von ihm entwickelten Grundsatz, wonach das dem § 31 Abs. 1 Satz 1 BeamtVG zugrundeliegende Kriterium der Beherrschbarkeit des Risikos im Dienst durch den Dienstherrn zur Auslegung der Norm entscheidend sei. Befindet sich der Beamte/die Beamtin also während des Unfalls im Dienstgebäude (räumliche Abgrenzung) und ereignet sich der Unfall während der Dienstzeit (zeitliche Abgrenzung) [50], geschieht der Unfall i. d. R. auch „in Ausübung des Dienstes“, denn der Beamte/die Beamtin befindet sich im grundsätzlich unfallfürsorgerechtlich geschützten Bereich [51]. Im Zweifel sind damit verbundene Ungeheimheiten solange hinnehmbar, wie es nicht zu einer vom Gesetzgeber nicht gewollten und deshalb nicht mehr akzeptablen Ausdehnung der Unfallfürsorge auf Bereiche kommt, deren Gefahrenlage der Beamte/

die Beamtin im Wesentlichen selbst beherrschen und beeinflussen kann [52]. Der beamtenrechtliche Dienstunfallsschutz reicht somit weiter als der sozialversicherungsrechtliche Unfallversicherungsschutz. Insbesondere werden wegen der maßgeblichen Anknüpfung an die Beherrschbarkeit des Risikos in den Diensträumen und während der Dienstzeit auch Tätigkeiten erfasst, die sozialversicherungsrechtlich dem sog. eigenwirtschaftlichen Bereich zugerechnet werden.

Ist das nun ein weiterer Beleg für die in der Öffentlichkeit häufig kritisierten Beamtenprivilegien [53] oder greift hier nicht vielmehr das Recht der gesetzlichen Unfallversicherung zu kurz? Die zur Rechtfertigung des unterschiedlichen Unfallschutzes von einigen Vertretern der Literatur ins Feld geführten Strukturunterschiede zwischen einem Beamtenverhältnis und einem privatrechtlichen Arbeitsverhältnis, die nun einmal zur Folge hätten, dass in mancherlei Hinsicht die eine Statusgruppe besser steht als die andere, [54] vermögen ausgerechnet hier, in einem Bereich der menschlichen Bedürfnisbefriedigung, jedenfalls nicht zu überzeugen. Deshalb begründet das BVerwG den Dienstzusammenhang im Dienstgebäude auch nicht mit dem Status des Beamten/der Beamtin (besondere Treuepflicht), sondern allein mit dem abstrakten räumlichen Einfluss- und Machtbereich des Dienstherrn [55].

Daher könnte die vorstehend zitierte Rechtsprechung des BVerwG zur Unfallfürsorge im Toilettenbereich trotz der Verschiedenheiten der Systeme durchaus auf das Recht der gesetzlichen Unfallversicherung übertragen werden, zumal die jeweiligen Interessenlagen, die zur Abgrenzung der vom Unfallschutz umfassten Risikosphäre gegenüber dem privaten Gefahrenbereich jeweils entsprechen. Wege zur Toilette stehen, wie bereits dargestellt, deshalb unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung, weil die Verrichtung der Notdurft zum einen für die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit notwendig und daher betriebsdienlich ist, und zum anderen, weil der räumliche Verbleib des Beschäftigten dabei durch seine Eingliederung in den Betrieb geprägt ist. Angesichts dessen leuchtet es schlichtweg nicht ein, wieso der sich an den Weg anschließende Aufenthalt in der betriebseigenen Toilette nicht unter Unfallversicherungsschutz stehen soll [56]. Molkentin weist in diesem Zusammenhang zu Recht darauf hin, dass der Weg zur Toilette der eigentlichen Toilettennutzung funktional untergeordnet ist. Dennoch wird der „sinnvolle“ Teil des sozialen Handlungskontinuums „Befriedigung zwingender biologischer Bedürfnisse durch Toilettennutzung“, nämlich die Nutzung an sich, durch die Sozialgerichtsbarkeit der Verantwortung des Beschäftigten überantwortet, während der unterstützende Teil – das Zurücklegen des Weges – versichert ist. Das sei, so Molkentin zu Recht, weder sinnvoll noch nach dem Zweck des Gesetzes erforderlich [57].

Nicht gerechtfertigt ist vor allem die von der sozialgerichtlichen Rechtsprechung vorgenommene Gleichsetzung des betrieblichen Toilettenbereichs mit der Privatsphäre des/der Versicherten [58] und die Annahme, beim Aufsuchen der betrieblichen Toilette bestünde grundsätzlich keine größere Gefährdung als beim Aufsuchen der häuslichen Toilette. Es besteht zwar kein Zweifel daran, dass der Aufenthalt innerhalb der Privatsphäre des/der Versicherten, insbesondere im häuslichen Bereich, nicht dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung unterliegt, selbst wenn sich der/die Versicherte hier bereits – unmittelbar vor Verlassen des Hauses – auf dem Weg zur Arbeit befinden sollte [59]. Gerechtfertigt wird dies aber allein damit, dass der/die Versicherte seinen/ihren häuslichen, privaten Bereich beherrscht und der Unternehmer/die Unternehmerin insoweit nicht präventiv tätig sein kann. Beide Argumente treffen aber auf eine betriebliche Toilette gerade nicht zu. Allein dem Unternehmer/der Unternehmerin obliegt es, für ausreichende Sicherheit in sämtlichen Betriebsräumen, zu denen auch die Toiletten gehören, zu sorgen, während der/die Beschäftigte, der/die während der Arbeitszeit auf die Benutzung der Betriebstoilette angewiesen ist, keine Einflussmöglichkeit hat, auf die Sanitärräume schadensmindernd einzuwirken. Allein das indiziert bereits, dass ein Unfall auf der betrieblichen Toilette mit einem Unfall in der privaten Wohnung des Beschäftigten nicht vergleichbar ist und demzufolge auch nicht gleichbehandelt werden darf. „Der vermeintliche Ausschluss des Versicherungsschutzes auf der Toilette ist lediglich eine erdachte Rechtsfigur, überzeugend und vom Gesetz gefordert war sie nie.“ [60]

4 Freiwillige Schutzimpfungen

Dass aber die Rechtsprechung des BVerwG zur Unfallfürsorge der Beamten und Beamtinnen keinesfalls stets auf das Unfallversicherungsrecht nach dem SGB VII übertragen werden sollte, zeigt das Beispiel der freiwilligen Schutzimpfungen.

4.1 Gesetzliche Unfallversicherung

Gelegentlich empfehlen Unternehmer/Unternehmerinnen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern eine Schutzimpfung gegen übertragbare Krankheiten, beispielsweise in Zeiten einer grassierenden Grippe- wellen. Dabei kann es in seltenen Fällen zu Impfschäden kommen, die wegen des eigenwirtschaftlichen Interesses der Betroffenen an gesundheitserhaltenden Maßnahmen von der sozialgerichtlichen Rechtsprechung nicht als Versicherungsfälle i. S. des § 7 SGB VII anerkannt werden [61]. Daran ändert auch die Tatsa-

che nichts, dass der Unternehmer/die Unternehmerin generell ein Interesse an der Erhaltung der Arbeitskraft seiner Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer hat [62]. Dies liegt ganz auf der Linie der Rechtsprechung des BSG, wonach Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit (z. B. Arztbesuche) generell zum unversicherten persönlichen Lebensbereich gehören [63]. Auch diese Maßnahmen sind nicht schon deshalb der versicherten Tätigkeit zuzurechnen, weil sie mittelbar den Interessen des Unternehmens dienen. Das gilt selbst dann, wenn dabei betriebliche Sozialeinrichtungen in Anspruch genommen werden.

Unfallversicherungsschutz besteht hingegen ausnahmsweise, wenn der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin nicht nur eine Empfehlung ausgesprochen, sondern die bei ihm/ihr beschäftigten Personen kraft seines/ihrer Direktionsrechts zur Teilnahme an einer Impfung angehalten hatte [64]. Das gilt auch, wenn die getroffene Maßnahme wesentlich dem Unternehmen dient, weil durch die berufliche Tätigkeit des/der Versicherten eine Schutzimpfung erforderlich ist, [65] wie beispielsweise bei medizinischem Krankenhauspersonal [66].

4.2 Beamtenrechtliche Unfallfürsorge

Abweichend von der sozialgerichtlichen Rechtsprechung hat das BVerwG mit Urteil vom 29.08.2013 [67] die Schädigung eines Beamten/einer Beamtin bei einer freiwillig vorgenommenen Gripeschutzimpfung als Dienstunfall anerkannt. Dabei stufte das BVerwG die vom Dienstherrn durch einen Aushang im Dienstgebäude angebotene freiwillige Impfung während der Dienstzeit als dienstliche Veranstaltung i. S. d. § 31 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 BeamtVG ein und ordnete den Unfall der Risikosphäre des Dienstherrn zu. Dieser hatte den Beamten zwar weder angewiesen, sich impfen zu lassen, noch hatte er auch nur eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen. Allerdings hatte der Dienstherr durch die Schilderung der Virusgrippe als lebensbedrohliche Erkrankung sowie durch den Hinweis auf eine gute Verträglichkeit des Impfstoffs sein Interesse an der Teilnahme der Beschäftigten zum Ausdruck gebracht. Zudem hatte der Dienstherr den Impfstoff bestimmt, das Personal und die Räumlichkeiten zur Durchführung der Impfung zur Verfügung gestellt und sämtliche Kosten übernommen. Nach Auffassung des BVerwG lag die Impfung damit objektiv im dienstlichen Interesse, zumal bei geimpften Bediensteten das Risiko geringer sei, krankheitsbedingt auszufallen [68].

4.3 Stellungnahme

Das BVerwG erweitert somit auch in diesen Fällen die abstrakte Risikosphäre des Dienstherrn zu dessen

Lasten auf eigenwirtschaftliche Tätigkeiten der Beamten und Beamtinnen (bzw. DO-Angestellten) [69]. Dabei wird jedoch nicht erkennbar, warum nur der Dienstherr ein gewichtiges Interesse daran haben sollte, dass seine Beamten/Beamtinnen eine gesundheitliche Präventivmaßnahme ergreifen und somit ggf. das Risiko eines Arbeitsausfalls bei sich oder ihren ansteckungsgefährdeten Kollegen und Kolleginnen mindern, während dies bei einem Unternehmer/einer Unternehmerin gegenüber den Beschäftigten nicht der Fall sein soll. Beamte/Beamtinnen und DO-Angestellte tragen im Vergleich zu Beschäftigten auch kein höheres Risiko dahingehend, dass es bei einer Gripeschutzimpfung zu Schädigungen kommt, so dass ihr insoweit von der Verwaltungsgerichtsbarkeit zuerkannter Unfallschutz angesichts des eigenwirtschaftlichen Interesses eines jeden Menschen an seiner Gesunderhaltung nicht nachvollziehbar ist.

Ungeachtet dessen steht zu befürchten, dass das BVerwG mit seiner großzügigen Rechtsprechung zu Gripeschutzimpfungen der Beamtenschaft einen Bärendienst erwiesen hat. Um sich nämlich vor Entschädigungsansprüchen zu schützen, werden es sich Dienstherrn in Zukunft sehr genau überlegen, ob sie entsprechende Impfempfehlungen und Impfangebote trotz ihrer Sinnhaftigkeit überhaupt noch aussprechen sollten [70]. In den Verwaltungsvorschriften einiger Bundesländer werden bereits heute Maßnahmen des behördlichen Gesundheitsmanagements [71] ausdrücklich als nicht dem Dienstunfallrecht unterfallend bezeichnet [72].

5 Körperpflege während einer Dienstreise

Den nach dem SGB VII Versicherten dürfte es auch kaum zu vermitteln sein, dass Beamte und Beamtinnen – wenn auch unter strengen Voraussetzungen – während einer Dienstreise bei der Körperpflege einen Dienstunfall erleiden können, während die gewöhnliche Körperreinigung (Duschen) eines Beschäftigten auf Dienstreisen grundsätzlich nicht versichert ist [73]. Eindrucksvoll belegen das zwei Entscheidungen der Verwaltungs- bzw. Sozialgerichtsbarkeit aus dem Jahr 2007, [74] die jeweils den Unfall einer Lehrkraft beim Duschen während eines Schullandheimaufenthalts zum Gegenstand hatten. Während der VGH Baden-Württemberg für die beamtete Lehrkraft das Vorliegen eines Dienstunfalls bejahte, lehnte das LSG Sachsen-Anhalt bei einer angestellten Lehrerin die Anerkennung eines Arbeitsunfalls ab. Beide Entscheidungen wurden im jeweiligen Revisionsverfahren bestätigt [75].

5.1 Beamtenrechtliche Unfallfürsorge

Der VGH Baden-Württemberg [76] und das BVerwG [77] begründen ihre Entscheidungen damit, dass eine beamtete Lehrkraft während einer Klassenfahrt 24 Stunden am Tag im Dienst sei, da sie stets die Aufsichtspflicht über die ihr anvertrauten Schülerinnen und Schüler habe und sich jederzeit zum Eingreifen bereithalten müsse. Dabei habe auch das Duschen in engem natürlichem Zusammenhang mit den der Lehrkraft übertragenen Dienstaufgaben gestanden, [78] da die Dienstpflicht der Lehrkraft währenddessen fortbestand und sie deswegen gezwungen war, die sanitären Einrichtungen des Schullandheims zu nutzen. Der Dienstherr müsse das spezifische örtliche Risiko in Gebäuden tragen, in denen der Beamte/die Beamtin zur Diensterrfüllung übernachten müsse, da nach dem Normzweck des § 31 Abs. 1 Satz 1 BeamtVG der Dienstort der räumlichen Risikosphäre des Dienstherrn zuzurechnen sei. „Dies bedeutet, dass der Dienstherr jedenfalls das spezifische örtliche Risiko für solche Verrichtungen trägt, die wie die Körperpflege eigentlich der privaten Lebenssphäre zuzurechnen sind, die der Beamte aber aufgrund der dienstlichen Erfordernisse in dem Gebäude vornehmen muss“ [79].

In seinem Urteil vom 25.02.2010 [80] wird das BVerwG insoweit noch deutlicher. Dort heißt es: „Risiken, die sich (am Dienstort) während der Dienstzeit verwirklichen, sind dem Dienstherrn zuzurechnen, unabhängig davon, ob die Tätigkeit, bei der sich der Unfall ereignet hat, dienstlich geprägt ist. ... Sind dem Beamten für gewisse Zeit Aufgaben zugewiesen, die er nicht an seinem üblichen Dienstort, ... sondern an einem anderen Ort wahrnehmen muss, so wird dieser Ort für die Dauer der Aufgabenerledigung vorübergehend Dienstort. ... Diese Gleichstellung des abgrenzbaren räumlichen Bereichs, in dem der Beamte seinen Dienst zu erbringen hat, mit dem räumlichen Machtbereich des Dienstherrn hat zur Folge, dass dem Dienstherrn im Rahmen des § 31 Abs. 1 Satz 1 BeamtVG auch hier die Verwirklichung sämtlicher Risiken unabhängig von der Frage zugeordnet wird, ob die konkrete Tätigkeit, bei der es zu dem Körperschaden gekommen ist, dienstlich geprägt ist. Ausnahmen gelten ... nur für die Fälle, in denen die konkrete Verhaltensweise des Beamten etwa wegen eines ausdrücklichen Verbots schlechthin nicht mehr in Zusammenhang mit der gebotenen Dienstausbübung gebracht werden kann“ [81].

5.2 Gesetzliche Unfallversicherung

Das LSG Sachsen-Anhalt [82] bzw. das BSG [83] vertreten dagegen die Auffassung, dass eine angestellte Lehrkraft während eines Schullandheimaufenthalts gerade nicht ständig im Dienst sei, obwohl auch ihr die

Aufsichtspflicht über die Schüler ohne Unterbrechung obliege. Der Dienst würde vielmehr durch höchstpersönliche Verrichtungen, wozu auch das Duschen gehöre, [84] unterbrochen. Das BSG bestätigt damit seine ständige Rechtsprechung, wonach auch bei Dienstreisen zwischen Betätigungen zu unterscheiden ist, die mit dem Beschäftigungsverhältnis wesentlich zusammenhängen, und solchem Verhalten, das zur Privatsphäre des/der Reisenden gehört [85]. Das Gericht hat einen lückenlosen Versicherungsschutz auf Dienst- und Geschäftsreisen auch unter dem Gesichtspunkt, dass der/die Versicherte gezwungen sei, sich an einem fremden Ort in einer fremden Umgebung aufzuhalten, stets abgelehnt. Deshalb entfällt der Versicherungsschutz auch auf Geschäftsreisen, wenn der/die Reisende sich rein persönlichen, von seinen/ihren betrieblichen Aufgaben nicht mehr wesentlich beeinflussten Belangen widmet [86].

Lediglich in zwei Fällen kann ausnahmsweise auch das Duschen der versicherten Tätigkeit eines/einer Beschäftigten zugerechnet werden, nämlich dann, wenn (1.) durch die Art der Arbeit ein begründetes Bedürfnis für die Körperreinigung entstanden war und diese auf der Arbeitsstätte oder in deren Nähe und während der Arbeitszeit oder zumindest vor dem Heimweg erfolgte, [87] und (2.) im Rahmen von Arbeitstätigkeiten, bei denen der/die Versicherte einer so starken Hitzeeinwirkung ausgesetzt war, dass er/sie auf eine Erfrischung angewiesen war, um ohne erhebliche Schwächung der Arbeitskraft bis zum Ende der Schicht durchhalten zu können [88]. Konsequenterweise wurde daher in der Entscheidung des BSG vom 04.06.2002 [89] der Versicherungsschutz für ein Duschen im Hotel nach dem Ende der Arbeitsschicht verneint, weil es sich nicht um eine Erfrischung im Laufe der Arbeitsschicht handelte.

5.3 Stellungnahme

Während das BSG die Auffassung vertritt, das Duschen eines/einer Beschäftigten während einer Dienstreise sei grundsätzlich als eigenwirtschaftlich zu qualifizieren, [90] erachtet der VGH Baden-Württemberg das Duschen einer beamteten Lehrkraft während eines Schullandheimaufenthalts als in einem engen natürlichen Zusammenhang mit den Dienstaufgaben stehend, da ohne Körperpflege eine Dienstleistung auf längere Dauer nicht möglich sei.

Das BSG nimmt ausdrücklich auf das Urteil des VGH Baden-Württemberg Bezug, indem es ausführt: „Die Auffassung des VGH Baden-Württemberg, ein beamteter Lehrer sei während der gesamten Dauer eines Schullandheimaufenthalts im Dienst, mithin 24 Stunden am Tag, es sei denn, er habe sich von diesem gelöst ..., ist auf die gesetzliche Unfallversicherung nach dem SGB

VII nicht übertragbar. Zwischen der beamtenrechtlichen Unfallfürsorge und dem Unfallversicherungsschutz von Beschäftigten bestehen trotz gewisser Gemeinsamkeiten in der Ausgestaltung erhebliche strukturelle Unterschiede aufgrund der verschiedenen Inhalte von Beamtenverhältnis einerseits und Versicherungsverhältnis von Beschäftigten andererseits.“ [91] Umgekehrt folgt daraus, dass auch die in der gesetzlichen Unfallversicherung entwickelten Grundsätze für die Körperreinigung während einer Dienstreise wegen besagter Unterschiede nicht auf die beamtenrechtliche Unfallfürsorge übertragen werden können. Man fragt sich allerdings, worin diese (im Übrigen selbstverständlich bestehenden) „erheblichen strukturellen Unterschiede“ im konkreten Moment der unter der Dusche stehenden beamteten bzw. angestellten Lehrkraft bestehen sollen. Es gibt sie nicht, so dass sich die Berufung auf sie als Leerformel erweist. Wird darauf Bezug genommen, so bedarf es stets einer konkreten Begründung, zumal das BSG schon vor beinahe 60 Jahren ausgeführt hatte, dass ein sachgerechter Differenzierungsgrund erforderlich sei, weil „für den dadurch betroffenen Personenkreis – auch unter Berücksichtigung eines im Laufe der letzten Jahrzehnte eingetretenen gewissen Wandels der Verhältnisse der Staatsdiener – möglicherweise nicht eine in jeder Beziehung zweckmäßige, gerechte und der Billigkeit entsprechende Regelung“ vorliegt [92].

Die von der Verwaltungsgerichtsbarkeit dem Dienstherrn zugerechneten Risiken, die sich während der Dienstzeit am Dienort der Beamten und Beamtinnen unabhängig davon verwirklichen, ob die zum Unfall führende Tätigkeit dienstlich geprägt ist, hat praktisch zur Folge, dass damit jeder beliebige Unfall während der Dienstzeit am Dienort zum Dienstunfall wird, sofern die zum Unfall führende Verrichtung nicht verboten ist oder dem Dienst eindeutig zuwiderläuft. Die Tatsache, dass sich ein Beamter/eine Beamtin (DO-Angestellter) auch während der Dienstzeit am Dienort eindeutig persönlichen (nicht verbotenen) Belangen zuwenden kann, die mit seiner Dienstausbübung in keinerlei sachlichem Zusammenhang stehen, wird damit schlichtweg ignoriert und dürfte mit Sinn und Zweck des § 31 Abs. 1 Satz 1 BeamtVG kaum zu vereinbaren sein [93]. Da hilft es auch nicht weiter, wenn in der Literatur darauf hingewiesen wird, dass aufgrund dieser Rechtsprechung innerhalb der räumlich-zeitlichen Risikosphäre des Dienstherrn zumindest die „evident eigenwirtschaftlichen Tätigkeiten“ vom Schutz der Unfallfürsorge ausgeschlossen seien, wobei eine „lebensnahe gesamtgesellschaftliche Betrachtung des Verhaltens des Beamten“ anzustellen sei [94]. Demnach wäre die morgendliche Körperreinigung der Lehrkraft während einer Klassenfahrt zwar eigenwirtschaftlich, aber als solche nicht „evident“? Eine derartige Abgrenzung dürfte praktisch kaum zu handhaben sein.

Zur Vermeidung von Missverständnissen ist aber anzumerken, dass aus den vorstehend zitierten Entscheidungen des VGH Baden-Württemberg bzw. des BVerwG nicht etwa abzuleiten ist, dass sämtliche Beamte/Beamtinnen oder DO-Angestellte während einer Dienstreise bei der Körperreinigung stets unfallfürsorgerechtlich geschützt seien [95]. In den Urteilen wurde wesentlich darauf abgestellt, dass sich die beamtete Lehrkraft während eines Schullandheimaufenthalts sowohl in zeitlicher als auch räumlicher Hinsicht ständig im Dienst befindet. Diese Besonderheit ist bei sonstigen Beamten/Beamtinnen während einer Dienstreise nicht gegeben, so dass hier eindeutig zwischen dienstlichen und privaten Tätigkeiten am Dienstreiseort zu unterscheiden ist. Zu Recht hat deshalb das OVG Berlin-Brandenburg die Anerkennung eines Dienstunfalls beim morgendlichen Duschen im Hotel während einer mehrtägigen Dienstreise abgelehnt, weil die normale Körperpflege vor Arbeitsbeginn in die Privatsphäre des Beamten/der Beamtin falle [96]. Auch für die Studierenden der SVLFG (DO-Angestellte) beschränkt sich der Versicherungsschutz während der internatsmäßigen Unterbringung im Kasseler Verwaltungsseminar regelmäßig auf solche Verrichtungen, die mit dem Besuch der Bildungsstätte in einem inneren Zusammenhang stehen. Davon zu trennen ist der den häuslichen Bereich ersetzende Aufenthalt im Internat [97]. Die Belegung des Zimmers und das Auspacken des Koffers mögen angesichts dessen noch im inneren Zusammenhang mit der Dienstreise stehen, [98] nicht aber der anschließende gewöhnliche Aufenthalt im Internatszimmer.

6 Garagenfälle

Dass die Rechtsprechung zur Unfallfürsorge keineswegs immer „großzügiger“ ist als die zur gesetzlichen Unfallversicherung, zeigt sich in Teilbereichen des Wegeunfallrechts [99], hier insbesondere bei den sog. „Garagenfällen“, bei denen sich ein Unfall während des Aufenthalts in einer privaten Garage des/der Betroffenen unmittelbar vor oder nach dem Zurücklegen des Weges zwischen dem Dienst- bzw. Beschäftigungsort und der Wohnung ereignet.

6.1 Gesetzliche Unfallversicherung

Die Sozialgerichtsbarkeit hat wiederholt zu der Frage Stellung genommen, wann der Unfallversicherungsschutz auf Wegen (vgl. § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII) beginnt, wenn der/die Versicherte nach Verlassen des Wohnbereiches zu seinem/ihren Fahrzeug geht, um mit diesem den Ort der versicherten Tätigkeit zu erreichen. Nach der Rechtsprechung des BSG ist es in diesen

Fällen von Bedeutung, ob sich das Fahrzeug in einem Raum befindet, der vom Hausinneren erreicht werden kann, z. B. in einer direkt an das Wohnhaus angebauten Garage mit Verbindungstür oder einer Tiefgarage mit Zugang über das Treppenhaus. Wird eine solche Garage vom Wohnhaus aus betreten, so besteht in der Garage noch kein Versicherungsschutz. Dieser setzt erst mit dem Verlassen der Garage ein. Hingegen besteht auch in der Garage Versicherungsschutz, wenn diese mit dem Wohnhaus keine bauliche Einheit bildet, also nicht direkt vom Wohnhaus aus zu betreten ist [100].

Diese Rechtsprechung ist Folge der sog. „Außenhaustür-Theorie“, [101] bei der zur Abgrenzung des von der gesetzlichen Unfallversicherung erfassten öffentlichen von dem nicht versicherten privaten Lebensbereich des Beschäftigten auf die Außentür des Wohngebäudes des/der Versicherten abgestellt wird. Diese klare Grenzziehung nimmt gewisse Ungereimtheiten in Kauf, wie beispielsweise die Einbeziehung von Hof oder Vorgarten in den von der Unfallversicherung erfassten Bereich und andererseits den Ausschluss des Versicherungsschutzes innerhalb der Gemeinschaftsflächen eines Mehrfamilienhauses (Flure, Treppen usw.), obwohl der/die Versicherte das Unfallrisiko auf den privaten Flächen vor seinem/ihrer Haus beherrscht, während das beispielsweise im Treppenhaus eines Mehrfamilienhauses aufgrund des Verhaltens der übrigen Bewohner und Bewohnerinnen nicht immer der Fall ist.

6.2 Beamtenrechtliche Unfallfürsorge

Gemäß § 31 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 1 BeamtVG gilt als Dienst auch das Zurücklegen des mit dem Dienst zusammenhängenden Weges nach und von der Dienststelle. Von der Unfallfürsorge umfasst ist dieser Weg allerdings nur, wenn er mit dem Dienst in einem funktionalen Zusammenhang steht und die mit dem Dienst nicht zusammenhängenden Ursachen in den Hintergrund treten, der Weg also wesentlich durch den Dienst geprägt ist [102]. Auch im Recht der Unfallfürsorge gilt die Außentür des vom Beamten/von der Beamtin bewohnten Hauses grundsätzlich als Grenzlinie, bei deren Überschreitung der fürsorgerechtlich geschützte Weg beginnt [103] und zwar auch dann, wenn nach dem Durchschreiten der Tür und vor dem Erreichen des öffentlichen Verkehrsraums zunächst noch Teile des Privatgrundstücks überquert werden müssen [104].

Im Gegensatz zur Rechtsprechung des BSG, das die Grenze zwischen privater und versicherter Risikosphäre stets an der Außentür des vom/von der Versicherten bewohnten Hauses zieht, so dass auch der Innenraum einer mit dem Wohnhaus baulich nicht verbundenen Garage zum unfallversicherten Bereich zählt, sieht das BVerwG keine Notwendigkeit, das der gesetzlichen

Regelung in § 31 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 1 BeamtVG nach Sinn und Zweck der Vorschrift zugrundeliegende Kriterium der Beherrschbarkeit des Risikos zugunsten einer starren Grenzziehung aufzugeben. Es hat daher mit Urteil vom 27.01.2005 [105] entschieden, dass der Unfall eines Beamten/ einer Beamtin auf dem Heimweg von seiner/ihrer Dienststelle in einer 60 Meter vom Wohnhaus entfernten privaten Garage kein Dienstunfall sei. Begründet wurde die Entscheidung im Wesentlichen damit, dass auch die mit dem Wohnhaus nicht verbundene Garage des Beamten/der Beamtin ebenso wie die Wohnung zum privaten Lebensbereich gehöre. In beiden Bereichen beherrsche der Beamte/die Beamtin die jeweils gegebene Unfallgefahr selbst. Zur Abgrenzung zwischen dem privaten und dem unfallgeschützten öffentlichen Bereich diene parallel zur Außentür des Wohnhauses das Garagentor.

Mit Urteil vom 26.11.2013 [106] hat das BVerwG darüber hinaus entschieden, dass auch private Parkhäuser oder Parkplätze, unabhängig davon, ob sie der Verfügungsberechtigte für jedermann oder nur für einen beschränkten Nutzerkreis geöffnet hat, ebenso wie sonstige private Flächen, die von Fahrzeugführern aufgrund ausdrücklicher oder stillschweigender Duldung des Eigentümers genutzt werden können, vom Dienstunfallsschutz des § 31 Abs. 2 Satz 1 BeamtVG ausgeschlossen sind [107].

6.3 Stellungnahme

Die Rechtsauffassung des BVerwG führt in den Fällen, in denen Garage und Wohnhaus keine bauliche Einheit bilden, zu einer Schlechterstellung der Beamten/Beamtinnen und DO-Angestellten im Vergleich zu den in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherten Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen. Dies wird auch vom BVerwG so gesehen und ausdrücklich angesprochen [108]. Begründet wird die Schlechterstellung zunächst damit, dass der Beamte/die Beamtin die Unfallgefahren in seiner/ihrer privaten Garage selbst beherrsche. Ebenso wie in den Schullandheim-Entscheidungen [109] wird damit dem Kriterium der „Herrschaftssphäre des Dienstherrn“ die entscheidende Bedeutung als Abgrenzungskriterium beigemessen.

Das allein erklärt aber noch nicht, warum der Beamte/die Beamtin (DO-Angestellte) in derartigen Situationen schlechter gestellt sein soll als der/die Beschäftigte, für den/die das Argument der Risikobeherrschung doch in gleicher Weise gelten müsste. Das BVerwG begründet die Schlechterstellung des Beamten/der Beamtin deshalb zusätzlich damit, dass die bloß fiktionale Gleichstellung des Wegeunfalls mit dem Dienstunfalltatbestand (nach § 31 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 1 BeamtVG „gilt“ als Dienst auch das Zurücklegen des mit dem

Dienst zusammenhängenden Weges nach und von der Dienststelle) sowie dessen Charakter als sozialpolitisch motivierte Ausnahmeregelung eine restriktive Interpretation des Wegeunfalltatbestandes im Recht der Unfallfürsorge gebiete [110].

Dem kann schon allein deshalb nicht gefolgt werden, weil es keinen rechtstheoretischen Grundsatz gibt, der besagen würde, dass eine fiktionale Gleichstellung ein qualitatives Minus gegenüber der unmittelbaren Geltung der Ausgangsnorm darstellt. Im Gegenteil, es entspricht dem Wesen der Fiktion als Rechtsinstitut, dass sie eine vollständige Gleichstellung gegenüber dem Tatbestand bewirkt, auf den verwiesen wird [111]. Geht man also, wie auch das BVerwG, von der Annahme aus, dass die gesetzlichen Bestimmungen zum Wegeunfalltatbestand in Unfallversicherung und Unfallfürsorge im Wesentlichen inhaltsgleich sind, [112] lässt sich eine restriktive Auslegung der Tatbestandsanforderungen in der Unfallfürsorge nicht mit der in § 31 Abs. 2 Satz 1 BeamtVG vorhandenen Fiktion rechtfertigen [113].

Schließlich begründet das BVerwG seine Entscheidung zum fehlenden Dienstunfallschutz in einer privaten Garage mit dem Hinweis, dass es allein dem Gesetzgeber vorbehalten sei, die in der gesetzlichen Unfallversicherung bestehende erweiterte Absicherung in den hier in Rede stehenden Fällen auf das Unfallfürsorgerecht zu übertragen [114]. Auch das Argument vermag nicht zu überzeugen, weil der Gesetzgeber bei den Regelungen der §§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII und 31 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 1 BeamtVG inhaltlich keine Differenzierungen vorgenommen hat. Diese resultieren ausschließlich aus der vom BVerwG selbst vorgenommenen restriktiven Auslegung, insbesondere dem Abweichen von der im Übrigen geltenden „Außenhaustür-Theorie“. Der Gesetzgeber seinerseits war stets bemüht, tatbestandliche Erweiterungen des Unfallschutzes in der gesetzlichen Unfallversicherung auch auf das Dienstunfallrecht zu übertragen, um eine Schlechterstellung der Beamten und Beamtinnen zu verhindern. Bereits der historische Gesetzgeber hatte in der Begründung des Unfallfürsorgegesetzes für Beamte/Beamtinnen und für Personen des Soldatenstandes vom 18.06.1901 (RGBl. S. 211) ausgeführt: „(...) Diese Fürsorge soll derjenigen mindestens gleichwertig sein, welche den genannten Personen nach den Unfallversicherungsgesetzen zustehen würde.“ [115] Ganz in diesem Sinne wurde die beamtenrechtliche Unfallfürsorge später stets den Ergänzungen des Wegeunfalltatbestandes in der gesetzlichen Unfallversicherung angepasst [116].

Wenn aber dem Gesetzgeber offenbar daran gelegen ist, den Beamten und Beamtinnen keinen gegenüber den Beschäftigten geringeren Dienstunfallschutz zu bieten, dann sollte dieses Ziel nicht mittels einer restriktiven Auslegungspraxis umgangen werden [117].

Bei Unfällen in einer privaten Garage des Beamten/der Beamtin (DO-Angestellten), die mit dem Wohngebäude keine bauliche Einheit bildet, sollte daher nach dem Vorbild der sozialgerichtlichen Rechtsprechung keine Ausnahme von der Außenhaustürgrenze gemacht werden, so dass künftig in diesen Fällen auch innerhalb der Garage Wegeunfallschutz zu bejahen wäre [118].

7 Zurücklegen eines Weges im öffentlichen Verkehrsraum („Straßenbann“)

7.1 Gesetzliche Unfallversicherung

Lange Zeit galt in der gesetzlichen Unfallversicherung die Theorie vom sog. „Straßenbann“, d. h. dem/der Versicherten sollte beim Zurücklegen von Wegen i. S. d. § 8 Abs. 2 SGB VII die gesamte Breite des öffentlichen Verkehrsraums zur Verfügung stehen, gleichgültig ob er/sie sich als Fußgänger, Radfahrer oder motorisierter Verkehrsteilnehmer fortbewegte. Damit war beispielsweise ein eigenwirtschaftlich motivierter mehrmaliger Wechsel der Straßenseite für den Erhalt des Versicherungsschutzes unschädlich [119].

Mit Urteil vom 09.12.2003 („Fischgeschäft“) [120] bewertete das BSG seine bisherige diesbezügliche Rechtsprechung i. E. als nicht mehr haltbar, da sie zu immer neuen Abgrenzungsschwierigkeiten und damit zu einem Verlust an Rechtssicherheit geführt habe. Seither ist an die Stelle des Verbleibens im öffentlichen Verkehrsraum („Straßenbann“) – bislang beschränkt auf Fahrzeugführer/Fahrzeugführerinnen [121] – die objektivierte Handlungstendenz des Versicherten getreten: Nur solange diese auf das Zurücklegen des Weges von oder zum Ort der versicherten Tätigkeit gerichtet ist, steht es dem/der Versicherten frei, sich innerhalb des öffentlichen Verkehrsraums nach Belieben zu bewegen. Dagegen ist der Wegeunfallschutz zu verneinen, sobald die Handlungstendenz auf eigenwirtschaftliche Zwecke ausgerichtet ist, wobei es nicht darauf ankommt, ob die eigenwirtschaftliche Tätigkeit innerhalb oder außerhalb des öffentlichen Verkehrsraums ausgeführt werden soll. Benutzt der/die Versicherte ein Fahrzeug, wird bei Verfolgung eigenwirtschaftlicher Zwecke spätestens mit dem Verlassen des Fahrzeugs der Unfallversicherungsschutz unterbrochen.

In zwei Urteilen vom 04.07.2013 [122] nahm das BSG eine Konkretisierung der nunmehr maßgeblichen objektivierten Handlungstendenz vor. Insbesondere in der als „Erdbeerurteil“ bezeichneten Entscheidung [123] hob das BSG hervor, dass sich bereits in einem Herunterbremsen des Fahrzeugs nach außen hin die

(geänderte) Handlungstendenz manifestiere, den versicherten Weg nunmehr zu privaten Zwecken unterbrechen zu wollen. Demnach sei schon die Einleitung des Abbremsvorgangs als Teil der nicht geringfügigen und daher unversicherten Unterbrechung anzusehen [124]. Bis in die jüngste Zeit ist es zu zahlreichen weiteren BSG-Entscheidungen zum Problem des „öffentlichen Verkehrsraums“ und insbesondere der dort möglichen „kurzzeitigen eigenwirtschaftlichen Unterbrechung“ des grundsätzlich versicherten Weges gekommen, [125] die hier aber nicht im Einzelnen aufgeführt werden müssen, weil sie an der Grundaussage des Urteils vom 09.12.2003 [126] (kein „Straßenbann“) nichts ändern.

7.2 Beamtenrechtliche Unfallfürsorge

Nachdem das BSG mit dem vorstehend genannten Urteil vom 09.12.2003 seine Rechtsprechung grundlegend geändert hatte, wartete die Fachwelt gespannt darauf, ob auch das BVerwG dieser neuen Linie folgen würde. Gelegenheit, sich insoweit zu äußern, erhielt das Gericht erstmals am 10.12.2013 [127].

Während einer Dienstreise hatte ein Beamter auf dem Weg von seiner letzten Einsatzstelle zum Übernachtungshotel seinen Dienstwagen am rechten Straßenrand geparkt, um zum Kauf von Mineralwasser und Zigaretten einen auf der linken Straßenseite gelegenen Kiosk aufzusuchen. Auf dem Rückweg war er beim Überqueren der Straße über die Bordsteinkante gestürzt und verletzt worden.

Das BVerwG bejahte in diesem Fall den dienstunfallrechtlichen Schutz auf einer Dienstreise nach § 31 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 BeamtVG, zu der – wenn sie mehr als einen Tag dauert und deshalb eine Übernachtung erforderlich macht – auch der jeweilige Weg von und zum Übernachtungshotel gehört, da auch dieser Weg seine wesentliche Ursache im Dienst finde [128].

Da – und das ist die entscheidende Aussage des BVerwG – selbst bei einem Weg zwischen Dienststelle und ständiger Familienwohnung i. S. von § 31 Abs. 2 BeamtVG der für die Anerkennung eines Wegeunfalls erforderliche Zusammenhang mit dem Dienst nicht schon dann gelöst werde, wenn der Beamte zu einer privaten Verrichtung für eine kurze Zeit den Kraftwagen verlässt und sich zu Fuß auf die gegenüberliegende Straßenseite begibt, um anschließend den Heimweg fortzusetzen, [129] gelte dies erst recht während einer Dienstreise nach § 31 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 BeamtVG [130]. Damit folgt das BVerwG ausdrücklich nicht der geänderten Rechtsprechung des BSG. Vor allem aber gibt es zu erkennen, dass es den Fall auch unabhängig vom Vorliegen einer Dienstreise nicht anders entschieden hätte.

7.3 Stellungnahme

Mit dem Urteil des BVerwG vom 10.12.2013 steht fest, dass sich die Rechtslage auch in diesem Teilbereich des Wegeunfallrechts auseinanderentwickelt. Das BVerwG hat zwar zur weiteren Begründung seiner Entscheidung ausgeführt, dass der Beamte/die Beamtin auf einer dienstlich veranlassten Reise die Gegenstände des täglichen Bedarfs auswärts erwerben müsse, sofern er/sie sie nicht von zu Hause mitgebracht habe, so dass der Einkauf von Lebensmitteln auf dem unmittelbaren Weg vom Bestimmungsort der dienstlichen Tätigkeit zum Übernachtungshotel noch ausreichend durch die Erfordernisse der Dienstreise geprägt sei [131]. Dessen ungeachtet steht aber das Argument im Vordergrund, dass der erforderliche Zusammenhang mit dem Dienst nicht gelöst wird, wenn der Beamte/die Beamtin auf einem Weg zwischen Dienststelle und Wohnung zum Zwecke einer privaten Verrichtung für kurze Zeit sein Fahrzeug verlässt und sich zu Fuß auf die gegenüberliegende Straßenseite begibt, um anschließend den Heimweg fortzusetzen. Entgegen der Auffassung des BSG wird damit der Unfallschutz im „Straßenbann“ weiterhin anerkannt.

Ein ebenfalls mit hoher Autorität ausgestattetes oberstes Bundesgericht gibt also zu erkennen, dass die vom BSG praktizierte (neuere) Auslegung zum Versicherungsschutz im öffentlichen Verkehrsraum nicht unbedingt in Stein gemeißelt ist. Es sollte daher ernsthaft darüber nachgedacht werden, ob nicht der vom BVerwG getroffenen Auslegung des Wegeunfalltatbestands auch in der gesetzlichen Unfallversicherung wieder grundsätzlich zu folgen sein wird, zumal die gegenteilige Auffassung dort zwischenzeitlich eine kleinliche Strenge erreicht hat, die mit der früher stets geforderten „natürlichen Betrachtungsweise“ [132] nicht mehr zu vereinbaren und deshalb den Versicherten kaum noch zu vermitteln ist, insbesondere auch deshalb nicht, weil sie mit anderen Rechtsinstituten im Wertungswiderspruch zu stehen scheint. Als Beleg dafür seien die beiden Entscheidungen des BSG vom 07.05.2019 [133] und 30.01.2020 [134] genannt, wo einerseits der Unfallversicherungsschutz versagt wurde, nachdem der Versicherte auf seinem grundsätzlich nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII geschützten Heimweg sein Fahrzeug verlassen hatte, um auf der gegenüberliegenden Straßenseite mal eben einen Brief in den Postkasten zu werfen, und andererseits der Versicherungsschutz auf einem von einem „dritten Ort“ (Wohnung der Freundin) aus angetretenen Weg zur Arbeit gewährt wurde, obwohl dieser Weg um ein deutlich Vielfaches länger war (44 statt 2 Kilometer) als der herkömmliche Weg zwischen der Wohnung des Versicherten und seinem Beschäftigungsort.

8 Fazit

Die vorstehenden Ausführungen haben gezeigt, dass identische Lebenssachverhalte, die jeweils zu einem Unfall führen, in der gesetzlichen Unfallversicherung und der beamtenrechtlichen Unfallfürsorge partiell unterschiedlich beurteilt werden.

Zwar sind Beamte/Beamtinnen (DO-Angestellte) und Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen aufgrund der Verschiedenheit ihrer Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnisse nicht grundsätzlich gleich zu behandeln, so dass Beamte/Beamtinnen im Vergleich zu Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen von vornherein eine anders strukturierte soziale Absicherung durch die Alimentationspflicht [135] und die vornehmlich in der Beihilfegewährung konkretisierte besondere Fürsorgepflicht des Dienstherrn erfahren [136]. Die großzügigere Gewährung von Dienstunfallschutz für Beamte/Beamtinnen und DO-Angestellte innerhalb dienstlicher Toilettenanlagen lässt sich damit aber ebenso wenig begründen, wie umgekehrt ihre Benachteiligung beim Aufenthalt innerhalb einer privaten Garage unmittelbar vor oder nach der Fahrt zum Dienstort. Diese Ungleichbehandlung ist deshalb fragwürdig, weil sie nicht zwingend aus dem jeweils anzuwendenden Recht, sondern erst aus dessen Auslegung seitens der unterschiedlich zuständigen Gerichtsbarkeiten resultiert. Sie ist daher auch nicht etwa der SVLFG in ihrer Eigenschaft als Dienstherr bzw. Unfallversicherungsträger anzulasten, sondern der jeweiligen Rechtsprechung, an die sie, die SVLFG, faktisch gebunden ist [137].

Ein punktuell unterschiedlicher Dienst- und Arbeitsunfallschutz ist aber nur dort gerechtfertigt, wo Beamte und Beamtinnen oder DO-Angestellte aufgrund ihrer spezifischen Rolle als Staatsdiener Gefährdungen ausgesetzt sind, die privatrechtlich Beschäftigten nicht in gleicher Weise drohen. Das können z. B. Gefährdungen im Bereich der Eingriffsverwaltung (insbesondere der Verwaltungsvollstreckung) sein, kaum aber solche, die sich aus der normalen täglichen Verwaltungsarbeit ergeben.

Es obliegt demnach den Sozial- und Verwaltungsgerichten, zukünftig dort, wo sie abweichend von der jeweils anderen Gerichtsbarkeit, Unfallschutz gewähren oder versagen wollen, die Existenz oder Nichtexistenz einer solchen spezifischen Gefährdungslage besonders darzustellen [139]. Noch besser wäre es freilich, wenn BVerwG oder BSG von der in § 11 Gesetz zur Wahrung der Einheitlichkeit der Rechtsprechung der obersten Gerichtshöfe des Bundes (RsprEinhG) vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch machen würden, den Gemeinsamen Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes anzurufen, der nach § 2 Abs. 1 RsprEinhG entscheidet, wenn ein oberstes Gericht in einer Rechtsfrage von

der Entscheidung eines anderen obersten Gerichts abweichen will. Insoweit besteht allerdings wenig Hoffnung, denn beide Gerichte haben in der Vergangenheit bereits signalisiert, dass sie dazu wegen der „erheblichen strukturellen Unterschiede“ zwischen der beamtenrechtlichen Unfallfürsorge und dem Unfallversicherungsschutz von Beschäftigten keine Veranlassung sehen [140]. Der generell zu beobachtende höchst sparsame Gebrauch der Möglichkeit zur Vorlage einer Rechtsfrage an den Gemeinsamen Senat wird in der rechtswissenschaftlichen Literatur auf den Umstand zurückgeführt, dass die betroffenen Gerichte durch mehr oder minder geschickte Formulierung ihrer Entscheidungsgründe selbst in der Lage sind, eine objektiv bestehende Divergenz zu anderer höchstrichterlicher Rechtsprechung zu verschleiern, [141] um sich auf diese Weise ihre „Unabhängigkeit“ zu bewahren. Ein fragwürdiges Unterfangen, wenn man bedenkt, dass damit im hier erörterten Bereich die sozialpolitisch anzustrebende und von der Verfassung gewollte Fortentwicklung eines modernen Arbeits- und Dienstrechts (vgl. Art. 33 Abs. 5 GG) in Frage gestellt wird. Der in Art. 33 Abs. 4 GG vorgegebene Funktionsvorbehalt mit seinem Regel-Ausnahme-Verhältnis führt dazu, dass die funktionale Abgrenzung zwischen dem Beamtenstatus und dem Verhältnis der Tarifbeschäftigten in der Praxis fließend ist. Insbesondere ist die Beschäftigung im privatrechtlichen Arbeitsverhältnis eine im Vergleich zum Beamtenverhältnis – trotz des nach wie vor bestehenden Unterschieds beider Statusgruppen – eine „gleichwertige Position“ [142], die eine unterschiedliche Behandlung der Betroffenen im höchstpersönlichen Bereich des Gesundheitsschutzes nur rechtfertigt, wenn dafür ganz besondere Gründe vorliegen.

Autor

Karl Friedrich Köhler

ist Ltd. Verwaltungsdirektor a. D., ehem. Hochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung – Fachbereich LSV, Kassel
E-Mail: koehlerkf@t-online.de

Quellen

- [1] Vgl. § 1 Abs. 3 Satz 1 der Satzung der SVLFG i. d. F. des 27. Nachtrages vom 15.11.2019.
- [2] Im Jahr 2020 waren bei der SVLFG etwas mehr als 5.000 Personen beschäftigt, davon ca. 2.100 in einem Dienstordnungsverhältnis BT-Drucks. 19/17586 v. 4.3.2020, S. 109 f.
- [3] Zur unterschiedlichen Arbeits- und Dienstunfallversorgung der Arbeitnehmer und Beamten im öffentlichen Dienst vgl. bereits Fieberg, ZTR 2007, S. 421 ff.
- [4] Vgl. dazu auch Becker, Personalrechtliche Regelungen des Gesetzes zur Neuordnung der Organisation der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-NOG), SdL 1/2012, S. 35, 38.
- [5] Die bisher schon bestehende Dienstherrenfähigkeit der SVLFG war insoweit eingeschränkt, als dass sie sich nur auf die bei Errichtung der SVLFG übergeleiteten Beamtenverhältnisse der ehemals bayerischen LSV-Träger und der LSV Mittel- und Ostdeutschland bezog, vgl. Gesetzesbegründung, BR-Drucks. 698/11, S. 55 zu § 5 SVLFG-ErrichtungsG; BT-Drucks. 17/7916, S. 32.
- [6] Die am 31.12.2022 bereits dienstordnungsmäßig Angestellten können im bisherigen System verbleiben (Besitzstandswahrung). Das gilt auch für DO-Angestellte im Vorbereitungsdienst nach Bestehen der Abschlussprüfung und bei einem Wechsel von einem Unfallversicherungsträger zu einem anderen. DO-Angestellte, die den Besitzstand genießen, können auch weiterhin befördert werden und aufsteigen, vgl. Gesetzesbegründung, BT-Drucks. 19/17586, S. 109 f.
- [7] Dazu umfassend Sander, Die Stellung der Bediensteten von Sozialversicherungsträgern im Lichte von Art. 33 Abs. 4 GG, 2000.
- [8] Brosius-Gersdorf, in Dreier, GG, 3. Aufl. 2015, Art. 33 Rn. 165; Willenbruch/Bischoff, NJW 2006, S. 1776, 1777; kritisch: Sander, Die Stellung der Bediensteten von Sozialversicherungsträgern im Lichte von Art. 33 Abs. 4 GG, 2000, S. 159 ff.
- [9] Zu Letzteren vgl. Schwidden, RiA 2001, S. 166 ff.
- [10] Der Beamte ist dem Allgemeinwohl und damit zur uneigennützigen Amtsführung verpflichtet. Er hat bei der Erfüllung der ihm anvertrauten Aufgaben seine eigenen Interessen zurückzustellen (zu den Anforderungen zentraler beamtenrechtlicher Pflichtenkategorien vgl. Steiner, DÖD 2013, S. 133 ff.). Der Einsatz wirtschaftlicher Kampf- und Druckmittel zur Durchsetzung eigener Interessen, insbesondere auch kollektive Kampfmaßnahmen im Sinne des Art. 9 Abs. 3 GG wie das Streikrecht, lassen sich mit der Treuepflicht des Beamten nicht vereinbaren. Die Gewährleistung einer rechtlich und wirtschaftlich gesicherten Position soll ihn dabei in die Lage versetzen, seiner Treuepflicht zu genügen, BVerfG, 12.6.2018, 2 BvR 1738/12, BVerfGE 148, 296 ff., Rn. 121 m. w. N.
- [11] Vgl. Graßhof, in ders., Nachschlagewerk der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, 209. Erg.Lfg. 8/2019, Art. 33 Abs. 4 GG, Nr. 10.
- [12] Vgl. BAG, 29.9.2004, 10 AZR 88/04, juris Rn. 39; BAG, 26.5.1966, 2 AZR 399/65, juris; BSG, 28.11.1955, 3 RK 10/55, BSGE 2, 53 ff. = juris Rn. 18; vgl. auch Krasney, in Becker/Burchardt/Krasney/Kruschinsky, SGB VII, § 144 Rn. 9; Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung § 144 SGB VII Rn. 4; Hagenbruch, in Lauterbach, Unfallversicherung – SGB VII, § 144 Rn. 2 u. 3; Wolber, ZfPR 2000, S. 157; Ricke, in KassKomm § 144 SGB VII Rn. 2; Bulla, in FS für Lauterbach, Bd. 2, 1981, S. 352, 359 m. w. N.; Schulz, BG 1997, S. 572; Dauderstädt, GdS 10/1996, S. 8 f.; a. A. Lecheler, Die rechtlichen Vorgaben für die Sozialversicherungsträger bei der Bestimmung des Rechtsstatus ihrer Bediensteten, Gutachten im Auftrag der GdS, 1999, S. 91 ff.
- [13] Gesetzesbegründung, BT-Drucks. 19/19037, S. 53; Römer/Keller, SGB 2020, S. 651, 660.
- [14] Dazu ausführlich Liebler/Melzer, SdL 1979, S. 581 ff.; Bulla, in FS für Lauterbach, Bd. 2, 1981, S. 352 ff.; Brill, RiA 1985, S. 62 ff.; Siebeck, Das Dienstrecht der Versicherungsträger, 2. Auflage 1986; ders., WzS 1987, S. 65 ff., S. 97 ff., S. 129 ff.; Säcker, ZfA 1987, S. 95 ff.; Schulz, BG 1997, S. 572 ff.; Wolber, SV 1999, S. 123 ff.; Benz, SGB 2000, S. 53 ff.
- [15] Vgl. BSG, 11. 2. 1976, 7 RAr107/73, BSGE 41, 171; vgl. auch Köhler, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 144 Rn. 7. Zur historischen Entwicklung vgl. Bieback, in Schulin, HS-UV, 1996, § 55 Rn. 1 ff.; Sander, Die Stellung der Bediensteten von Sozialversicherungsträgern im Lichte von Art. 33 Abs. 4 GG, 2000, S. 69 m. w. N.
- [16] Römer/Keller, SGB 2020, S. 651, 659.
- [17] Vgl. z. B. Benz, SGB 2000, S. 54, 59 f.
- [18] Umfang und Durchführung des Heilverfahrens regelt für Bundesbeamte die auf Grund des § 33 Abs. 5 BeamtVG erlassene Heilverfahrensordnung vom 25.4.1979 (BGBl. I, S. 502) i. d. jeweils geltenden Fassung, vgl. Kazmaier, in Stegmüller/Schmalhofer/Bauer, Beamtenversorgungsrecht des Bundes und der Länder, Stand 3/2019, § 33, VO zu § 33 Rn. 1 – 105.

- [19] Dazu grundlegend Günther, ZBR 1990, S. 97 ff.; Günther/Michaelis/Brüser, Das Dienstunfallrecht für Bundes- und Landesbeamte, 2019, S. 253 ff. Maßgeblich ist insoweit die Sachschadenserstattungsrichtlinie des Bundes vom 28.3.2019, GMBI. 2019, S.315.
- [20] Vgl. Günther/Michaelis/Brüser, Das Dienstunfallrecht für Bundes- und Landesbeamte, 2019, S. 157 ff.
- [21] Dazu ausführlich Günther/Michaelis/Brüser, Das Dienstunfallrecht für Bundes- und Landesbeamte, 2019, S. 187 ff.
- [22] Vgl. Günther/Michaelis/Brüser, Das Dienstunfallrecht für Bundes- und Landesbeamte, 2019, S. 209 ff.
- [23] BAG 24.5.2012, 6 AZR 679/10, USK 2012-131 = juris Rn. 15; BAG, 26.7.2012, 6 AZR 52/11, USK 2012-198 = juris Rn. 26; BAG, 26.9.2017, 3 AZR 72/16, BAGE 160, 255 = juris Rn. 20; BAG, 16.10.2018, 3 AZR 319/17, juris Rn. 17.
- [24] Vgl. z.B. BVerwG, 9.12.2010, 2 A 4.10, NVwZ-RR 2011, S. 208 mit Hinweis auf BSG, 11.8.1998, B 2 U 29/97, SozR 3-2200 § 550 Nr. 19; Bayerischer VGH, 11.10.2016, 3 ZB 15.1521, juris Rn. 8 mit Hinweis auf BSG, 4.7.2013, B 2 U 3/13 R, juris; Bayerischer VGH, 24.4.2015, 3 B 14.1141, juris, mit Hinweis auf § 7 Abs. 2 SGB VII; Günther/Michaelis/Brüser, Das Dienstunfallrecht für Bundes- und Landesbeamte, 2019, S. 8 mit Hinweis auf die vom BSG entwickelte Lehre von der rechtlich wesentlichen Ursache.
- [25] Canaris, Systemdenken und Systembegriff in der Jurisprudenz, 2. Aufl. Berlin 1983, S. 16 f.; vgl. auch Wank, Die juristische Begriffsbildung, 1985, S. 115.
- [26] Müller-Franken, Steuer und Wirtschaft (StuW) 1997, S. 3, 18; Hellwege/Soniewicka, in dies. (Hrsg.), Die Einheit der Rechtsordnung, 2020, S. 3.
- [27] Vgl. BSG, 30.8.1963, 2 RU 112/62, SozR Nr. 45 zu § 543 a. F. RVO; BSG, 31.5.1967, 2 RU 218/64, juris; BSG, 11.11.1971, 2 RU 133/68, USK 71170; BSG, 30.11.1972, 2 RU 169/71, USK 72177; BSG, 26.7.1977, 8 RU 8/77, juris; BSG, 27.8.1981, 2 RU 47/79, USK 81220; SG Leipzig, 27.5.2013, S 23 U 172/11, juris; zusammenfassend Schwerdtfeger, in Lauterbach, Unfallversicherung, § 8 Rn. 218, 218a m. w. N.
- [28] Vgl. BSG, 18.3.2008, B 2 U 13/07 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 26; BSG, 29.5.1984, 5a RKnU 3/83, USK 84115; BSG, 22.6.1976, 8 RU 146/75, SozR 2200 § 548 Nr. 20; Bayerisches LSG, 28.9.2011, L 18 U 354/09, juris Rn. 22; Holtstraeter, in Kreikebohm u.a., Kommentar zum Sozialrecht, 1. Aufl. 2009, § 8 SGB VII Rn. 57.
- [29] Molkentin, SGB 2017, S. 196, 199.
- [30] Vgl. BSG, 22.6.1976, 8 RU 146/75, SozR 2200 § 548 Nr. 20: Drehtür vor einer Kantine; BSG, 18.3.2008, B 2 U 13/07 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 26.
- [31] Vgl. LSG Baden-Württemberg, 20.9.2012, L 6 U 2770/12, juris; LSG Baden-Württemberg, 30.7.2015, L 6 U 526/13, juris Rn. 48 f.; Bayerisches LSG, 28.9.2011, L 18 U 354/09, juris Rn. 22.
- [32] LSG Baden-Württemberg, 30.4.2020, L 10 U 2537/18, UV-Recht Aktuell 2020, S. 523 = juris Rn. 37; vgl. auch BSG, 27.7.1989, 2 RU 3/89, SozR 2200 § 548 Nr. 95, Rn. 15 und BSG, 4.6.2002, B 2 U 21/01 R, USK 2002-79 = juris Rn. 22, wo jeweils die latent vorhandene Gefahr, auf nassen Fliesen in Duschräumen auszurutschen, als allgemein bekannt angesehen wurde.
- [33] Vgl. BSG, 31.5.1967, 2 RU 218/64, juris; BSG, 11.11.1971, 2 RU 133/68, juris; BSG, 12.10.1973, 2 RU 190/72, juris Rn. 16; BSG, 27.8.1981, 2 RU 47/79, USK 81220; BSG, 2.7.1996, 2 RU 34/95, SozR 3-2200 § 550 Nr. 15 S. 55 m. w. N.; BSG, 2.12.2008, B 2 U 17/07 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 28 Rn. 30 f.; BSG, 18.6.2013, B 2 U 7/12 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 48 Rn. 21 m. w. N.; BSG, 5.7.2016, B 2 U 5/15 R, SozR 4-2700 § 2 Nr. 35 Rn. 17; BSG, 30.3.2017, B 2 U 15/15 R, juris Rn. 17 f.; LSG Rheinland-Pfalz, 11.8.1993, L 3 U 323/97, juris; Bayerisches LSG, 6.5.2003, L 3 U 323/01, juris = NJW-RR 2003, 1462; LSG Berlin-Brandenburg, 20.2.2014, L 3 U 208/12, juris Rn. 40; LSG Baden-Württemberg, 30.7.2015, L 6 U 526/13, juris; LSG Baden-Württemberg, 30.4.2020, L 10 U 2537/18, juris Rn. 29.
- [34] Vgl. LSG Rheinland-Pfalz, 11.8. 1993, L 3 U 323/97, juris; Bayerisches LSG, 6.5.2003, L 3 U 323/01, NJW-RR 2003, S. 1462; LSG Baden-Württemberg, 30.4.2020, L 10 U 2537/18, UV-Recht Aktuell 2020, S. 523 = juris Rn. 31.
- [35] BSG, 12.10.1973, 2 RU 190/72, juris Rn. 16 m. w. N; Bayerisches LSG, 6.5.2003, L 3 U 323/01, juris; Bayerisches LSG, 28. 9. 2011, L 18 U 354/09, juris; LSG Baden-Württemberg, 30.7.2015, L 6 U 526/13, juris Rn. 46; SG Leipzig, 27. 5. 2013, S 23 U 172/11, juris.
- [36] BSG, 2.7.1996, 2 RU 34/95, SozR 3-2200 § 550 Nr. 15; BSG, 24.3.2003, B 2 U 24/02 R, HVBG-INFO 2003, S. 2451.
- [37] LSG Baden-Württemberg, 30.7.2015, L 6 U 526/13, juris; LSG Baden-Württemberg, 17.8.2019, L 9 U 445/18, juris; LSG Baden-Württemberg, 30.4.2020, L 10 U 2537/18, UV-Recht Aktuell 2020, S. 523 = juris Rn.31; Bayerisches LSG, 6.5.2003, L 3 U 323/01, juris; Bayerisches LSG, 15.1.2014, L 2 U 204/13, UV-Recht Aktuell 2014, S.

- 436 = juris Rn. 27; SG Leipzig, 27. 5. 2013, S 23 U 172/11, juris Rn. 16.
- [38] LSG Rheinland-Pfalz, 11. 8. 1998, L 3 U 323/97, HVBG-INFO 1999, S. 50; LSG Baden-Württemberg, 30.7.2015, L 6 U 526/13, juris Rn. 46; SG Leipzig, 27. 5. 2013, S 23 U 172/11, juris Rn. 16.
- [39] BVerwG, 17.11.2016, 2 C 17.16, SGB 2017, S. 238 f.; vgl. dazu von der Weiden, jurisPR-BVerwG 15/2017 Anm. 5; Braun, RiA 2017, S. 140; Molkentin, SGB 2017, S. 196 ff.
- [40] Zum unfallfürsorgerechtlich geschützten Aufenthalt in Kantinen vgl. bereits BVerwG, 22.11.1971, VI C 49.69, ZBR 1972, S. 118, 119; OVG Rheinland-Pfalz, 1.10.1969, 2 A 46/69, ZBR 1970, S. 21.
- [41] Vgl. die Nachweise bei Günther/Michaelis/Brüser, Das Dienstunfallrecht für Bundes- und Landesbeamte, 2019, S. 31.
- [42] BVerwG, 24.10.1963, 2 C 10.62, BVerwGE 17, 59, 63; BVerwG, 18.4.2002, 2 C 22.01, Buchholz 239.1 § 31 BeamtVG Nr. 12 S. 3; BVerwG, 15.11.2007, 2 C 24.06, Buchholz 239.1 § 31 BeamtVG Nr. 18 Rn. 11; BVerwG, 25.2.2010, 2 C 81.08, Buchholz 239.1 § 31 BeamtVG Nr. 23 Rn. 17.
- [43] BVerwG, 29.8.2013, 2 C 1.12, Buchholz 239.1 § 31 BeamtVG Nr. 25 Rn. 10 f.; vgl. auch VG Regensburg, 3.11.2020, RO 12 K 19.2080, juris Rn. 27.
- [44] Beispiel: Ein Beamter benutzt entgegen dienstlicher Anordnung sein privates Kfz für eine Dienstreise, OVG NRW, 9.12.1983, 6 A 2521/81, NJW 1984, S. 223.
- [45] BVerwG, 24.10.1963, 2 C 10.62, BVerwGE 17, 59, 67; BVerwG, 15.11.2007, 2 C 24.06, Buchholz 239.1 § 31 BeamtVG Nr. 18 Rn. 13; BVerwG, 26.2.2008, 2 B 135.07, Buchholz 239.1 § 31 BeamtVG Nr. 20 Rn. 7; BVerwG, 22.1.2009, 2 A 3.08, Buchholz 239.1 § 31 BeamtVG Nr. 21 Rn. 14; BVerwG, 29.8.2013, 2 C 1.12, Buchholz 239.1 § 31 BeamtVG Nr. 25 Rn. 11.
- [46] Giesen, Arbeitsunfall und Dienstunfall - Zur Reichweite des Unfallschutzes von Arbeitnehmern und Beamten nach § 8 SGB VII und § 31 BeamtVG, 2017, S. 111.
- [47] BVerwG, 24.10.1963, II C 10.62, juris, insb. Rn. 23.
- [48] So auch Günther/Michaelis/Brüser, Das Dienstunfallrecht für Bundes- und Landesbeamte, 2019, S. 32 f.
- [49] BVerwG, 17.11.2016, 2 C 17.16, SGB 2017, S. 238 f.
- [50] Anders als dem Dienort kommt der Dienstzeit keine herausragende Bedeutung zu, weil es für zahlreiche Berufsgruppen des öffentlichen Dienstes (z. B. Richter, Lehrer, Hochschullehrer) keine festen Dienstzeiten gibt, vgl. BVerwG, 31.1.2008, 2 C 23.06, juris Rn. 10 ff.; Günther/Michaelis/Brüser, Das Dienstunfallrecht für Bundes- und Landesbeamte, 2019, S. 23.
- [51] BVerwG, 24.10.1963, BVerwG 2 C 10.62, BVerwGE 17, 59, 67; BVerwG, 15.11.2007, 2 C 24.06, juris, Rn. 12.
- [52] Kugele, jurisPR-BVerwG 6/2008 Anm. 4.
- [53] Vgl. z. B. Wieczorek, Schwarzbuch Beamte, 2007, S. 92: „Extrawürste“.
- [54] Vgl. von der Weiden, jurisPR-BVerwG 15/2017 Anm. 5; Leube, SGB 2019, 20, 22; Schick, ZBR 1969, S. 65, 66; Bochalli, Der Dienstunfall gemäß dem Deutschen Beamtenengesetz, 1939, S. 14.
- [55] Giesen, Arbeitsunfall und Dienstunfall – Zur Reichweite des Unfallschutzes von Arbeitnehmern und Beamten nach § 8 SGB VII und § 31 BeamtVG, 2017, S. 212.
- [56] Aumann, Arbeitsunfall 4.0, 2019, S. 269 f.
- [57] Molkentin, SGB 2017, S. 169, 200 mit Hinweis auf Morgenroth, DÖD 2015, S. 141 ff.; in diesem Sinne auch Hebel, ZTR 2019, S. 7, 10; Bade, PersV 2018, S. 164, 172.
- [58] Vgl. z. B. Bayerisches LSG, 6.5.2003, L 3 U 323/01, juris Rn. 19, wo das Gericht die Toilettentür ausdrücklich zur „Abgrenzung zwischen privatem und betrieblichem Bereich“ heranzieht.
- [59] Vgl. dazu etwa Köhler, Der Arbeitsunfall in der Land- und Forstwirtschaft, 2020, S. 247 f. m. w. N.
- [60] Molkentin, SGB 2017, S. 196, 201; so i. E. auch Aumann, Arbeitsunfall 4.0, 2019, S. 269 f.; Morgenroth, DÖD 2015, S. 141 ff.; für eine Ausweitung des Unfallversicherungsschutzes auf den Aufenthalt in der Kantine bereits Ricke, in KassKomm, § 8 SGB VII Rn. 74, Ricke, BG 1985, S. 154; Wulfhorst, VSSR 1983, S. 233; Schmitt, SGB VII, 4. Aufl. 2009, § 8 Rn. 79.
- [61] Vgl. BSG, 31.1.1974, 2 RU 277/73, SozR 2200 § 548 Nr. 2; BSG, 7.9.2004, B 2 U 35/03 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 6 Rn. 12 m.w.N.; Hessisches LSG, 1.8.1973, L 3 U 14/73, juris; SG Düsseldorf, 3.4.2007, S 16 U 34/05, juris; Jung, BPUVZ 2016, S. 141 f.; Freigang, KrV 1976, S. 45 f.
- [62] Hessisches LSG, 1.8.1973, L 3 U 14/73, juris Rn. 25; SG Düsseldorf, 3.4.2007, S 16 U 34/05, juris Rn. 6; vgl. auch LSG Rheinland-Pfalz, 28.9.2000, L 7 U 139/00, juris Rn. 21; SG Mainz, 21.3.2013, S 10 U 48/11, NZS 2013, S. 590, 591; SG Dortmund, 5.8.2014, S 36 U 818/12, juris Rn. 20.

- [63] Vgl. BSG, 31.1.1974, 2 R U 277/73, SozR 2200 § 548 Nr. 2.
- [64] Hessisches LSG 1.12.2010, L 9 U 47/07, juris.
- [65] LSG Rheinland-Pfalz, 8.12.2014, L 2 U 99/13, juris Rn. 30; Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, § 8 SGB VII Rn. 723; Ricke, in KassKomm, § 8 SGB VII Rn. 80.
- [66] Vgl. die Nachweise bei Uyanik, SGB 2017, S. 69, 70.
- [67] BVerwG, 29. 8. 2013, 2 C 1.12, Buchholz 239.1 § 31 BeamtVG Nr. 25 = NVwZ-RR 2014, S. 152; vgl. dazu Braun, RiA 2014, S. 45 ff; Jung, Betriebliche Prävention, 3/2016, S. 41 ff.
- [68] Zum Dienstunfallschutz im Rahmen des behördlichen Gesundheitsmanagements, insbesondere bei optionaler Teilnahme an Gripeschutzimpfungen vgl. Günther/Michaelis/Brüser, Das Dienstunfallrecht für Bundes- und Landesbeamte, 2019, S. 55 f.
- [69] Giesen, Arbeitsunfall und Dienstunfall – Zur Reichweite des Unfallschutzes von Arbeitnehmern und Beamten nach § 8 SGB VII und § 31 BeamtVG, 2017, S. 144.
- [70] Vgl. Kathke, RiA 2014, S. 197, 198; Hoffmann, RiA 2013, S. 243, 247.
- [71] Vgl. dazu Meister-Scheufelen, DÖV 2012, S. 16 ff.; Richter, NWVBl. 2013, S. 474 ff.
- [72] Z. B. Nr. 31.1.9.5 VwV SächsBeamtVG.
- [73] BSG, 18.3.2008, B 2 U 13/07 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 26, Rn. 12.
- [74] VGH Baden-Württemberg, 28.9.2007, 4 S 516/06, juris sowie LSG Sachsen-Anhalt, 13.9.2007, L 6 U 13/04, juris.
- [75] BVerwG, 26.2.2008, 2 B 135.07, Buchholz 239.1 § 31 BeamtVG Nr. 20 Rn. 7 bzw. BSG, 18.11.2008, B 2 U 31/07 R, UV-Recht Aktuell 2009, S. 485.
- [76] VGH Baden-Württemberg, 28.9.2007, 4 S 516/06, juris.
- [77] BVerwG, 26.2.2008, 2 B 135.07, Buchholz 239.1 § 31 BeamtVG Nr. 20 Rn. 7.
- [78] Restriktiver: VG Koblenz, 25.10.2007, 2 K 350/07, juris (morgendliches Duschen von Lehrgangsteilnehmern im Lehrgangsgebäude).
- [79] BVerwG, 26.2.2008, 2 B 135.07, Buchholz 239.1 § 31 BeamtVG Nr. 20 Rn. 7 Rn. 10.
- [80] BVerwG, 25.2.2010, 2 C 81.08, NVwZ 2010, S. 708 = juris Rn. 18 f.; vgl. auch BVerwG, 22.1.2009, 2 A 3.08, ZBR 2011, S. 35 und BVerwG, 17.11.2016, 2 C 17.16, juris.
- [81] Hervorhebungen (kursiv) durch den Verfasser.
- [82] LSG Sachsen-Anhalt, 13.9.2007, L 6 U 13/04, juris.
- [83] BSG, 18.11.2008, B 2 U 31/07 R, UV-Recht Aktuell 2009, S. 485.
- [84] Vgl. bereits BSG, 29.10.1980, 2 RU 41/78, SozR 2200 § 539 Nr. 72 und BSG, 4.6.2002, B 2 U 21/01 R, USK 2002-79 = juris.
- [85] Vgl. z.B. BSG, 30.1.1975, 2 RU 261/73, SozR 2200 § 548 Nr. 6.
- [86] BSG, 18.3.2008, B 2 U 13/07 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 26, Rn. 12; BSG, 4.6.2002, B 2 U 21/01 R, USK 2002-79 = juris Rn. 15.
- [87] Vgl. BSG, 18.11.2008, B 2 U 31/07 R, UV-Recht Aktuell 2009, S. 485 ff. = juris Rn. 14; BSG, 26.3.1986, 2 RU 51/85, USK 86169; BSG, 29.10.1980, 2 RU 41/78, SozR 2200 § 539 Nr. 72; BSG, 28.2.1962, 2 RU 110/59, SozR Nr. 5 zu § 122 SGG.
- [88] Vgl. BSG, 28.2.1962, 2 RU 110/59, SozR Nr. 5 zu § 122 SGG.
- [89] B 2 U 21/01 R, USK 2002-79.
- [90] Vgl. BSG, 18.11.2008, B 2 U 31/07 R, UV-Recht Aktuell 2009, S. 485 = juris Rn. 18 ff. m. w. N.; BSG, 4.6.2002, B 2 U 21/01 R, USK 2002-79 = juris Rn. 14; BSG, 27.7.1989, 2 RU 3/89, SozR 2200 § 548 Nr. 95, Rn. 14.
- [91] BSG, 18.11.2008, B 2 U 31/07 R, UV-Recht Aktuell 2009, S. 485 = juris Rn. 13.
- [92] BSG, 30.10.1964, 2 RU 114/62, SozR Nr. 5 zu § 564 a. F. RVO = juris Rn. 18.
- [93] So auch Biletzki, NVwZ 2010, S. 688, 690.
- [94] Günther/Michaelis/Brüser, Das Dienstunfallrecht für Bundes- und Landesbeamte, 2019, S. 41.
- [95] Zur teilweisen Sonderstellung der Lehrer innerhalb der Beamtenschaft vgl. auch BVerwG, 3.11.1976, VI C 203.73, juris.
- [96] OVG Berlin-Brandenburg, 8.12.2008, 4 N 97.05, juris.
- [97] Vgl. LSG Thüringen, 28.2.2013, L 1 U 1473/10, juris Rn. 21; VG Koblenz, 25.10.2007, 2 K 350/07, juris (kein

Dienstunfall eines Lehrgangsteilnehmers beim morgendlichen Duschen im Lehrgangsgebäude).

[98] Krasney, ZTR 2004, S. 292, 293; Günther/Michaelis/Brüser, Das Dienstunfallrecht für Bundes- und Landesbeamte, 2019, S. 47 f.

[99] Die ursprüngliche Diskrepanz zwischen sozial- und verwaltungsgerichtlicher Rechtsprechung bei Wegen zum und vom „dritten Ort“ (vgl. BVerwG, 27.5.2004, 2 C 29/03, BVerwGE 121, 67 = juris Rn. 12) und bezüglich der Anwendung der „Zwei-Stunden-Grenze“ bei privater Unterbrechung des Weges besteht – bei Bundesbeamten – allerdings nicht mehr, vgl. Nr. 31.2.1.4 und 31.2.1.5 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Beamtenversorgungsgesetz vom 2.2.2018, GMBI. 2018 Nr. 7-11, S. 98. Vgl. dazu auch Günther/Michaelis/Brüser, Das Dienstunfallrecht für Bundes- und Landesbeamte, 2019, S. 118 ff.

[100] Vgl. BSG, 18. 6. 2013, B 2 U 10/12 R, SozR 4–2700 § 8 Nr. 47; BSG, 28. 6. 1988, 2 RU 14/88, USK 88112; BSG, 31. 5. 1988, 2/9b RU 6/87, BSGE 63, 212; BSG, 27.10.1976, 2 RU 247/74, SozR 2200 § 550 Nr. 22.

[101] Vgl. dazu im Einzelnen Keller, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 8 Rn. 198; Ricke, in KassKomm, SGB VII, § 8 Rn. 183b ff.; Köhler, Der Arbeitsunfall in der Land- und Forstwirtschaft, 2020, S. 247 f.

[102] St. Rspr, vgl. z.B. BVerwG, 27.5.2004, 2 C 29.03, ZBR 2004, S. 433 m. w. N.

[103] Vgl. BVerwG, 17.10.1967, 6 C 29.65, juris; BVerwG, 27.1.2005, 2 C 7.04, BVerwGE 122, 360 = juris Rn. 12.

[104] OVG Berlin-Brandenburg, 24.5.2018, 4 B 15.17, juris.

[105] BVerwG, 27.1.2005, 2 C 7.04, BVerwGE 122, 360; vgl. dazu Kugele, jurisPR-BVerwG 17/2005 Anm.2.

[106] BVerwG, 26.11.2013, 2 C 9.12, NVwZ-RR 2014, S. 423, 424 = juris Rn. 11.

[107] Vgl. dazu Günther/Michaelis/Brüser, Das Dienstunfallrecht für Bundes- und Landesbeamte, 2019, S. 102 f.

[108] BVerwG, 27.1.2005, 2 C 7.04, BVerwGE 122, 360 = juris Rn. 14.

[109] Vgl. dazu vorstehend unter V.1.

[110] BVerwG, 27.1. 2005, 2 C 7.04, BVerwGE 122, 360 = juris Rn. 11; BVerwG, 26.11.2013, 2 C 9.12, NVwZ-RR 2014, S. 423, Rn. 8.

[111] Leube, ZTR 2012, S. 682, 687; Rüthers/Fischer/Birk,

Rechtstheorie, 6. Aufl. 2011, Rn. 132a; Wank, Die Auslegung von Gesetzen, 5. Aufl. 2011, S. 22.

[112] So in anderem Zusammenhang auch OVG Niedersachsen, 28.2.2013, 5 LB 8/10, DÖD 2012, S. 140, 142.

[113] Leube, ZTR 2012, S. 682, 687.

[114] BVerwG, 27.1.2005, 2 C 7.04, BVerwGE 122, 360, 363 = juris Rn. 15.

[115] Stenographische Berichte des Reichstages, X. Leg., 1900/02, Bd. 190, Aktenstück Nr. 176, S. 1124.

[116] Beispiele: Einbeziehung der Familienheimfahrt in den Wegeunfalltatbestand durch das Gesetz zur Änderung beamtenrechtlicher und besoldungsrechtlicher Vorschriften v. 21.8. 1961, BGBl. I S. 1361; Einbeziehung des „Kindergartenwegs“ durch das BeamtenVG, nachdem das Recht der gesetzlichen Unfallversicherung mit dem Gesetz über die Unfallversicherung von Schüler und Studenten sowie Kinder in Kindergärten v. 18.3.1971 (BGBl. I S. 237) insoweit geändert worden war; Einbeziehung der „Fahrgemeinschaft“ bei Schaffung des neuen § 31 BeamtenVG zum 1.1.1977, was ausweislich der Gesetzesbegründung (BT-Drucks. 7/2505, S. 50) mit Blick auf die damals gültige äquivalente Norm des § 550 Abs. 2 Nr. 2 RVO geschah.

[117] Giesen, Arbeitsunfall und Dienstunfall - Zur Reichweite des Unfallschutzes von Arbeitnehmern und Beamten nach § 8 SGB VII und § 31 BeamtenVG, 2017, S. 202; vgl. auch Leube, SGB 2019, S. 20, 26.

[118] Giesen, Arbeitsunfall und Dienstunfall - Zur Reichweite des Unfallschutzes von Arbeitnehmern und Beamten nach § 8 SGB VII und § 31 BeamtenVG, 2017, S. 209.

[119] Vgl. BSG, 28.2.1964, 2 RU 185/61, BSGE 20, 219, 221 f.; BSG, 30.9.1964, 2 RU 161/60, BSGE 22, 7, 9 und zu-letzt BSG, 2.7.1996, 2 RU 16/95, SozR 3-2200 § 550 Nr. 14; ausführlich Köhler, SGB 2004, S. 533, 542 ff.

[120] BSG, 9.12.2003, B 2 U 23/03 R, BSGE 91, 293, zustimmend Köhler, SGB 2004, S. 533, 544 f. Der Entscheidung lag der Sachverhalt zugrunde, dass eine Klägerin auf dem grundsätzlich versicherten Heimweg einen Zwischenstopp vornahm, um in einem auf der linken Straßenseite gelegenen Fischgeschäft einzukaufen. Die Klägerin fuhr zunächst an Geschäft vorbei, um nach 97 Metern auf der rechten Seite den ersten freien Parkplatz zu nehmen. Nach Verlassen ihres Fahrzeugs wurde sie beim Überqueren der Straße, um das Geschäft zu erreichen, von einem Auto erfasst und verletzt.

[121] In der Literatur mehren sich die Stimmen, wonach nunmehr auch für Fußgänger beim Überschreiten der

Straße aus privaten Gründen ein Wegfall des Versicherungsschutzes angenommen werden müsse, obwohl der Beweis des Beginns der privaten Handlungstendenz hier schwieriger zu führen sein wird als beim Verlassen eines Fahrzeugs, vgl. Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, § 8 Rn. 12.31, unter Hinweis auf BSG 13.12.1984 – 2 RU 80/83, SozR 2200 § 550 Nr. 69: Gleichbehandlung von Fahrzeugbenutzern und Fußgängern; Schmitt, SGB VII, 4. Aufl. 2009, § 8 Rn. 220; Leube, ZTR 2012, S. 682 ff. (sub 4.3.2 a.E.); a.A. Kunze, SGB 2004, S. 495; Schwerdtfeger, in Lauterbach, SGB VII, (Stand: 6/2015), § 8 Rn. 472, 479.

- [122] BSG, Urt. v. 4.7.2013 – B 2 U 12/12 R, SGB 2014, 392 („Tankstellenurteil“); BSG, Urt. v. 4.7.2013 – B 2 U 3/13 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 50 = NZS 2013, 872 („Erdbeerurteil“).
- [123] BSG, 4.7.2013, B 2 U 3/13 R, NZS 2013, S. 872.
- [124] Vgl. auch Schur/Spellbrink, SGB 2014, S. 589, 591.
- [125] Vgl. dazu Köhler, SGB 2020, S. 699 ff. und SGB 2020, S. 382 ff. jeweils m. w. N.
- [126] BSG, B 2 U 23/03 R, BSGE 91, 293.
- [127] BVerwG, 10.12.2013, 2 C 7.12, NVwZ 2014, S. 601 m. Anm. Baumann; vgl. auch BVerwG, 22.4.2020, 2 B 52.19, juris Rn. 12; zustimmend: Günther/Michaelis/Brüser, Das Dienstunfallrecht für Bundes- und Landesbeamte, 2019, S. 112.
- [128] So bereits BVerwG, 22.11.1971, 6 C 34.68, BVerwGE 39, 83, 85.
- [129] So bereits BVerwG, 4.6.1970, II C 39.68, BVerwGE 35, 234.
- [130] BVerwG, 10.12.2013, 2 C 7.12, NVwZ 2014, S. 601, Rn. 17 ff. mit Hinweis auf BVerwG 22.11.1971, 6 C 34.68, BVerwGE 39, 83, 86, BVerwG, 22.1.2009, 2 A 3.08, Buchholz 239. 1 § 31 BeamtVG Nr. 21 Rn. 17 und BVerwG, 9.12.2010, 2 A 4.10, Buchholz 239. 1 § 31 BeamtVG Nr. 24.
- [131] So auch Günther/Michaelis/Brüser, Das Dienstunfallrecht für Bundes- und Landesbeamte, 2019, S. 46.
- [132] Vgl. z.B. BSG, Urt. v. 12. 4. 2005, B 2 U 11/04 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 14, Rn. 19; BSG, Urt. v. 19. 3. 1991, 2 RU 45/90, SozR 3-2200 § 548 Nr. 8, Rn. 13; BSG, Urt. v. 18. 12. 1974, 2 RU 37/73, USK 74212.
- [133] BSG, 7.5.2019, B 2 U 31/17 R, SGB 2020, S. 379 m. Anm. Köhler.
- [134] BSG, 30.1.2020, B 2 U 2/18 R, SGB 2020, S. 692 m. Anm. Köhler.
- [135] Das Alimentationsprinzip verpflichtet den Dienstherrn, den Beamten und seine Familie lebenslang angemessen zu alimentieren und ihm nach seinem Dienstrang, nach der mit seinem Amt verbundenen Verantwortung und nach der Bedeutung des Berufsbeamtentums für die Allgemeinheit entsprechend der Entwicklung der allgemeinen wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnisse und des allgemeinen Lebensstandards einen angemessenen Lebensunterhalt zu gewähren, BVerfG, 12.6.2018, 2 BvR 1738/12, BVerfGE 148, 296 ff., Rn. 123 m. w. N.
- [136] BVerwG, 26.1.2016, 2 B 17.15, juris Rn. 13 f.; BVerwG, 10.12.2015, 2 C 46.13, juris; BVerwG, 13.1.1978, 6 B 57.77, Buchholz 232 § 135 BBG Nr. 59 S. 10; BVerwG, 12.9.1995, 2 B 61.95, Buchholz 239.1 § 31 BeamtVG Nr. 10 S. 1.
- [137] Zur faktischen Bindung der Verwaltung an die höchstrichterliche Rechtsprechung vgl. Köhler, VSSR 1/2009, S. 15 ff.
- [138] Zur Gewalt gegen Einsatzkräfte des Rettungswesens vgl. Köhler, VSSAR 2021, S. 1 ff.
- [139] Vgl. Giesen, Arbeitsunfall und Dienstunfall - Zur Reichweite des Unfallschutzes von Arbeitnehmern und Beamten nach § 8 SGB VII und § 31 BeamtVG, 2017, S. 213.
- [140] BVerwG, 17.11.2016, 2 C 17.16, SGB 2017, S. 238 f. = juris Rn. 19; BSG, 18.11.2008, B 2 U 31/07 R, UV-Recht Aktuell 2009, S. 485 = juris Rn. 13.
- [141] Vgl. Reinhardt, Konsistente Jurisdiktion, 1977, S. 157 f.; Schulte, Rechtsprechungseinheit als Verfassungsauftrag, 1986, S. 117 ff., 147 ff., 162; Späth, BB 1977, S. 153, 155 ff.
- [142] Bundesministerium des Innern (Hrsg.), Der öffentliche Dienst des Bundes, 2014, S. 38.

Rechtliche Aspekte zum übergreifenden Fallmanagement als besonderes Privileg eines agrarsozialen Verbundträgers

Marion Baierl, Sabine Bütting

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als agrarsozialer Verbundträger hat die Möglichkeit, Konzepte zur Prävention von arbeitsbedingten und arbeitsunabhängigen Gesundheitsgefahren, Gesundheitsförderung sowie medizinischen Versorgung zu einem integrierten Gesamtkonzept im Sinne einer Gesamtstrategie zu vereinigen und so gezielt Synergieeffekte sozialversicherungszweigübergreifend zu nutzen. Der Fallkoordinator als Lotse in diesem System und als sozialversicherungszweigübergreifender Fallmanager/Case-Manager trägt diesen Gedanken im besonderen Maße Rechnung. Die Leistung Fallkoordinator dient dem Ziel, die Erwerbsfähigkeit bis zur Rente durch die Prävention von chronischen Erkrankungen zu erhalten.

Der Fallkoordinator als neue Leistung der SVLFG im Zuge des Gesetzes zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) vom 08.12.2016 realisiert ein Fall- oder Casemanagement für Fälle, die einer intensiven Begleitung, Koordination und Beratung mit regelmäßigen Kontakten bedürfen, im Verbundsystem der SVLFG. Zielgruppe sind Versicherte in einer außergewöhnlichen beruflichen, familiären und sonstigen Belastungssituation mit mangelhaften Ressourcen. Solche belastenden Lebenssituationen verlangen häufig Hilfen und Leistungen aus mehreren Sektoren des Sozialversicherungssystems, eine persönliche Kommunikation durch feste Ansprechpartner der SVLFG und eine proaktive, zugehende Bedarfsermittlung sowie den individuellen Bedürfnissen angepasste Unterstützung. Der Fallkoordinator fungiert hierbei als Vertrauensperson des Versicherten, als Lotse in das System und „beschafft“ bei den zuständigen Fachbereichen die benötigten Leistungen zeitnah und passgenau. Den dem individuellen Bedarf entsprechenden Versorgungsplan verfolgt er zielstrebig, begleitet die Umsetzung und passt diesen ggf. an eine neue Bedarfslage an.

Prävention erfordert vor dem Hintergrund des Sozialgesetzbuchs IX, der UN-Behindertenrechtskonvention, des Bundesteilhabegesetzes und Präventionsgesetzes eine rechtzeitige Zusammenarbeit, ein abgestimmtes Vorgehen und geeignete Maßnahmen aller Akteure. Das Fallmanagement ist hier ein naheliegender, wenn nicht bereits vorgegebener Schritt. Die Perspektive des Versicherten steht hierbei mit dem Ziel einer personenzentrierten, einheitlichen, auf seine individuelle Lebenssituation zugeschnittenen Leistungserbringung im Mittelpunkt. Drohenden Teilhabestörungen ist durch eine frühzeitige Intervention entgegenzuwirken, Bedarfe sind nach standardisierten Verfahren zu erkennen und zu koordinieren. Insofern kommt auch der internen Abstimmung der Sozialversicherungsträger besondere

Bedeutung zu. Der gesetzliche Auftrag der Landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) für Versicherte, die das Rentenalter noch nicht erreicht haben, ist die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit bis zur Rente durch Leistungen zur Teilhabe, insbesondere durch die Prävention von (chronischen) Erkrankungen. Als erstanzugehender Rehabilitationsträger gegenüber der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) identifiziert die LAK frühzeitige Präventions- und Rehabilitationsbedarfe (§ 40 Abs. 4 SGB V, § 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX, § 3 SGB IX, § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I) und koordiniert die sich abzeichnenden Leistungsbedarfe wie aus einer Hand [1].

1 Modellvorhaben zum präventiven Fallmanagement, zur frühzeitigen Bedarfserkennung sowie zur sozialversicherungszweigübergreifenden Bedarfsteuerung als besonderer Auftrag des Flexirentengesetzes

Ab Sommer 2019 wurde im Zuge des SVLFG-Modellvorhabens „Mit uns im Gleichgewicht“ begonnen, Fallkoordinatoren und Fallkoordinatorinnen auszubilden und modellhaft unter wissenschaftlicher Begleitung ein Verfahrens- und Organisationskonzept zu finden. Hintergrund war der ausdrückliche gesetzliche Auftrag des Flexirentengesetzes zur Erprobung und Evaluation der neuen LAK- Präventionsleistungen – auch im Kontext des Verbundträgers. Ziel ist es, eine negative Abgrenzung nach Sozialversicherungszweigen im Verbundträger [2] zu vermeiden und die Vorgabe des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) „Leistungen wie aus einer Hand“ mit Vorbildfunktion zu leben. Sind mehrere Leistungsträger zuständig, haben sich diese bereits insbesondere nach §§ 10 – 20 SGB IX und § 86 SGB X bei der Erfüllung ihrer Aufgaben untereinander eng abzustimmen, zu koordinieren und Rehabilitationsbedarfe frühzeitig zu erkennen und zu ermitteln. Das

Fallmanagement der SVLFG greift darüber hinaus auch die besonderen beruflichen und familiären Problemlagen auf und erzielt eine personen-/bedarfsorientierte Beratung, Planung, Begleitung und Koordination des Präventions- und Rehabilitationsprozesses. Damit erforscht die SVLFG im Rahmen des Konzepts „Mit uns im Gleichgewicht“ das sozialversicherungszweigübergreifende Koordinieren im Sinne eines echten Fallmanagements im Sinne der Deutschen Gesellschaft für CaseManagement (DGCC) in Kooperation mit örtlichen Unternehmensorganisationen/Dritten mit dem Ziel eines gemeinsamen Versorgungsplans für die Betroffenen.

Das hier angebotene Fallmanagement unterscheidet sich von der allgemeinen Beratung (§§ 13, 14 SGB I) dadurch, dass eine Steuerung bzw. Koordination mehrerer auf den jeweiligen Einzelfall bezogenen Hilfen stattfindet. Das Verfahren lehnt sich an das Teilhabeplanverfahren des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) an, geht aber inhaltlich darüber hinaus: So werden mit der sozialen und betriebswirtschaftlichen Ausgangssituation der Unternehmerfamilien die Kontextfaktoren der Arbeit in besonderem Maße einbezogen und alle denkbaren Leistungen der SVLFG und weiterer zuständiger Hilfsorganisationen verfügbar gemacht. Die SVLFG hat hierbei vor dem Hintergrund der ihr gesetzlich zugewiesenen Aufgaben ein eigenständiges Fallmanagement definiert, prozessual gestaltet und erprobt. Entscheidend bei rehabilitativen wie präventiven Leistungen ist, die Adressaten von Anfang an mit einzubeziehen. So kann die Service- oder Hilfeplanung nur partizipativ entwickelt werden. Die vorhandenen Selbsthilfekompetenzen der Adressaten gilt es auszuloten und nur subsidiär, also dort wo notwendig, zu unterstützen. Weiterhin werden die Reha-Prinzipien antizipiert (Frühzeitigkeit, Nahtlosigkeit und Nachhaltigkeit, Personenorientierung und Ganzheitlichkeit, Selbstbestimmung, Dialog-/Ressourcenorientierung) und in ein schlüssiges Gesamtkonzept für die Fallkoordination überführt, welches nach unterschiedlichen Bedarfen gestuft vorgeht.

Das durch eine wissenschaftliche Forschungseinrichtung (Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Sporthochschule in Köln) begleitete Modellvorhaben dient dem Zweck, die Funktion des Fallkoordinators bedarfsgerecht zu optimieren und ggf. zukünftig durch weitere Kompetenzen zu ergänzen. Um im Fallmanagement erfolgreich agieren und das damit verbundene hohe Maß an Kommunikation, Planung und Prozesssteuerung bewältigen zu können, benötigen die Fallkoordinatoren und Fallkoordinatorinnen neben ihrer sozialversicherungszweigübergreifenden Fach- und Sachkompetenz auch Sozial-, Selbst- und Methodenkompetenz. Letztere bezieht sich vor allem auf die Verfahrenskompetenz in den einzelnen Phasen des Fallmanagements: Fallanalyse (Assessment), Festle-

gung des Maßnahmenkatalogs (Präventions-, Pflege-, Reha-Plan), Begleitung der Umsetzung (Monitoring), Erfolgsüberwachung, Evaluation.

Der Gesamtauftrag an die SVLFG als agrarsoziales Verbundsystem verlangt hierbei eine übergreifende Bedarfssteuerung mit dem Ziel der umfassenden und frühzeitigen Bedarfsfeststellung. Adressaten sind Versicherte in einer außergewöhnlichen beruflichen, familiären und gesundheitlichen Belastungssituation (z. B. fehlende Betriebsnachfolge, wirtschaftliche Krisen in Folge von Klimakatastrophen, Verschuldung, Überlastungen). Der Fallkoordinator, ausgebildet nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Care- und Case-Management, stellt frühzeitig Präventions- und Rehabilitationsbedarfe fest und bewirkt, dass die Berechtigten die ihnen zustehenden Sozialleistungen sowie Hilfsangebote Dritter in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhalten. Zielsetzungen sind:

- umfassende Beratung
- Verpflichtung zu fach- und sozialversicherungszweigübergreifendem Handeln
- schnelle Klärung des Bedarfs und Einleitung von Maßnahmen
- zielgerichtete und qualitativ angemessene Leistungserbringung
- ressourcenbasierte Organisation eines Systems zur Zusammenarbeit
- Bereitstellung und Koordinierung von medizinischen und sozialen Dienstleistungen
- systematische Qualitätssicherung

Damit erforscht die SVLFG im Rahmen des Konzepts „Mit uns im Gleichgewicht“ das sozialversicherungszweigübergreifende Koordinieren im Sinne eines echten Fallmanagements in Kooperation mit örtlichen Unternehmensorganisationen und Interessenverbänden (Bauernverbänden, Landwirtschaftskammern etc.), der landwirtschaftlichen Familienberatung sowie der Schuldnerberatung mit dem Ziel eines gemeinsamen Versorgungsplans für die Betroffenen.

2 Neue Rechtsgrundlagen in der Alterssicherung der Landwirte mit dem Flexirentengesetz, dem 7. SGB IV-ÄndG und in der Satzung der LAK

Mit Art. 1 des Flexirentengesetzes wurden die Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB VI neu strukturiert, so auch für die Alterssicherung der Landwirte (AdL), um ihrer zunehmenden Bedeutung Rechnung zu tragen [3].

Mit Art. 13 Nr. 2a des Siebten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (7. SGB IV-ÄndG) [4] wurde in Ergänzung hierzu durch die Änderung in § 10 Abs. 1 S. 1 ALG zudem die Lücke in der Satzungsermächtigung geschlossen und, entsprechend den Regelungen zur Richtlinienkompetenz in der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung (vgl. nur § 14 Abs. 2 SGB VI), die Satzungsermächtigung um folgende Sätze erweitert:

„Für Leistungen zur Prävention, zur Kinderrehabilitation und zur Nachsorge sind insbesondere die Ziele, die persönlichen Voraussetzungen sowie Art und Umfang der medizinischen Leistungen in der Satzung näher auszuführen. Für sonstige Leistungen zur Teilhabe sind insbesondere die Ziele sowie Art und Umfang der Leistungen in der Satzung näher auszuführen. Die Satzungsregelungen sind regelmäßig an den medizinischen Fortschritt und die gewonnenen Erfahrungen anzupassen.“

Mit dieser Erweiterung soll u. a. dem Informationsbedürfnis von Versicherten, Leistungserbringern, Ärzten und Ärztinnen und allen weiteren Beteiligten Rechnung getragen werden, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang insbesondere medizinische Leistungen zur Prävention (§ 10 Abs. 1 ALG i. V. m. § 14 Abs. 1 SGB VI) von der SVLFG als LAK erbracht werden können.

Unter die sonstigen Leistungen zur Teilhabe fällt auch die Praxis der SVLFG als LAK bei der Zuwendungsvergabe zur Förderung von Forschungsvorhaben Dritter auf dem Gebiet der Prävention und Rehabilitation zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (§ 10 Abs. 1 ALG i. V. m. § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI).

Von der Satzungsermächtigung hat der Satzungsgeber der SVLFG als LAK mit Beschluss in der Vertreterversammlung am 12.11.2020 Gebrauch gemacht und entsprechende Regelungen in §§ 78 ff. der Satzung LAK [5] getroffen. In § 78a Abs. 2 Satz 2 der Satzung LAK wird nun u. a. das Fallmanagement als Satzungsleistung der LAK ausdrücklich angeboten:

„§ 78a

Ziel, Art, Umfang und Durchführung von Präventionsleistungen

(1) 1Die landwirtschaftliche Alterskasse erbringt auf Antrag medizinische Leistungen zur Prävention, um die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten langfristig zu erhalten. 2Die Versicherten sollen durch die Leistung angehalten und befähigt werden in eigener Kompetenz, ein gesundheitsförderliches Verhalten und einen gesunden Lebensstil zu planen und umzusetzen und hierdurch ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen ihrer Erwerbsfähigkeit entgegenzutreten zu können. 3Die Präventionsleistungen sollen auf eine möglichst frühzeitige Identifizierung von Präventionsbedarfen und Intervention ausgerichtet sein.

(2) 1Die Leistungen umfassen allgemeine und spezielle, auf die individuelle Gesundheitsgefährdung und die Erwerbstätigkeit bezogene gesundheitsfördernde Maßnahmen. 2Die präventiven Leistungsangebote der landwirtschaftlichen Alterskasse können stationär, teilstationär oder ambulant, auch unter Nutzung digitaler Mittel erbracht werden und betreffen insbesondere:

- *spezielle Informationsangebote über Print- und digitale Medien zur Selbsthilfe,*
- *Beratungs- und Betreuungsangebote als aufsuchende Hilfe,*
- *Vermittlung von aktiven Bewegungsübungen und Entspannungstechniken sowie*
- *von Kenntnissen zur gesunden Lebensführung und deren Auswirkungen auf die Gesundheit,*

■ **individuelles Coaching und Fallmanagement***

**Hervorhebung nur hier*

(3) 1Die Präventionsleistungen sollen mit einer mit der ausgeübten Erwerbstätigkeit und dem Wohnort zu vereinbarenden Angebotsstruktur erbracht werden. 2Die landwirtschaftliche Alterskasse bestimmt im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze zur Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Einbindung geeigneter Leistungserbringer nach pflichtgemäßem Ermessen. 3Bei Präventionsleistungen sind Zuzahlungen nicht zu leisten.“

Der im Schwerpunkt bei der LAK angesiedelten Fallkoordination auf der Präventionsebene liegen damit zusammenfassend folgende gesetzliche und untergesetzliche Regelungen im Sinne des § 30 Abs. 1 SGB IV zu Grunde:

- § 10 Abs. 1 Satz 1 ALG i. V. m. § 14 Abs. 1 SGB VI dient als Rechtsgrundlage für primäre und sekundäre Prävention [6].
- Es gelten die §§ 3 – 7 der Gemeinsamen Empfehlungen (GE) Prävention 2018 sowie die

§§ 4, 5, 10 – 18 Reha-Prozess der BAR 2019, welche als Verwaltungsvertrag verpflichtend sind, wie auch die Ersetzungsbefugnis des BMAS durch Rechtsverordnung zeigt.

- Das BTHG und das Präventionsgesetz stehen gleichberechtigt daneben.
- Konkretisierung insbesondere zu Art und Umfang der Leistungen nimmt die Satzung der LAK vor.

3 Integriertes Gesamtkonzept der Prävention und Rehabilitation

Der Fallkoordinator der SVLFG als LAK erprobt das trägerübergreifende Präventions- und RehaFallmanagement i. S. des SGB IX, allerdings unter der Berücksichtigung, dass die SVLFG ein sozialversicherungszweigübergreifender Verbundträger ist.

Methodische Zielsetzung ist insbesondere (stichpunktartig):

- Aufbereitung vorhandener Ansätze zum Fall-/Case-management
- Entwicklung einer methodischen Herangehensweise an das Casemanagement und Prüfung der Geeignetheit für die SVLFG
- Übersicht über die Bandbreite tatsächlicher Fälle erarbeiten/identifizieren
- typische Fallkonstellationen ableiten (z. B. Hinweise für spätere Organisation und Personaleinsatz, Geschäftsprozesse und Arbeitshilfen)
- Auswahl der Fälle, die aufgrund ihrer Komplexität ein (trägerübergreifendes) Fallmanagement erfordern (z. B. für Definition der Voraussetzungen/Notwendigkeiten für Fallmanagement: besonders schwere Fälle usw.); hierbei soll über typisierte Musterfälle eine Prozessstruktur erarbeitet werden, die es bei einem Leistungsträger braucht, damit das Fallmanagement auch wirksam ist
- Ableiten und Ausformen gemeinsamer Standards für Fallmanagement
- Entwicklung von Screening-Instrumenten, die maßgebliche Fälle frühzeitig erkennen lassen

Inhaltliche Zielsetzung ist der Erhalt bzw. die Sicherung der Erwerbsfähigkeit der in der LAK versicherten erwerbstätigen Menschen. Es geht um die möglichst

frühzeitige Identifizierung von Bedarfen und zielgenaue Umsetzung von Intervention durch entsprechende Präventionsangebote [7]. Besonders Versicherte in schwierigen privaten und beruflichen Lebensumständen können die Vielzahl der Angebote und Zuständigkeitsbereiche der sozialen Sicherungssysteme überfordern, wodurch notwendige Präventionsleistungen zu wenig oder gar nicht in Anspruch genommen werden. Ziel ist daher eine Bedarfsermittlung und Leistungserbringung wie aus einer Hand sowie eine kontinuierliche Begleitung des Versicherten. Den Ansätzen der Personenzentrierung und Förderung der Selbstbestimmung folgend, soll das Ziel erreicht werden, die Position der Leistungsberechtigten im Sozialverfahren zu stärken und die lückenlose und koordinierte Leistungserbringung zu begleiten und überwachen. Die aktive Mitwirkung des Leistungsberechtigten ist eine unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen.

Während Leistungen zur Teilhabe in deren Gesamtheit darauf abzielen, „Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit von Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern“ (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI), sollen die Leistungen zur Prävention gemäß dem Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation und Rehabilitation vor Rente“ [8] der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben vorbeugen [9]. Eine starre (zeitliche) Abgrenzung/Staffelung der Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention ergibt sich hierdurch aber nicht, vielmehr sind die Übergänge fließend und ineinandergreifend. Die Annahme, Leistungen der einzelnen Präventionsstufen würden bei Erreichen der nächsten Stufe nicht mehr in Betracht kommen, ist verfehlt und wird der Realität von Krankheitsbildern nicht gerecht [10]. Prävention richtet sich auch oder eben gerade bereits an Menschen mit Vorerkrankungen oder Behinderungen, solange die Maßnahmen eben geeignet sind. Prävention nach § 3 SGB IX ist auf den frühestmöglichen Ansatzpunkt von Unterstützungsangeboten gerichtet. Die LAK ist hierbei als im Verbundsystem der SVLFG (fingiert)* erstangegangener Rehabilitationsträger gegenüber der LKK vorrangig zuständig, frühzeitige Präventions- und Rehabilitationsbedarfe (§ 40 Abs. 4 SGB V, § 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX, § 3 SGB IX, § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I) zu identifizieren und sicherzustellen, dass die Versicherten die ihnen zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhalten [11].

Das möglichst nahtlose Ineinandergreifen der Leistungen wird zwar gesetzlich durch die für alle Rehabilitationsträger gem. § 7 Abs. 2 SGB IX vorbehaltlos geltenden Vorschriften der Kapitel 2 bis 4 des Teils 1 SGB IX zur Koordination und Kooperation, ferner durch die Pflicht der Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1

Nr. 1 bis 5 SGB IX zur Zusammenarbeit gem. den §§ 25 und 26 SGB IX gewährleistet [12]. Zielführend ist jedoch vielmehr ein integriertes Gesamtkonzept. Präventions- und Rehabilitationsfallmanagement und letztendlich auch die Pflegeberatung sind einander ergänzende Aufgaben. Die individuelle Bedarfsermittlung soll trägerübergreifend, interdisziplinär, konsensorientiert, individuell und lebensweltbezogen erfolgen. Der gesetzgeberische Ansatz des BTHG, Leistungen „wie aus einer Hand“ (Teilhabeplanverfahren) anzubieten und Zuständigkeitsfragen träger- und verwaltungsintern zu klären, muss von der SVLFG mit Vorbildfunktion gelebt werden. Nach dem BTHG ist nach § 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX der individuelle Präventionsbedarf als Teil des Reha-Versorgungsplans auszuweisen. Durch § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB IX (n. F.) werden die Rehabilitationsträger verpflichtet, geeignete Maßnahmen zur frühzeitigen Bedarfserkennung zu ergreifen. Auch das Flexirentengesetz (Reg.-Entwurf S. 25) betont die Wichtigkeit der frühzeitigen Präventionsbedarfserkennung.

**Exkurs: Soweit die Gleichrangigkeit der Zuständigkeiten gem. § 40 Abs. 4 SGB V für Leistungen nach § 14 SGB VI unberührt bleibt, ist grds. eine Leistungserbringung zu Lasten einer gesetzlichen Krankenkasse und eines gesetzlichen Rentenversicherungsträgers denkbar. In der SVLFG ist diese Konkurrenz jedoch über das vorrangig in der LAK angesiedelte Fallmanagement und die Fallkoordination aufzulösen.*

Unberührt von dieser vorrangigen Steuerung der Antragstellung bleiben ggf. bestehende Leistungspflichten und Fallmanagementprozesse der LKK/LPK, LBG oder der Träger der allgemeinen gesetzlichen Kranken-, Pflege und Unfallversicherung (vgl. §§ 20-26, 119 Abs. 2 SGB V, §§ 1 Nr. 1, 14 ff. SGB VII, § 5 SGB XI). Sowohl die Ursache für die Beeinträchtigung (vor allem bei der Unfallversicherung) als auch das Leistungsziel (Krankenversicherung) können bei der erforderlichen „Trägerbestimmung“ herangezogen werden (vgl. § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IX) [13].

Soweit „Altenteiler“ und sonstige Nicht-LAK-Versicherte zu Lasten der LKK in die Leistungserbringung aufgrund des Modellvorhabens einbezogen werden sollen, ist daher die Antragstellung unter Federführung der LKK zu steuern (Informationskampagne, Antragstellung und Einschreibung).

Entsprechendes gilt für Nicht-LAK-Versicherte, soweit diese in die Leistungserbringung nach dem Leistungskatalog der LBG oder LPK einbezogen werden können.

Dagegen sind erwerbstätige LAK-Versicherte grds. zu Lasten der LAK in die Präventionsarbeit einzubeziehen. Die Antragstellung kann und soll innerhalb der SVLFG über die LAK gesteuert werden. Soweit das Pilotprojekt

sich im Schwerpunkt mit der Prävention von seelischen Belastungsstörungen im Sinne des Burn-Out-Syndroms befasst, ist die Steuerung der Anträge über die LAK besonders gerechtfertigt, weil Burn-Out (im Gegensatz zu Depressionen) grundsätzlich im Kontext mit belastenden Faktoren aus dem Arbeitsumfeld einhergeht bzw. diese hier eine zentrale Rolle spielen [14]. Weiterblickend ergibt sich die vorrangige Steuerung der Anträge der versicherten Erwerbstätigen über die LAK aus der Eigenschaft der gesetzlichen Rentenversicherungsträger als Rehabilitationssträger im Hinblick auf ihre Strukturverantwortung und die Finalität Teilhabeleistung.

In den Aufgabenkreis der Rentenversicherung (oder anderer Leistungssysteme wie der gesetzlichen Unfallversicherung sowie der Versorgung) fallen nur solche Rehabilitationsleistungen, die über die Aufgaben der Krankenversicherung hinausgehen. Die Krankenversicherung ist insofern zuständig, wenn die Maßnahme die Auswirkungen der Behinderungen im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert und damit ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft (wie Gehen, Stehen, Sehen, Hören, Greifen, Nahrungsaufnahme, Ausscheiden, elementare Körperpflege, selbständiges Wohnen, Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums). Überschneidungen mit den Aufgaben der Rentenversicherung sind aber nicht auszuschließen. Denn zu den elementaren Grundbedürfnissen zählt die Ausübung einer beruflichen oder gleichwertigen Tätigkeit. Deshalb ist die Herstellung und Erhaltung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nicht nur eine Aufgabe der Renten-, sondern auch der gesetzlichen Krankenversicherung [15].

Soweit jedoch das Fallmanagement bei der LAK i. S. e. „erstangegangenen Rehaträgers“ angesiedelt wird, ist vorrangig der Leistungskatalog der LAK zu prüfen. Konkret ergibt sich in einem ersten Schritt die Zuordnung und Anspruchsprüfung der konkurrierenden Präventionsleistungen der LKK und LAK aus der Prüfung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Gem. § 8 Abs. 1 ALG i. V. m. §§ 10 Abs. 3, 14 Abs. 1 SGB VI ist demnach u. a. die Gefährdung der „ausgeübten Beschäftigung“ zu prüfen. In der rentenversicherungsrechtlichen Rehabilitation und Teilhabe entspricht dieses Merkmal der Gefährdung/ Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (vgl. §§ 9 Abs. 1 Nr. 1, 10 SGB VI).

Von vorherein entfällt damit eine Leistungsgewährung zu Lasten der LAK, wenn die rentenversicherungsrechtlichen Teilhabevoraussetzungen nicht vorliegen, wie etwa bei nichterwerbstätigen Ehepartnern, Kindern und Rentnern, oder wenn die Ursache für den (zu verhütenden) Versicherungsfall auf einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen ist.

In entsprechender Anwendung der Grundsätze des BSG zur Reabezogenheit der Leistungserbringung durch die DRV in Abgrenzung zur GKV ist für die Zuordnung der Präven-

tionsleistungen daher ebenfalls die Zielgerichtetheit der Maßnahme ausschlaggebend.

Danach muss es für die Annahme der Zuständigkeit der LAK nach dem Berufsbild einerseits und der vorliegenden Funktionsstörung andererseits geboten sein, gerade der Gefährdung der Erwerbsfähigkeit entgegenzutreten [16].

Erwerbsfähigkeit ist dabei als Fähigkeit zu verstehen, seinen bisherigen Beruf oder eine seiner Eignung, Neigung und bisherigen Tätigkeit angemessene Erwerbs- oder Berufstätigkeit dauernd auszuüben [17].

4 Gesetzliche Rahmenbedingungen des Modellvorhabens „Mit uns im Gleichgewicht – MUIG“

Das durch eine wissenschaftliche Forschungseinrichtung (Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Sporthochschule in Köln) begleitete LAK- und LKK-übergreifende Modellvorhaben nach § 20g SGB V, §§ 7, 10 ALG i. V. m. §§ 14 Abs. 3, 31 SGB VI dient dem Zweck, die Funktion des Fallkoordinators bedarfsgerecht zu optimieren und ggf. zukünftig durch weitere Kompetenzen zu ergänzen. So sind Screening-Instrumente für das Fallmanagement, ein Schulungskonzept, eine Prozessbeschreibung und Leitlinien, unterstützende Strukturen (Backoffice, abrufbare Experten etc.) und Hilfsmittel (Muster-Versorgungspläne, Patienteninformationen, Dokumentationshilfen) zu beschreiben. Die Hilfestellung „aus einer Hand“ setzt die Vorgaben des BTHG um, drohende Behinderungen frühzeitig zu erkennen und gezieltes Handeln noch vor Eintritt der Rehabilitationsmaßnahme zu ermöglichen. Die frühzeitige Intervention, die vernetzte Gesundheitsdatenauswertung sowie die trägerübergreifende Fallsteuerung könnten deutlich verbessert werden. Bisher ist die Fallbearbeitung der SVLFG stark auf die Belange des jeweiligen Versicherungszweiges fokussiert. Das SGB IX und der Gesamtauftrag der SVLFG als agrarsoziales Verbundsystem verlangen eine übergreifende Bedarfssteuerung und einen einheitlichen Versorgungsplan.

Die Vorschriften § 20g SGB V und § 63 Abs. 2 SGB V können sich hierbei ergänzen. Es handelt sich um Parallelvorschriften und kein *lex specialis/generalis*, wobei allerdings die §§ 63 ff. SGB V viel detaillierter ausgestaltet sind und damit als „Grundnorm des Modellvorhabens“ gewertet werden könnten. Träger von Modellvorhaben nach § 20g SGB V kann jeder Leistungsträger sowie jeder Verband der in § 20d Abs. 1 SGB V aufgeführten Sozialversicherungszweige sein, und zwar jeweils einzeln oder auch gemeinsam; ein Zusammenwirken aller Träger ist nicht erforderlich. Sie

dienen zur Erreichung der in den Rahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 2 Nr. 1 SGB V festgelegten gemeinsamen Ziele einzeln oder in Kooperation mit Dritten. Die Modellvorhaben soll die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verbessern. Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf fünf Jahre zu befristen (§ 20g Abs. 2 SGB V) nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten (§ 20g Abs. 2 SGB V, ebenso § 65 SGB V). Die Forschung kann sich auch, wie aus § 20g Abs. 1 Satz 3 SGB V folgt, auf die Erprobung von geeigneten Maßnahmen der Zusammenarbeit richten.

§ 20g SGB V stellt die Krankenkassen für den Bereich der primären gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen und betrieblichen Lebenswelten nach den §§ 20a und b SGB V partiell von dem aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs. 1 SGB V und den Qualitätsanforderungen nach § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V gleichermaßen abzuleitenden Verbot frei, Leistungen auch bei ungesicherter Erkenntnislage über ihre Wirksamkeit und/oder (allein) im Interesse der (Versorgungs-)Forschung zu erbringen. Auch für Präventionsleistungen gelten die allgemeinen Anforderungen an Qualität und Wirksamkeit der Leistungserbringung gemäß den § 2 Abs. 1 Satz 3 und § 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen und Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Der Leitfaden Prävention der GKV definiert die Qualitäts- und Zulassungsvorgaben hierzu abschließend. Einen allgemeinen Arztvorbehalt dieser Leistungen gibt es nicht. Auch ohne ärztliche Präventionsempfehlung können Präventionsleistungen erbracht werden.

Demgegenüber können Krankenkassen nach § 63 ff. SGB V Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, ..., die nach den Vorschriften dieses Buches oder auf Grund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 SGB V vereinbaren. Modellvorhaben zu Leistungen der Krankheitsverhütung müssen über die Leistungen nach den §§ 20 bis 24 SGB V hinausgehen [18]. Nach § 63 Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V kann bei der Durchführung von Modellvorhaben nach Abs. 1 (nur) von den Vorschriften des 4. (§§ 69 bis 140h) und des 10. Kapitels (§§ 284 bis 305b) des SGB V abgewichen werden, soweit es für die Modellvorhaben erforderlich ist. Nicht zugelassene Lei-

stungserbringer sind von einer Beteiligung an Modellvorhaben ausgeschlossen. Demnach sind nach § 20g SGB V geeignete präventive Modellvorhaben:

- sozialversicherungszweigübergreifende Projekte (§ 14 Abs. 3 Satz 1 SGB VI; § 14 Abs. 3 SGB VII), insbesondere solche, die die gemeinsame Zusammenarbeit verbessern
- Projekte zur Erreichung der in den Rahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 2 Nr. 1 SGB V festgelegten gemeinsamen Ziele einzeln oder in Kooperation mit Dritten
- Setting-Projekte in Abgrenzung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention

Vom Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs. 1 SGB V und den Qualitätsanforderungen nach § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V wird man, sofern sachlich begründet, abweichen können, wobei jedoch die Forschung der Erprobung dieser Leistungen insoweit dienen muss.

Das Modellvorhaben MUIG ist gleichermaßen ein Modellvorhaben nach § 20g SGB V, da es die versicherungszweigübergreifende Zusammenarbeit im Verbundsystem SVLFG fokussiert. Der Fallkoordinator wird innerhalb dieses Vorhabens nach § 63 Abs. 2 SGB V, §§ 7, 10 ALG i. V. m. 14 Abs. 3 Satz 1 SGB VI erprobt, da es sich insoweit für die LKK im Hinblick auf die Einbeziehung der sog. Altenteiler, die über das Renteneintrittsalter hinaus im landwirtschaftlichen Betrieb weiterhin mitarbeiten oder nach Abschaffung der sog. Hofabgabeklausel [19] bei Bezug einer Altersrente [20] das landwirtschaftliche Unternehmen fortführen, um eine ganz neue Leistung handelt.

5 Definition und Ablauf der Fallkoordination im Modellvorhaben MUIG

Ziel des Modellvorhabens ist es, einen für die SVLFG, also die Besonderheiten des agrarsozialen Verbundsystems berücksichtigenden, spezifischen Begriff des Fallmanagements zu entwickeln. Bis dahin soll sich das Fallmanagement als Leistung der LAK unter Einbeziehung der LKK im Hinblick auf die dort versicherten Altenteiler an dem der DRV orientieren und begriffen werden als eine am individuell zu ermittelnden Bedarf ausgerichtete Vorgehensweise, die primär das Ziel der Erhaltung und Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit verfolgt.

Besonderheit und Vorteil sind dabei, dass die SVLFG als ein Verbund- und Leistungsträger der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung mit ihren vier Sozialversiche-

rungszweigen unter einem Dach grundsätzlich in der Lage ist, die meisten erforderlichen Leistungen ohne „Träger- bzw. Zuständigkeitswechsel“, mithin als eine Behörde im organisatorischen Sinne, an ihre Versicherten selbst zu erbringen (Ausnahme: grundsätzlich Arbeitnehmende, die nur in der LUV versichert sind). Das Fallmanagement greift hier auch die besonderen beruflichen und familiären Problemlagen auf und erzielt eine personen-/bedarfsorientierte Beratung, Planung, Begleitung und Koordination des Präventions- und Rehabilitationsprozesses.

Nach § 10 Abs. 1 ALG i. V. m. § 14 Abs. 1 SGB VI gelten unter besonderer Berücksichtigung der hier durch Hervorhebung deutlich gemachten Kausalitätsanforderungen folgende Tatbestände:

- a) erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufgrund einer die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussenden Beschäftigung
- b) dadurch die Gefährdung der ausgeübten Beschäftigung/Erwerbstätigkeit

Die (persönliche) Voraussetzung (Kausalität) nach a) hat Bedeutung für die Abgrenzung der grds. gleichrangigen Präventionsleistungen in der Kranken- und Rentenversicherung (§ 40 Abs 4 SGB V); denn danach müssen diese über die Ursache der Beeinträchtigung aus dem Arbeitsplatz/der Beschäftigung abgegrenzt werden, woraus sich ein faktischer Vorrang der RV-Prävention bei Vorliegen der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ergibt.

Ursache und Leistungsziel sind auch für die Bestimmung der Leistungsart und des Umfangs maßgeblich, wonach die Aus- und Zielrichtung einer angebotenen Leistung, um Arbeitsunfälle zu vermeiden, Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder letztlich „nur“ Krankheiten zu verhüten, zur Abgrenzung der Leistungs- und Finanzierungsverantwortung innerhalb des Verbundträgers SVLFG heranzuziehen ist.

Die Angebote werden entsprechend dieser Vorgaben entwickelt und bilden zusammen ein sozialversicherungsübergreifendes Konzept.

Die schnittstellenübergreifende Vernetzung benötigter Leistungsangebote ist hierbei von zentraler Bedeutung. Nach derzeitigem Verfahrensstand wird sich das Konzept am dreistufigen Ansatz (Stufen 1 bis 3 mit

Fachliche Einschätzung	Stufe	Inhalte der Stufe
Kein Fallmanagement, sondern Vorstufe	1	Grundsätzlich ist es der Anspruch der SVLFG in der Stufe 1, im Rahmen der allgemeinen Beratung/Aufklärung all ihre Versicherten über die Leistungen des agrarsozialen Systems aufzuklären (§§ 13, 14 SGB I). In diesem Rahmen wird auch der Bogen zur Fallidentifikation (Screeningbogen) ausgefüllt.
Präventionsbezogenes Fallmanagement	2a	Das Telezentrum der Stabsstelle Kampagne Gesundheitsangebote (GA) berät und vermittelt in der Stufe 2a intensiv zielgruppenbezogene Angebote unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfslage und begleitet die Versicherten hierbei (fortlaufende aktive Koordinierung mit „Nachfassen“ in vorgegebenen Abständen) (LKK § 8 KVLG 1989 i. V. m. §§ 20 ff., 63 SGB V, LAK §§ 7, 10 ALG i. V. m. §§ 14, 31 SGB VI i. V. m. Satzung LAK).
Fach-Fallmanagement	2b	Liegt ein besonderes Fallmanagementangebot der SVLFG vor, welches einschlägig ist, wird der Versicherte dorthin überführt (Pflegerberatung, Entlassmanagement, LBG-Reha/Berufskrankheiten-Management; Stufe 2b). Datenschutzrechtlich gelten hier die Fachvorgaben der gesetzlichen Sondervorschriften.
Fallkoordination	3	Versicherte mit besonderen oder komplexen Falllagen, die einer intensiven Begleitung, Beratung und Koordination von Hilfen mit regelmäßigen Kontakten in kürzeren Abständen bedürfen (Stufe 3, sehr geringe Fallzahl), werden nach einem detaillierten Assessment über einen längeren Zeitraum begleitet und SVLFG-eigene oder auch fremde Hilfestellungen koordiniert (§§ 20g, 63, 20b SGB V, §§ 14, 31 SGB VI). Hierzu ist gesondert einzuwilligen.

unterschiedlichen Schweregraden und Zuständigkeiten) der DRV [21] anlehnen, aber auch – bedingt durch die gebündelte Kompetenz im Hause – darüber hinausgehen. Siehe hierzu die Tabelle:

Die aktiven Versicherten der SVLFG erhalten die Koordinationsleistungen aus der LAK, die sog. Altenteiler aus der LKK. Auch Arbeitnehmende (nur LBG-Versicherte) erhalten ein spezifisches Hilfsangebot auf Grundlage des § 14 SGB VII unter Einbindung der telefonischen Beratungsstelle Betriebliches Eingliederungsmanagement/Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF-Koordinierungsstelle), eigener Präventionsangebote und der Einbindung weiterer zuständiger Leistungs-/Kostenträger (Lotsenfunktion zum zuständigen Sozialversicherungsträger).

Die Durchführung des Fallmanagements basiert auf der standardisierten Phasenstruktur der Fallidentifikation, der Bedarfsermittlung, der Teilhabeplanung (Versorgungsplan), der Überwachung und (Nach-)Steuerung der Leistungen, des Abschlusses und der Evaluation [22].

6. Gesetzliche Vorgaben für das Fallmanagement aus dem Sozialrecht

In vielen Vorschriften des SGB V sind Aspekte eines Versorgungs- oder Fallmanagements für konkrete Versorgungsbereiche niedergelegt (vgl. §§ 37a, 43 Abs. 2 Satz 2, 44 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Auch außerhalb des SGB V bestehen Koordinierungs-, Beratungs- und Hinwirkungspflichten der Krankenkassen oder auch nur im Zusammenhang mit den Aufgaben des SGB V (u. a. §§ 13 bis 17 SGB I, §§ 12, 14 f., 19 f., 25 f. SGB IX, §§ 12 i. V. m. §§ 7, 7a, 7c SGB XI) [23]. Auch im Bereich des RehaFallmanagements und der Pflegerberatung besteht seit vielen Jahren eine hohe Expertise von Sozialversicherungsträgern im Fallmanagement. Um die Leistungen für Versicherte mit komplexen Problemlagen besser steuern zu können, wird zunehmend auch seitens der Deutschen Rentenversicherung auf Case- bzw. Fallmanagementansätze gesetzt [24]. Kernelemente sind für die DRV hierbei die personenorientierte Beratung, Planung, Begleitung und Koordination des Rehabilitationsprozesses [25]. Auch im Kontext der Verankerung des sozialen Entschädigungsrechts in einem SGB XIV wird zum 01.01.2024 ein umfassendes Fallmanagement in § 32 SGB XIV in Kraft treten. Der Gesetzgeber hat dadurch in den letzten Jahren vermehrt Hilfestellungen für sektorale Versorgungsübergänge (ambulant, stationär, Reha, Pflege usw.) angeboten [26]. Case- bzw. Fallmanagementansätze sind grundsätzlich

geeignet, mittels sektoren-, aber auch trägerübergreifender Interventionen Versicherte (besser) zu unterstützen.

6.1 Überblick über sozialrechtliche Normierungen eines Fallmanagements

Fallmanagement ist somit vielfältig im Sozialgesetzbuch normiert, hat jedoch keine abgeschlossene oder allgemein gültige gesetzliche Definition. Im Nachfolgenden soll ein Überblick über die wichtigsten Regelungen gegeben werden:

Nach § 11 Abs. 4 Satz 1 SGB V haben gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf ein (medizinisches) Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wollte der Gesetzgeber mit der Einfügung dieser Norm insbesondere „Schnittstellenprobleme beim Übergang von Versicherten in die verschiedenen Versorgungsbereiche“ bewältigen. Die Vorstellung des Gesetzgebers war es dabei, im Interesse der Versicherten (Versorgungskontinuität, Entlastung der Versicherten und ihrer Angehörigen) und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einen „reibungslosen Übergang“ zu ermöglichen, um namentlich Pflegebedürftigkeit oder eine baldige stationäre Wiedereinweisung zu vermeiden [27]. Die Mittel des Versorgungsmanagements gehen über die reine Information und Beratung des Versicherten hinaus; neben der Analyse der dem Versicherten zur Verfügung stehenden Ressourcen (etwa Fähigkeit zum Selbstmanagement, Hilfe durch Angehörige) und der aus den individuellen Versorgungsbedürfnissen des Versicherten resultierenden Maßnahmen die Abstimmung des individuellen Hilfe- und Koordinierungsbedarfs mit allen an der medizinischen Betreuung Beteiligten [28]. Als Nebenleistung zum eigentlichen Behandlungsanspruch erfüllt die Krankenkasse den Anspruch jedoch nicht selbst, sondern mittels der beteiligten Leistungserbringer [29]. Im Weiteren unterstützt die Krankenkasse jedoch nur, z. B. durch zügige Bearbeitung von Anträgen oder Information und Beratung der Versicherten. Als Kerngeschäft der Krankenkasse ist diese Aufgabe nicht auslagerbar auf private Dritte [30]. Die Regelungen des Versorgungs- und Entlassmanagements erweitern den Anspruch Versicherter auf Krankenhausbehandlung lediglich um die in dem Management liegende Dienstleistung [31].

Auch die Regelungen des Entlassmanagements im Rahmen des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 1a SGB V) verfolgen denselben Regelungs-

zweck wie § 11 Abs. 4 SGB V [32], konzipieren den Anspruch aber „als unmittelbaren Bestandteil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung in § 39 SGB V“. Weiterhin haben Versicherte, die Krankengeld beziehen, regelmäßig eine länger andauernde Krankheit zu überwinden und oft einen erheblichen Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Hierbei sind der individuelle Bedarf der Versicherten festzustellen und passgenaue Leistungen zur Überwindung der Krankheit und ihrer Folgen zu finden. Die Inanspruchnahme dieser Beratung ist für die Versicherten freiwillig; eine etwaige Ablehnung der Beratung durch die Versicherten hat keine leistungsrechtlichen Konsequenzen, insbesondere keine Auswirkungen auf den Krankengeldanspruch. Eine Beratung und Hilfestellung nach § 44 Abs. 4 Satz 1 SGB V sowie die dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten darf nach § 44 Abs. 4 Satz 2 SGB V nur nach vorheriger schriftlicher Information und mit schriftlicher Einwilligung der Versicherten erfolgen [33]. Die individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen endet, soweit die Krankenkasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einschalten muss (Prüfung von Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs, der Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder wenn Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit bestehen, vgl. § 275 Abs. 1 Nr. 3 lit. a und b SGB V).

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch § 140a Abs. 3 Satz 1 SGB V, welcher nun auch Verträge mit anderen Sozialversicherungsträgern zulässt. Dies entspricht dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgegebenen Ziel „Health in all policies“. Der Ansatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“ beruht auf der Überlegung, dass die Gesundheit von vielerlei Faktoren beeinflusst wird, die außerhalb der direkten Kontrolle des Gesundheitssektors liegen, wie Bildung, Einkommen und den Bedingungen, unter denen Menschen leben, arbeiten und spielen. Der mit Art. 1 Nr. 6 lit. b sublit. bb Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) [34] eingefügte Satz 9 räumt den Vertragspartnern die Möglichkeit ein, Leistungserbringer oder Dritte mit Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen zur Versorgung der Versicherten zu beauftragen. Das soll etwa die aufsuchende Beratung durch Fachkräfte der sozialen Arbeit bei vulnerablen Personengruppen oder eine Beratung oder Betreuung über Belange und Leistungen des Krankenversicherungsrechts hinaus ermöglichen, etwa durch andere Sozialleistungsträger [35]. Die angeordnete entsprechende Geltung des § 11 Abs. 4 Satz 5 SGB V bewirkt, dass Dritte die Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen nur nach vorheriger Information und mit Einwilligung der Versicherten durchführen können. Die Möglichkeit der Aufgabenübertragung ist auf die besondere Versorgung beschränkt; in der Regelversorgung bleibt das Versorgungsmanagement nach

§ 11 Abs. 4 SGB V Aufgabe der Leistungserbringer, die dabei von den Krankenkassen unterstützt werden.

Die umfassende Pflegeberatung der Landwirtschaftlichen Pflegekasse gemäß § 7a SGB XI reicht von der Feststellung und systematischen Erfassung des Hilfebedarfs über die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans mit allen erforderlichen Leistungen bis hin zur Überwachung der Durchführung des Versorgungsplans [36]. Es hat insoweit ein individuelles Fallmanagement zu erfolgen. Ein solches setzt auf einen längerfristigen und mehrmaligen Kontakt zur Unterstützung und Beratung. Herzstück der Pflegeberatung ist der individuelle Versorgungsplan, in welchem alle präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen Leistungen zusammengestellt sind (vgl. Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 § 7a SGB XI) [37].

Die Rentenversicherungsträger erbringen auf Grundlage der mit dem Flexirentengesetz neugefassten Regelungen (sh. dazu schon oben) Leistungen zur Teilhabe, um die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten oder wiederherzustellen. Die Umsetzung des Fallmanagements steht innerhalb der Rentenversicherung in engem Zusammenhang mit den bereits bestehenden Angeboten der Reha(fach-)beratung, insbesondere dem Rehamanagement [38]. Vor dem Hintergrund der dargestellten Veränderungen und der gegebenen Grundsätze rehabilitativer Arbeit führen verschiedene Rentenversicherungsträger Fallmanagement durch, um durch ein passgenaues Leistungsangebot die langfristige berufliche (Wieder-)Eingliederung zu fördern [39]. In Fällen, bei denen Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder verschiedener Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden, werden ein Teilhabeplan erstellt und bei Bedarf Teilhabeplankonferenzen mit den an der Leistungserbringung beteiligten Akteuren durchgeführt. Diese Neuerungen ergänzen damit die bereits bisher im SGB IX enthaltenen Vorgaben zur Leistungserbringung; allen voran die Forderung nach einer nahtlosen und zügigen Erbringung von Leistungen in § 12 SGB IX (a. F.).

Definiert wird Fallmanagement in der Rentenversicherung als eine am individuell zu ermittelnden Bedarf ausgerichtete Vorgehensweise, deren Fokus auf dem Erhalt und der Wiedererlangung der beruflichen Teilhabe liegt [40]. Gekennzeichnet ist das Konzept durch Elemente wie personenorientierte Beratung, Planung, Begleitung und Koordination des Rehabilitationsprozesses. Innerhalb des Fallmanagements sind in der praktischen Ausgestaltung drei Intensitätsstufen zu unterscheiden, je nach Komplexität der jeweiligen Bedarfslage. Diese Stufen umfassen Beratung und Begleitung ohne umfassende Koordination bis hin zu intensiver Begleitung, individualisierter Koordination und Schaffen neuer Netzwerkstrukturen. Das Konzept des Fallmanage-

ments kann insbesondere dazu genutzt werden, bei Vorliegen erschwerender Bedingungen die Vorgehensweise der Reha(fach)beratung auszugestalten [41].

Im Hinblick auf eine noch stärkere Ausrichtung der Angebote an den Anforderungen der Arbeitswelt hat die Deutsche Rentenversicherung auf dieser Basis ihre betriebsorientierten Unterstützungsangebote zu einem Firmenservice zusammengefasst. Dabei handelt es sich um ein flächendeckendes und vernetztes Auskunfts- und Beratungsangebot für Arbeitgeber, Arbeitgeberinnen und Unternehmen jedweder Größe. Es werden drei Module der Beratung angeboten: Beratung zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie zur berufsnahen Prävention und zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM), Beratung zur Rente und Altersvorsorge unter Einschluss von Fragen der Demographie sowie Beratung zu Sozialversicherungsbeiträgen und -meldungen. Über den Firmenservice will die Deutsche Rentenversicherung Unternehmen außerdem dabei unterstützen, im gegliederten System den richtigen Ansprechpartner zu finden (Lotsen- und Wegweiserfunktion) [42].

Wegen der Wesensart als unternehmerisches Teilsicherungssystem gehören zum Aufgabenkatalog der LAK jedoch nicht die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wie das BEM. Zudem bestehen innerhalb kleiner Unternehmen keine gesondert ausgewiesenen personellen Strukturen für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gleichwohl haben auch (familiengeführte) Kleinstunternehmen das Bedürfnis, die Betriebsorganisation gesundheitsfördernd zu gestalten (besonders hoher Ressourceneinsatz).

Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung ist auf Grundlage des § 26 SGB VII die umfassende Planung, Koordinierung und zielgerichtete, aktivierende Begleitung der medizinischen Rehabilitation und aller Leistungen zur Teilhabe auf der Grundlage eines individuellen Reha-Plans unter partnerschaftlicher Einbindung aller am Verfahren Beteiligten [43].

Hinzuweisen ist zudem insbesondere auf § 12 SGB IX in der Fassung des BTHG, wonach Rehabilitationsträger durch geeignete Maßnahmen sicherstellen sollen, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten hingewirkt wird. Dazu verwenden die Rehabilitationsträger systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen (§ 13 SGB IX). Die Träger der Rentenversicherung müssen daher bei ihren Versicherten Interventionsbedarfe rechtzeitig identifizieren und die Betroffenen gezielt ansprechen. Die Nutzung von Screeningverfahren auf Basis der bei der Rentenversicherung vorhandenen Daten ist z. B. ein Instrument, um

Versicherte mit entsprechenden Bedarfen zu identifizieren und bei Bedarf auf eine Antragstellung hinzuwirken. Weitere Möglichkeiten, Präventions- und Rehabilitationsbedarfe zu identifizieren, sind neben dem BEM der neu aufgebaute Firmenservice der Rentenversicherung, der verstärkt kleine und mittlere Betriebe in Fragen der Prävention und Rehabilitation berät und einbezieht [44].

Das Fallmanagement des Sozialen Entschädigungsrechts – SER (§ 30 SGB XIV) ist gedacht als grundsätzlich unbefristete, „aktivierende und koordinierende Begleitung der Berechtigten durch das Antrags- und Leistungsverfahren“, um zu gewährleisten, dass Leistungen des SER sowie Leistungen anderer Träger von Sozialleistungen „zügig und aufeinander abgestimmt

erbracht werden“ [45]. Das Fallmanagement soll insbesondere intern darauf hinwirken, dass keine Schnittstellenprobleme entstehen [46].

6.2 Datenschutzrechtliche Grundlagen und Anforderungen an ein Fallmanagement

Voraussetzung einer zulässigen Datenerhebung zum Zwecke des Fallmanagements ist grundsätzlich, dass die Kenntnis der Daten zur Erfüllung einer Aufgabe der erhebenden Stelle erforderlich ist. Eine Einwilligung der betroffenen Person in die Datenerhebung ist dann grundsätzlich nicht erforderlich [47]. Etwas anderes gilt nur bei einer entsprechenden gesetzlichen Normierung einer solchen oder auch, wenn die Vorschrift auf eine entsprechende Mitwirkung des Betroffenen setzt. Die Vorgaben der (sozialversicherungszweigübergreifen-

Fallmanagement	Inhalt	Einwilligung
Hospiz- und Palliativberatung § 39b SGB V	Im Auftrag des Versicherten informiert die Krankenkasse die Leistungserbringer und Einrichtungen, die an der Versorgung des Versicherten mitwirken, über die wesentlichen Beratungsinhalte und Hilfestellungen oder händigt dem Versicherten zu diesem Zweck ein entsprechendes Begleitschreiben aus.	§ 39b Abs. 1 Satz 7 SGB V (nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information des Versicherten)
Versorgungsmanagement § 11 Abs. 4 SGB V	Nach § 11 Abs. 4 SGB V haben Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Erforderlich ist neben der Analyse der dem Versicherten zur Verfügung stehenden Ressourcen und der aus den individuellen Versorgungsbedürfnissen des Versicherten resultierenden Maßnahmen die Abstimmung des individuellen Hilfe- und Koordinierungsbedarfs mit allen an der medizinischen Betreuung Beteiligten.	§ 11 Abs. 4 Satz 4 SGB V (Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.) Hinweis: Die Regelungen des Versorgungs- und Entlassmanagements (§ 11 Abs 4, § 39 Abs 1a SGB V) ermächtigen die Krankenkassen nicht, eigenständig ohne Einbeziehung der betroffenen Leistungserbringer Programme zur Optimierung der Versorgung der Versicherten durchzuführen [48].
Krankengeldfallmanagement § 44 Abs. 4 SGB V	Erstellung individueller Versorgungs- und Hilfepläne für Versicherte sowie die Durchführung eines Assessments zur Feststellung des individuellen Bedarfs an einer Teilnahme. Die Maßnahmen als auch die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der erforderlichen personenbezogenen Daten darf nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen (§ 44 Abs. 4 Satz 2 SGB V).	Die Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen erfolgt dort, wo der Medizinische Dienst eingeschaltet werden muss, also insbesondere bei der Prüfung von Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs, der Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder wenn Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit bestehen (§ 275 Abs. 1 Nr. 3 lit. a und b SGB V).
Entlassmanagement § 39 Abs. 1a SGB V	Das Ziel des Entlassmanagements ist es, eine lückenlose Anschlussversorgung beim Übergang von der voll- und teilstationären sowie der stationsäquivalenten Behandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege nach der Behandlung im Krankenhaus bzw. die sachgerechte Anschlussversorgung nach stationären Rehabilitationsleistungen an dem bisherigen Behandlungsprozess auszurichten, zu unterstützen und die gesundheitliche und pflegerische Versorgung abzustimmen, damit dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf eines jeden Versicherten Rechnung getragen wird. Für den Anspruch auf Versorgungs- und Entlassmanagement beschränkt das Gesetz die Zuständigkeit der Krankenkassen auf die Unterstützung der betroffenen Leistungserbringer und den Abschluss von Verträgen mit diesen [49].	Einwilligung gegenüber dem Krankenhaus mit der Maßgabe, dass auch eine Ansprache der Krankenkasse erfolgen darf: Der Patient wird durch das Krankenhaus vor dem Assessment über das Entlassmanagement informiert und kann in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenübermittlung an die Anschlussversorger sowie gesondert an die Krankenkasse zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements einwilligen oder diese ablehnen. Derzeit wird durch den GKV-Spitzenverband geprüft, ob die Einwilligungserklärung an die Krankenkassen zu übersenden ist oder lediglich die Information zu übermitteln ist, dass die Einwilligungserklärung vorliegt oder nicht.

Fallmanagement	Inhalt	Einwilligung
Pflegerberatung § 7a SGB XI	Pflegerberater sollen ratsuchende Personen bei der möglichen Inanspruchnahme einer Vielzahl von Leistungen und Hilfen mit einer Beratung aus einer Hand befähigen, Entscheidungen entsprechend der individuellen Pflegesituation zu treffen. Die Ziele sind demnach die Stärkung der Selbstbestimmung und Selbständigkeit des Anspruchsberechtigten, die passgenaue an der persönlichen Situation der Anspruchsberechtigten ausgerichtete Versorgung, die Entlastung Angehöriger und weiterer Personen, z. B. bei der Unterstützung in der häuslichen Pflege Beteiligter, und damit auch die Sicherung und Stabilisierung des häuslichen Pflegearrangements. Der Pflegerberater bzw. die Pflegerberaterin soll zu Beginn des Beratungsprozesses den Hilfe- und Unterstützungsbedarf der anspruchsberechtigten Person ermitteln.	Beratung im Einvernehmen, aber keine direkte Einwilligung des Versicherten, soweit Daten nicht an Dritte weitergegeben werden. Der Pflegerberater bzw. die Pflegerberaterin hat die ratsuchende Person über den vertraulichen Umgang mit personenbezogenen Daten im Rahmen der gesetzlichen Befugnisse (§ 7a Absatz 6 SGB XI) zu informieren. Aber Informationen, die im Rahmen des Beratungsprozesses für weitere Beteiligte notwendig sind, dürfen ausschließlich nach schriftlicher Einwilligung der ratsuchenden Person oder derer Bevollmächtigten bzw. deren gesetzlichen Vertreters weitergeleitet werden [50].
Präventions- und Rehamanagement der LAK	Der Fallkoordinator dient aus Sicht der LAK dem Ziel, die Erwerbsfähigkeit bis zur Rente zu erhalten. Als (fingierter) erstangegangener Rehabilitationsträger i. S. d. § 14 SGB IX identifiziert die LAK frühzeitige Präventions- und Rehabilitationsbedarfe (§ 40 Abs. 4 SGB V [51], § 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX, § 3 SGB IX, § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I). Auch das Flexirentengesetz (Reg.-Entwurf S. 25) betont die Wichtigkeit der frühzeitigen Präventionsbedarfserkennung [52]. (Rechtsgrundlage wenn BAS genehmigt §§ 7, 10 ALG i. V. m. § 78 Abs. 2 Satzung LAK).	Keine Detailvorschriften im SGB VI. Es wird jedoch grds. ein Antrag in § 95 ALG vorausgesetzt und ist zu beachten (§ 9 Abs. 1 S. 3 SGB IX). Des Weiteren ist die Zustimmung nach § 8 Abs. 4 SGB IX und Mitwirkung nach § 60 SGB I erforderlich. Zudem hat die SVLFG auf sachdienlichen Antrag hinzuwirken nach § 16 SGB I. Wegen nicht zwingend erforderlicher Daten in Sachverhaltsschilderungen kann zudem Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO nötig werden.
Rehamanagement LUV für schwere Unfälle	Aktive Versicherte mit schwerem Unfall (Prognose: Dauer der Arbeitsunfähigkeit über 112 Tage), berufliche oder soziale Eingliederung durch Kontextfaktoren nach ICF ist oder scheint gefährdet.	Bei der Bereitstellung des Teilhabeplans und Weitergabe der Daten des verantwortlichen Rehabilitationsträgers gegenüber den weiteren beteiligten Rehabilitationsträgern und den jeweiligen Leistungserbringern ist der Datenschutz zu wahren. Insbesondere sind das Einwilligungserfordernis und der Grundsatz der Erforderlichkeit der Datenerhebung und -übermittlung zu beachten.

Fallmanagement	Inhalt	Einwilligung
Teilhabeplanverfahren, Rehabilitation	Reha-Prozess nach der Gemeinsamen Empfehlung (GE) der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): ■ Bedarfserkennung (§ 10 – § 18 GE Reha-Prozess) ■ Zuständigkeitsklärung (§ 19 – § 25 GE Reha-Prozess) ■ Bedarfsermittlung und -feststellung (§ 26 – § 46 GE Reha-Prozess) ■ Teilhabeplanung (§ 47 – § 66 GE Reha-Prozess) ■ Leistungsentscheidung (§ 67 – § 78 GE Reha-Prozess) ■ Durchführung von Leistungen zur Teilhabe (§ 79 – § 83 GE Reha-Prozess) ■ Aktivitäten zum/nach Ende einer Leistung zur Teilhabe (§ 84 – § 87 GE Reha-Prozess) Stellt sich im Rahmen der Zuständigkeitsklärung oder bei der umfassenden Bedarfsermittlung und -feststellung heraus, dass Reha-Bedarfe vorliegen, für die andere Reha-Träger zuständig sind, sind diese unter den Voraussetzungen des § 15 SGB IX einzubeziehen (z. B. Antragssplitting nach § 15 Abs. 1 SGB IX). Auch dies stellt die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe dar, ebenso wie die dann durchzuführende Teilhabeplanung. Besondere gesetzliche Zustimmungserfordernisse im Rahmen des erforderlichen Verwaltungshandelns sind z. B. geregelt für ■ Beteiligung der Pflegekassen (§ 22 Abs. 2 SGB IX), ■ Beteiligung der Betreuungsbehörden (§ 22 Abs. 5 SGB IX), ■ Durchführung einer Teilhabeplankonferenz (§ 23 Abs. 2 SGB IX), ■ Auskünfte von Ärzten an Leistungsträger (§ 100 Abs. 1 Nr. 2 SGB X).	Die Weiterleitung bei Zuständigkeitsklärung, die Beteiligung anderer Reha-Träger bei der Bedarfsermittlung/-feststellung sowie die Durchführung der Teilhabeplanung [...] gesetzliche Aufgaben nach dem Teil 1, Kapitel 2 bis 4 SGB IX. In diesem Rahmen ist die Erhebung und Übermittlung von Sozialdaten grundsätzlich erlaubt (Art. 6 Abs. 1 lit. c) EU-DSGVO i. V. m. §§ 67a ff. SGB X). Für die Beteiligung weiterer Reha-Träger zur Koordinierung der Leistungen im Sinne des SGB IX – insbesondere zur trägerübergreifenden Erstellung des Teilhabeplans – ist die Einholung einer datenschutzrechtlichen Einwilligung bei den Leistungsberechtigten zur Datenübermittlung daher nicht erforderlich. Bei besonders schutzwürdigen Sozialdaten (z. B. Gesundheitsdaten), die der Reha-Träger von einem Berufsgeheimnisträger (z. B. Arzt) erhält, besteht bei der Übermittlung ein Widerspruchsrecht nach § 76 Abs. 2 SGB X, auf das der Leistungsberechtigte hinzuweisen ist. In bestimmten Fällen ist auch eine Einwilligung des Leistungsberechtigten notwendig. Diese Fälle sind in der Regel durch das Gesetz vorgegeben und umfassen u. a. die Beteiligung der Pflegekassen (§ 22 Abs. 2 SGB IX), die Beteiligung der Betreuungsbehörden (§ 22 Abs. 5 SGB IX) und die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz (§ 23 Abs. 2 SGB IX) (ebd.: 22f.).
Soziales Entschädigungsrecht § 30 SGB XIV	Das Fallmanagement ist eine Leistung eigener Art. Da ein Teil der Leistungen jedoch mit dem Teilhabeplanverfahren nach dem SGB IX identisch ist, soll der Vorrang des Teilhabeplanverfahrens auch bezüglich des Fallmanagements gelten. Wird ein Teilhabeplanverfahren durchgeführt, kommt das Fallmanagement nur bezüglich derjenigen Leistungen zur Anwendung, die nicht bereits Gegenstand des Teilhabeplanverfahrens sind.	Inanspruchnahme ist schriftlich zu dokumentieren; dies umfasst dann auch Einwilligung zum Verarbeitung der entsprechenden Daten; Datenerhebung kann sich dann auch auf die Zuständigkeit eines anderen SVT beziehen, da die Hilfe bei der Antragstellung gerade Zweck des Fallmanagements ist; Rücksprache bei Weiterleitung von Informationen an andere Sozialversicherungsträger.

den) Fallkoordination sind nicht in einer Norm abschließend normiert, sondern sind im Kontext vielfältiger gesetzlicher Aufträge zu verstehen. Nachfolgende Tabelle gibt insoweit eine Übersicht:

7 Die Datenverarbeitung im Projekt Fallkoordination

Nach den Vorschriften der Verordnung der Europäischen Union zur Verarbeitung personenbezogener Daten (EU-DSGVO) i. V. m. dem Sozialgesetzbuch hängt die Zulässigkeit von Sozialdatenerhebung und -übermittlung insbesondere davon ab, dass diese Daten für die Erfüllung von im Sozialgesetzbuch verankerten (also gesetzlichen) Aufgaben erforderlich sind. Eng mit diesen zentralen Voraussetzungen verbunden ist die grundsätzliche Zweckbindung der Datenverarbeitung. Eine Verarbeitung von Sozialdaten ist nur zulässig, soweit die Kenntnis (genau dieser) Daten zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist. Erforderlich ist die Kenntnis von Daten, die notwendig sind, um die gesetzliche Aufgabe rechtmäßig, vollständig und in angemessener Zeit erfüllen zu können. Daten, die nicht Bedingung für die Aufgabenerfüllung sind, sondern nur hilfreich sind, sind im datenschutzrechtlichen Sinne nicht erforderlich für die Aufgabenerfüllung (Datensparsamkeit). Der Leistungsberechtigte kann allerdings freiwillig Angaben in das Verfahren einbringen. Für die Verarbeitung dieser Daten muss jedoch ein Zusammenhang mit dem gesetzlichen Auftrag der SVLFG bestehen. Eine Datenerhebung ohne jeglichen Aufgabenzusammenhang ist unter Berücksichtigung des Verbots der Datenvorratshaltung ebenso nicht zulässig.

Zudem ist zu beachten, dass im Bereich der Leistungen zur Teilhabe, ihre Erbringung zwar gesetzlich beschriebene Aufgabe und der Bedarf auch grundsätzlich von Amts wegen zu prüfen ist (§ 9 Abs. 1 SGB IX), jedoch können Teilhabeleistungen nicht ohne Zustimmung (§ 8 Abs. 4 SGB IX) und Mitwirkung (§ 60 SGB I sowie ggf. erforderlicher Antragstellung; vgl. § 9 Abs. 1 S. 3 SGB IX, § 16 Abs. 3 SGB I und § 95 ALG i. V. m. Satzung LAK) des Versicherten erbracht werden. Die SVLFG als LAK, LKK, LPK und LBG darf daher jeweils erst dann, wenn der Versicherte jedenfalls der jeweiligen Maßnahme zugestimmt hat (§ 8 Abs. 4 SGB IX), die für die jeweilige Maßnahme erforderlichen Leistungsdaten verarbeiten. Insbesondere darf damit die Weiterverarbeitung von Informationen auch innerhalb des Verbundsystems der SVLFG nicht zur Umgehung dieser Mitwirkungspflichten bzw. datenschutzrechtlichen Mitwirkungsrechte führen. Der Versicherte hat es in der Hand, die möglichen Teilhabeleistungen (i. d. R. medizinische Leistungen) zu beenden, zu begrenzen oder auszuweiten. Dem folgt auch die Zulässigkeit der (Weiter-)Verarbeitung seiner Leistungsdaten. Dieser Anforderung müssen vorab einzuholende Zustimmung-

gen, Anträge und Einwilligungen sowie Einräumung von Widerspruchsrechten in die Datenverarbeitung gerecht werden.

a) Gesetzlicher Auftrag zu Bedarfserfassung; Notwendigkeit

Das gestufte Fallmanagement ist verortet im gesetzlichen Auftrag der SVLFG zum Präventions- und Reha-management. Die umfassende Bedarfsfeststellung als Aufgabe des leistenden Reha-Trägers SVLFG basiert auf dem Teilhabekonzept der ICF (§§ 13, 3 SGB IX). Auch Bedarfe, die über das jeweils „eigene“ Gesetzbuch des leistenden Reha-Trägers hinausgehen, sind ggf. in die Bedarfsfeststellung einzubeziehen. Stellt sich heraus, dass Bedarfe vorliegen, für die andere Reha-Träger zuständig sind, sind diese bei der Bedarfsfeststellung zu beteiligen (§ 15 SGB IX, z. B. Einbezug der LKK, LPK usw.). Die Präventions- und Rehabilitationsbedarfe der Versicherten sind hierbei rechtzeitig zu identifizieren und die Betroffenen gezielt anzusprechen [53]. Die richtige Auswahl der Adressaten hat eine hohe Bedeutung für die Effektivität und Effizienz des Fallmanagements. Eine entscheidende Rolle spielen – neben Art und Schwere der Funktionseinschränkungen auf körperlicher und psychischer Ebene und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen im Bereich der Aktivitäten sowie der beruflichen und sozialen Teilhabe – die vom Gesundheitsschaden unabhängigen umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren. Wenn sich Kontextfaktoren ungünstig auf die gesundheitliche, berufliche und soziale Situation auswirken, stellen sie Barrieren auf dem Weg zur Teilhabe dar. Bei einem positiven Einfluss sind sie wichtige Ressourcen und Förderfaktoren. Bei der Fallidentifikation sind Kontextfaktoren daher individuell überblicksartig zu ermitteln und in die Beurteilung, ob eine Aufnahme ins Fallmanagement angezeigt ist oder nicht, einzubeziehen.

Die zu erhebenden Daten in der Screeningtabelle für die Fallkoordination entsprechen den Kriterien des Teilhabekonzepts der ICF, insbesondere den Kontextfaktoren. Die Bedarfsermittlung erfasst insoweit „Aktivitäten und Teilhabe“ mit z. B. „interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“ (Gewalt in der Familie, trägerübergreifender Hilfebedarf), „allgemeine Aufgaben und Anforderungen“ (z. B. Umgang mit Stress, Überforderung) oder „häusliches Leben“ (Pflegesituation) sowie die „Umweltfaktoren“ mit „Unterstützung und Beziehung“, „Produkte und Technologien“ (Vermögenswerte = Existenzbedrohung/ungeklärte Hofnachfolge) sowie „Dienste“. Sie sind für die Auswahl des passenden Präventionsangebots (Leistungsentscheidung) relevant. Die Erhebung betrifft damit aber auch datenschutzrechtlich besonders sensible Daten, insbesondere auch Gesundheitsdaten. Art und Umfang der Daten sind

insoweit als erforderlich anzusehen, zumal diese im Modellvorhaben auch weiter nachjustiert werden sollen (Welche Daten sind aussagekräftig, also letztendlich für die Bedarfsanalyse notwendig?). Sollte sich innerhalb der begleitenden Evaluation herausstellen, dass Daten nicht zwingend notwendig sind, muss ihre Verarbeitung von einer vorher einzuholenden Einwilligung des Versicherten umfasst sein. Der Inhalt des SVLFG-Screeningbogens entspricht dem „Leitfaden zur Unterstützung der Fallidentifikation und Bedarfsermittlung“ der DRV sowie dem Vordruck IV 4241 (MBOR7) der DRV, berücksichtigt jedoch Belange der Grünen Branche im besonderen Maße.

Wegen der besonderen Sensibilität der Daten werden diese Daten, nachdem sie der SVLFG bekannt wurden, bei der Überführung in das System der SVLFG mit eingeschränkten Zugriffsrechten versehen, da diese die gesamte Lebenswelt erfassende Situation nicht für den gesamten Leistungsbereich von Interesse sind (wohl aber für die Pflegeberatung, Fallkoordination, also Stufen 2a bis 2b). Die Verpflichtung des leistenden Reha-Trägers zur umfassenden Bedarfsfeststellung unter Nutzung von Instrumenten der Bedarfsermittlung (§ 13 SGB IX) ist als gesetzliche Aufgabe anzusehen (§ 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX). Dabei ist insbesondere das Prinzip der Meistbegünstigung (vgl. hierzu § 5 GE Reha-Prozess) zu beachten. Danach ist davon auszugehen, dass, wenn eine ausdrückliche Beschränkung auf eine Leistung nicht vorliegt, der Antragsteller grundsätzlich alle nach Lage des Falls ernsthaft in Betracht kommenden Leistungen begehrt. Ab der Stufe 2a des Fallmanagements ist es notwendig zu prüfen, welches die für die Anspruchsberechtigten bestmögliche Leistung der SVLFG wäre.

b) Umgang mit besonders schutzwürdigen Daten

Die Weitergabe besonders schutzwürdiger Sozialdaten innerhalb der SVLFG, die sie von einer in besonderem Maße zur Geheimhaltung verpflichteten Person (Berufsgeheimnisträger) erhalten hat („zugänglich gemacht“, z. B. MDK Gutachten der LKK, Pflegegutachten; nicht aber gesundheitliche Angaben des Versicherten selber), ist grundsätzlich nur eingeschränkt zulässig: Es müssen die für diese Person geltenden, besonders strengen Voraussetzungen für eine Datenübermittlung auch durch den Leistungsträger beachtet werden (§ 76 Abs. 1 SGB X). Der Leistungsberechtigte ist zu Beginn und bei wesentlichen Veränderungen/Zweckänderung seiner Daten während des Verwaltungsverfahrens auf sein Widerspruchsrecht in allgemeiner Form schriftlich oder elektronisch hinzuweisen. Als wesentliche Veränderungen während des Verwaltungsverfahrens gelten z. B. die Erkennung weiterer, d. h. nicht vom Antrag umfasster, Reha-Bedarfe [54]. Die Übermittlung von Gesundheitsdaten ist grundsätzlich nur gemäß § 67b

Abs. 1 S. 3 SGB X zulässig, soweit eine gesetzliche Übermittlungsbefugnis nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuchs (insbesondere §§ 68 – 77 SGB X) vorliegt. Der übermittelnde Leistungsträger muss aber wissen, ob die zu übermittelnden Daten für die Aufgabenerfüllung des Empfängers erforderlich sind (z. B. Angaben für die Bedarfsfeststellung eines anderen Präventions- oder Rehaträgers), da er die Verantwortung für die Zulässigkeit der Übermittlung trägt (§ 67d Abs. 1 SGB X). Diese Kenntnis kann sowohl im konkreten Einzelfall oder in Gestalt abstrakter Absprachen bzw. Regelungen (etwa in einer Kooperations- oder Verwaltungsvereinbarung) erlangt werden. Bei der SVLFG reicht für eine Weitergabe von Daten für eine andere gesetzliche Aufgabe nach SGB auch eine Dienst- oder Arbeitsanweisung aus, da die SVLFG datenschutzrechtlich allein verantwortliche Stelle und nicht „Dritter“ ist. Ausgehend vom organisatorischen Behördenbegriff liegt bei der Weitergabe der Daten keine Übermittlung, sondern eine Datennutzung mit Zweckänderung i. S. d. § 67c Abs. 2 SGB X vor. Die Rechtmäßigkeit der Weitergabe richtet sich überdies im Einzelnen nach den beschriebenen zusätzlichen Anforderungen bzgl. der Betroffenenrechte und etwaiger spezialgesetzlicher Anforderungen (z. B. in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach § 284 SGB V).

c) Vorgaben für die Einwilligung zum Fallmanagement (Stufe 3)

Ist eine Datenverarbeitung für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe erforderlich, bedarf es keiner Einwilligung. Einwilligungstatbestände bilden eine Ausnahme und sind in der Regel durch das Gesetz vorgegeben. Allerdings setzt das sozialrechtliche Fallmanagement regelhaft eine solche voraus (siehe oben), da es hierbei insbesondere um die Organisation von Hilfeleistungen verschiedenster Akteure geht. Das Teilhabeplanverfahren bildet hierbei eine Ausnahme, da dies das Zusammenspiel der Rehabilitationsträger umfassend regelt. Dies ist vorliegend jedoch nicht der Fall.

Der Fallmanagementprozess samt des später erfolgenden umfangreichen Assessments muss mit einer (datenschutzrechtlichen) vorherigen [55] Einwilligung starten [56]. Die Einleitung und Inanspruchnahme eines Fallmanagements bedarf immer eines beiderseitigen Einverständnisses und einer entsprechenden Vereinbarung, die in einem individuellen Serviceplan realisiert werden kann. Voraussetzung dafür ist, dass der Betroffene die Tragweite der Einwilligung richtig einschätzen kann, d. h. die Auswirkungen auf den gesamten Informationsfluss sowie Art und Umfang der übermittelten Informationen überblicken kann. Im Hinblick auf die Einwilligung sieht etwa Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DSGVO vor, dass ausdrücklich in die Verarbeitung der sensiblen Daten eingewilligt werden muss. Eine Einwilligungser-

klärung durch schlüssiges Handeln ist hier somit ausgeschlossen. Wenn eine Einwilligung eingeholt wird, ist die betroffene Person (neben der Einholung der Zustimmung i. S. d. § 8 Abs. 4 SGB IX, dem Hinweis auf die Mitwirkungspflichten gem. §§ 60 ff. SGB I und auf die Möglichkeit der Beschränkung des Fallmanagements auf bestimmte Bedarfe) auf

- den Zweck der vorgesehenen Verarbeitung,
- die Folgen der Verweigerung der Einwilligung und
- das jederzeitige Widerrufsrecht nach Artikel 7 Abs. 3 DSGVO hinzuweisen.

Die Einwilligung soll schriftlich oder elektronisch (also nicht mündlich) eingeholt werden. Bei biometrischen, genetischen und Gesundheitsdaten sowie bei Betriebs- oder Geschäftsgeheimnissen gilt diese Form sogar als Mussvorgabe (§ 67 Abs. 2 SGB X). Soll die Einwilligung zusammen mit anderen Erklärungen schriftlich erteilt werden, muss sich die Einwilligungserklärung im äußeren Erscheinungsbild der Erklärung hervorheben (Art. 7 Abs. 2 DSGVO). Allgemeine bzw. pauschale Einwilligungen sind nicht zulässig.

Um gegenüber allen Versicherten den datenschutzrechtlichen Informationspflichten nachzukommen, müssen entsprechende Informationen nach Artikeln 13 und 14 DSGVO auf den Internetseiten der SVLFG zum Fallmanagement veröffentlicht werden und in den entsprechenden Informationsblättern zur „Fallkoordination“.

d) Erprobung weiterer Zugangswege; Erstansprache zur Teilnahme an Modellvorhaben

Hierbei werden im Modellvorhaben weitere Zugangswege erprobt. Perspektivisch kann hierbei auch die proaktive Kontaktaufnahme mit spezifischen Versicherungengruppen (z. B. arbeitsunfähig aus der medizinischen Rehabilitation/stationären Versorgung entlassenen Personen, überschuldeten Versicherten im Forderungszug, überlasteten Angehörigen in der Pflegeberatung etc.) einen ergänzenden Zugangsweg darstellen [57]. Auch dies ist im Rahmen des Fallmanagements des sozialen Entschädigungsrechts üblich (vgl. § 30 Abs. 6 SGB XIV) [58].

Die erste Ansprache (proaktive Ansprache mit dem Zweck der Bedarfsanalyse) der in Betracht kommenden Teilnehmenden der Stufen 2a, 2b und 3 muss zumindest auch ohne eine Einwilligung möglich sein, da die richtigen Teilnehmenden für die Studien ansonsten nicht gewonnen werden könnten. Modellvorhaben sind auf diese Vorgehensweise, also eine aktive Zugangsweise auf potentielle Teilnehmende, angewiesen, da

anderenfalls teilnahmegeeignete Versicherte nicht gewonnen werden könnten. Dies ist auch Ausdruck einer Beratung von Versicherten gemäß § 14 SGB I (keine Einwilligung vorausgesetzt), da nur so diese auch auf besondere geeignete Angebote hingewiesen werden können. Dass dies zulässig sein muss, folgt auch aus der Gesetzesbegründung zu einer vergleichsweise „strengerer Vorschrift“ § 68b SGB V: Die Gewinnung von Versicherten umfasst auch dort eine individuelle Ansprache im Rahmen eines Erstkontaktes (also noch vor Einwilligung). Erst dann kann die Einwilligung eingeholt werden und so dann individuell beraten werden [59]. Hier wird – auch ohne gesetzliche Vorgabe eines Einwilligungserfordernisses – entsprechend vorgegangen. Dies muss zulässig sein, da das Modellvorhaben anderenfalls nicht durchgeführt werden könnte. Etwas Abweichendes gilt auch nicht unter Berücksichtigung des BSG Urteils vom 08.10.2019, B 1 A 3/19 R, da dieses Urteil ausdrücklich zwischen Versorgungsmanagement und Modellvorhaben differenziert, auch wenn diese in einer Nr. 13 gemeinsam aufgezählt sind. Nach § 11 Abs. 4 SGB V ist bereits für die Durchführung des Versorgungsmanagements selbst eine Einwilligung gesetzlich vorgegeben. Beim Modellvorhaben ist nach § 63 SGB V eine Einwilligung dagegen nur dann vorgegeben, wenn von den Vorschriften der §§ 284 bis 305b SGB V abgewichen wird (§ 63 Abs. 3 und 3a SGB V). Dies ist hier aber nicht der Fall. Rechtliche Grenzen ergeben sich selbstverständlich daraus, dass sowohl die Teilnahmeerklärung als auch die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung freiwillig erfolgen muss.

8 Schlussbetrachtung

Landwirtschaftliche Unternehmer und Unternehmerinnen sehen sich immer größer werdenden Herausforderungen gegenüber. Besondere Verantwortung für die im Betrieb mitarbeitenden Menschen und für die zu versorgenden Tiere machen oft eine permanente Erreichbarkeit erforderlich. Ökonomische Schwierigkeiten infolge sinkender Marktpreise, aber auch immer schwieriger werdende Bewirtschaftungsbedingungen infolge der Klimakrise und auch der Corona-Pandemie sorgen für immer höhere Anforderungen und Belastungen. Häufig wird daher über die eigene Belastungsgrenze hinaus gearbeitet und doch kann nicht allen Anforderungen Rechnung getragen werden. Finanzielle Schieflagen, familiäre Konflikte oder auch die fehlende Perspektive für die Hofnachfolge können insgesamt nicht mehr kompensiert werden. Mit der Einführung der Präventionsleistungen in der AdL und damit einhergehend des Fallkoordinators als Lotsen im agrarsozialen Sicherungssystem ist es der SVLFG möglich, diesen belasteten Versicherten beratende und koordinierende Unterstützung sowie konkrete Leistungsangebote des Verbundträgers zeitlich abgestimmt, umfassend und zügig zukommen zu lassen. Eine Versorgungslücke im System der agrarsozialen Sicherung kann geschlossen werden.

Autoren

Dr. jur. Marion Baierl (Ass. jur.)

ist bei der SVLFG im Bereich Leistung und in der Stabsstelle Gesundheitsangebote tätig.

E-Mail: Dr_Marion_Wille@web.de

Sabine Büntig (Dipl-Verw. und Ass. jur.)

ist bei der SVLFG in der Stabsstelle Justizariat tätig.

E-Mail: SabineBuentig@web.de

Quellen:

- [1] Im Anschluss an Baierl/Büntig in: „Präventive Leistungen in der Alterssicherung der Landwirte – Modellhafte Erprobung eines multimodalen Angebots zur Vermeidung psychischer Fehlbeanspruchungen und Beeinträchtigungen“, SdL 2/ 2017 S. 5 – 13, <https://www.svlfg.de/mediencenter#083b1396> Aufruf am 20.12.2021.
- [2] Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau ist zuständig für die Durchführung der landwirtschaftlichen Unfallversicherung, der Alterssicherung der Landwirte, der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und der landwirtschaftlichen Pflegeversicherung. (§ 2 Gesetz zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFGG), <https://www.svlfg.de/svlfg-online> Aufruf am 20.12.2021.
- [3] sh. Entwurfsbegründung, BT-Drucks. 18/9787, S. 23f. Einen Überblick über diese Änderungen m. w. N. geben Baierl/Büntig a. a. O.
- [4] BGBl. Teil I Nr. 28 S. 1248 vom 23.06.2020.
- [5] Satzung der SVLFG www.svlfg.de/satzung Aufruf am 20.12.2021.
- [6] vgl. hierzu ausführlich Banafsche in: „Prävention, Rehabilitation und Rente in der gesetzlichen Rentenversicherung Harmonischer Dreiklang oder Dissonanz?“, Die Sozialgerichtsbarkeit (SGB) Ausgabe 07.18, Seite 385 – 395, S. 391 – juris –
- [7] Stähler in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VI, 3. Aufl., § 14 SGB VI (Stand: 01.04.2021), Rn. 18.
- [8] vgl. auch Luthe in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl., § 1 SGB IX (Stand: 03.11.2020), Rn. 70.
- [9] Banafsche, SGB 2018, 385, 395.
- [10] Schütze in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 20 SGB V, Rn. 28.
- [11] zur Abgrenzung sh. näher unter Ziff. 5.
- [12] Banafsche, SGB 2018, 385, 395.
- [13] vgl. Luthe in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VI, 2. Aufl. 2013, § 9 SGB VI, Rn. 50.
- [14] vgl. nur Burn-out als „Berufsphänomen“: Internationale Klassifikation der Erkrankungen (who.int), abrufbar unter: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> Aufruf am 20.12.2021.

- [15] Luthe in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VI, 3. Aufl., § 9 SGB VI (Stand: 01.04.2021), Rn. 58.
- [16] vgl. BSG Urt. v. 17.02.2010, B 1 KR 23/09 R Rn. 25, 28f.
- [17] BSG, Urteil vom 14. März 1979 – 1 RA 43/78 –, BSGE 48, 74-79, SozR 2200 § 1237a Nr 6, Rn. 21.
- [18] Koch in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 63 SGB V (Stand: 22.02.2021), Rn. 35.
- [19] sh. dazu ausführlich Büntig/Ahmann in: SdL 1, 2/2019, S. 11 m. w. N., <https://www.svlfg.de/mediencenter> Aufruf am 20.12.2021.
- [20] Für diese ist die Erbringung von Teilhabeleistungen gemäß § 9 ALG i. V. m. § 12 SGB VI ausgeschlossen.
- [21] Kaluscha/Krischak, Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund – Forschung zu Rehabilitation und Erwerbsminderung, Abschlussbericht im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“, Bad Buchau 2017.
- [22] vgl. hierzu DGCC – Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (2015): Leitlinien der DGCC zum Handlungskonzept Case Management. Heidelberg: medhochzwei.
- [23] Goldbach, SGB 2020, 561, 569.
- [24] Löcherbach: Fallmanagement in der Rentenversicherung – Vorstellung eines Entwicklungsprojektes und die Bedeutung für die Praxis der Rehabilitation; Beitrag D14-2018 unter www.reha-recht.de; 15.05.2018.
- [25] ebenda.
- [26] vgl. Goldbach, Das Recht der Berufsgruppen (2019), S. 83 m. w. N.; Fuchs in Welti, Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger (2009), S. 70 (73 ff.).
- [27] vgl. Begründung des Gesetz gewordenen Entwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und SPD eines Art 1 Nr 7 GKV-WSG, BT-Drucks 16/3100 S. 96 f zu Nr. 7 <§ 11> Zu Buchst a.
- [28] BSG, Urteil vom 08. Oktober 2019 – B 1 A 3/19 R –, BSGE 129, 156-171, SozR 4-2500 § 11 Nr. 6, Rn. 22.
- [29] BSG, Urteil vom 08. Oktober 2019 – B 1 A 3/19 R –, BSGE 129, 156-171, SozR 4-2500 § 11 Nr. 6, Rn. 2.
- [30] BSG, Urteil vom 08. Oktober 2019 – B 1 A 3/19 R –, BSGE 129, 156-171, SozR 4-2500 § 11 Nr. 6, Rn. 28.
- [31] BSG, Urteil vom 17. November 2015 – B 1 KR 20/15 R –, BSGE 120, 82-89, SozR 4-2500 § 39 Nr. 26.
- [32] BSG, Urteil vom 08. Oktober 2019 – B 1 A 3/19 R –, BSGE 129, 156-171, SozR 4-2500 § 11 Nr. 6, Rn. 20
- [33] vgl. BT-Drs. 19/6300.
- [34] BGBl I 2020, 3299.
- [35] BT-Drs. 19/23483, S. 31.
- [36] vgl. Fünfter Bericht der Bundesregierung zur Pflegeversicherung, S. 19.
- [37] Baierl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XI, 3. Aufl., § 7a SGB XI (Stand: 05.10.2021), Rn. 34.
- [38] Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung, Konzept zum „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ der Deutschen Rentenversicherung, S. 5.
- [39] ebenda.
- [40] Löcherbach: Fallmanagement in der Rentenversicherung – Vorstellung eines Entwicklungsprojektes und die Bedeutung für die Praxis der Rehabilitation; Beitrag D14-2018 unter www.reha-recht.de; 15.05.2018.
- [41] ebenda.
- [42] DRV, Rahmenkonzept - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), 08.03.2017.
- [43] vgl. DGUV, Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Handlungsleitfaden – vom 13.09.2010, in der Fassung vom 17.07.2014 (Kap. 7 in der Fassung vom 07.05.2021), https://www.dguv.de/medien/inhalt/reha_leistung/teilhabe/reha-manager/handlungsleitfaden.pdf Aufruf am 22.11.2021.
- [44] BT-Drs. 18/9787, S. 24.
- [45] Nielsson, SGB 2017, 378, 382.
- [46] ArbE-Begr., S. 113; Nielsson, SGB 2017, 378, 382.
- [47] BT-Drs. 18/12611, S. 102.
- [48] BSG, Urteil vom 08.10.2019 – B 1 A 3/19 R.
- [49] BSG, Urteil vom 08.10.2019 – B 1 A 3/19 R –, BSGE (vorgesehen), SozR 4-2500 § 11 Nr. 6, Rn. 25.
- [50] vgl. aber auch Bericht des GKV-Spitzenverbandes: „Evaluation der Pflegeberatung nach § 7 a Abs. 7 Satz 1 SGB XI“ verfasst vom GKV-Spitzenverband 2012:

In den im Zusammenhang mit der Kassenbefragung zur Verfügung gestellten Materialien und Unterlagen finden sich Beispiele für Einwilligungserklärungen der Versicherten, allgemeine Datenschutzhinweise für die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater oder auch Datenschutzerklärung für die Versicherten. In der Regel wird im Zusammenhang mit der Erstellung des Versorgungsplans dem Ratsuchenden eine entsprechende Datenschutzerklärung zur Unterschrift vorgelegt, in manchen Fällen ist der Beratung ein förmlicher Antrag auf Pflegeberatung vorangestellt.

- [51] Nach § 40 Abs. 4 SGB V sind Präventionsleistungen zwischen der GKV und der RV grds. gleichrangig zu erbringen, denn § 14 SGB VI ist von der Regelung in § 40 Abs. 4 SGB V ausdrücklich ausgenommen. Jedoch nimmt die SVLFG eine Abgrenzung nach der Leistungs- und Finanzierungsverantwortung der LAK vor und bestimmt ihre Zuständigkeit nach dem Ziel der Maßnahme zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit.
- [52] „Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) sieht vor, dass die Rehabilitationsträger durch geeignete Maßnahmen sicherstellen, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten hingewirkt wird (§ 12 SGB IX in der Fassung des BTHG-E). Dazu verwenden die Rehabilitationsträger systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen (§ 13 SGB IX in der Fassung des BTHG-E). Die Träger der Rentenversicherung müssen daher bei ihren Versicherten Interventionsbedarfe rechtzeitig identifizieren und die Betroffenen gezielt ansprechen. Die Nutzung von Screeningverfahren auf Basis der bei der Rentenversicherung vorhandenen Daten ist zum Beispiel ein Instrument, um Versicherte mit entsprechenden Bedarfen zu identifizieren und bei Bedarf auf eine Antragstellung hinzuwirken. Weitere Möglichkeiten, Präventions- und Rehabilitationsbedarfe zu identifizieren, sind neben dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement der neu aufgebaute Firmenservice der Rentenversicherung, der verstärkt kleine und mittlere Betriebe in Fragen der Prävention und Rehabilitation berät und einbezieht.“ BT Drs. 18/9787, S. 24.
- [53] vgl. auch BT-Drs. 18/9787 S. 23.
- [54] BAR, Datenschutz im trägerübergreifenden Reha-Prozess, Arbeitshilfe, S. 21.
- [55] Vorherigkeit: Das Recht unterscheidet zwischen Zustimmung, Einwilligung und Genehmigung, die Einwilligung ist eine ausdrücklich vorher erteilte Zustimmung. Eine nachträgliche Zustimmung ist eine Genehmigung. In der DSGVO wird bewusst der Begriff „Einwilligung“ gewählt,

um klarzustellen, dass der Betroffene seine Zustimmung für die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten vor der Verarbeitung erteilen muss.

- [56] Ebenso Vorherigkeit: Das Recht unterscheidet zwischen Zustimmung, Einwilligung und Genehmigung, die Einwilligung ist eine ausdrücklich vorher erteilte Zustimmung. Eine nachträgliche Zustimmung ist eine Genehmigung. In der DSGVO wird bewusst der Begriff „Einwilligung“ gewählt, um klarzustellen, dass der Betroffene seine Zustimmung für die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten vor der Verarbeitung erteilen muss. Konzept der DRV: Wenn der Fallmanager im Zuge des Fallmanagements personenbezogene Informationen über den Versicherten an Dritte weitergibt, holt er vorher dazu die Einwilligung des Versicherten ein. Konzept zum „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“, S. 17. Sowie § 30 Abs. 2 SGB XIV: „Leistungen des Fallmanagements werden mit Einwilligung der Berechtigten erbracht, die auch die erforderlichen Datenerhebungen erfasst. Die Einwilligung ist schriftlich zu dokumentieren.“
- [57] vgl. auch Konzept der DRV, Konzept zum „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“, S. 25.
- [58] vgl. auch BT-Drs. 19/13834, S. 184.
- [59] BT-Drs. 19/13438, S. 65.

