

Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft

2²⁰²⁴

In diesem Heft

Corinna Botte

Aufbruch in eine digitale Zukunft – Mehrwerte in der Sozialversicherung erlebbar machen!

Dr. Ingrid Titzler und Dr. Johanna Freund

Barrieren und Förderfaktoren bei der Beratung und Vermittlung zu internet- und telefonbasierten Gesundheitsangeboten aus Sicht der SVLFG-Außendienstmitarbeitenden

Dr. Johanna Freund, Prof. Dr. David Daniel Ebert,
Dr. Janika Thielecke, Dr. Lina Braun, Prof. Dr. Harald Baumeister,
Prof. Dr. Matthias Berking & Dr. Ingrid Titzler

Implementierungsdeterminanten im Beratungs- und Einstierungsprozess zu internet- und telefonbasierten Gesundheitsangeboten aus Sicht der SVLFG-Mitarbeitenden im Außendienst, Telezentrum und Implementierungsteam

Karl Friedrich Köhler

Wann ist das Umkehren auf einem Weg zur oder von der Arbeit unfallversichert?

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 Thum, Denise Gundlach, Karin Binz

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

2²⁰²⁴

In diesem Heft

Corinna Botte

Aufbruch in eine digitale Zukunft – Mehrwerte in der
Sozialversicherung erlebbar machen!

Seite 4

Dr. Ingrid Titzler und Dr. Johanna Freund

Barrieren und Förderfaktoren bei der Beratung und Vermittlung
zu internet- und telefonbasierten Gesundheitsangeboten aus
Sicht der SVLFG-Außendienstmitarbeitenden

Seite 14

Dr. Johanna Freund, Prof. Dr. David Daniel Ebert,
Dr. Janika Thielecke, Dr. Lina Braun, Prof. Dr. Harald Baumeister,
Prof. Dr. Matthias Berking & Dr. Ingrid Titzler

Implementierungsdeterminanten im Beratungs- und
Einstierungsprozess zu internet- und telefonbasierten
Gesundheitsangeboten aus Sicht der SVLFG-Mitarbeitenden
im Außendienst, Telezentrum und Implementierungsteam

Seite 29

Karl Friedrich Köhler

Wann ist das Umkehren auf einem Weg zur oder von
der Arbeit unfallversichert?

Seite 49

Aufbruch in eine digitale Zukunft – Mehrwerte in der Sozialversicherung erlebbar machen!

Corinna Botte

Die Digitale Transformation eines bundesweit zuständigen Sozialversicherungsträgers bedeutet weit mehr, als IT-Änderungsanträge und Softwareupdates der Fachanwendungen umzusetzen. Es braucht Haltung, Mut und neue Formate, um die Organisationsentwicklung auf der Basis der Digitalen Agenda mit innovativen Technologien nachhaltig zukunftsfähig zu machen. Die Schaffung von Mehrwerten ist Anspruch und Ansporn für die Digitale Transformation der SVLFG. Die Versicherten und die Beschäftigten stehen dabei „human friendly“ im Mittelpunkt.

1 Ausgangssituation/Historie

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) ist zum 01.01.2013 durch das Gesetz zur Errichtung der SVLFG (SVLFGG) [1] aus den vormals eigenständigen Trägern der land- und forstwirtschaftlichen Sozialversicherung, den Sozialversicherungsträgern für den Gartenbau und den Spitzenverbänden der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung als Bundesträger errichtet worden.

Die SVLFG ist Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Als bundesunmittelbarer Verbundträger vereint die SVLFG als einziger Sozialversicherungsträger in Deutschland vier Versicherungszweige unter einem Dach – die Landwirtschaftliche Unfallversicherung, die Alterssicherung der Landwirte („Rentenversicherung“), die Landwirtschaftliche Krankenversicherung und die Landwirtschaftliche Pflegeversicherung. Ausgestattet mit diesem gesetzlichen Auftrag sichert die SVLFG die in den grünen Berufen tätigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie die Selbständigen mit und ohne fremde Arbeitskräfte sowie deren Familienangehörige gegen die Wechselfälle des Lebens ab. „sicher & gesund aus einer Hand“, so lautet das Motto.

Die besondere Kompetenz der SVLFG ergibt sich aus der versicherungszweigübergreifenden Ausrichtung an den Bedarfen der Versichertengemeinschaft und ist verankert in den strategischen Unternehmenszielen der SVLFG, die durch den ehrenamtlichen Vorstand bzw. die Vertreterversammlung ausgegeben wurden.

Übergeordnetes Unternehmensziel der SVLFG ist die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags mit einem Höchstmaß an Effizienz und Wirtschaftlichkeit.

Die **strategischen Unternehmensziele** wurden vom Vorstand gewichtet und finden in der strategischen/taktischen Ebene sowie in der täglichen operativen Verwaltungsarbeit Berücksichtigung:

1. Versichertenorientierung
2. Zukunftsfähigkeit
3. Mitarbeitendenorientierung
4. Qualität [2]

Das enge Band zwischen Ehren- und Hauptamt lässt die Versicherten in besonderem Maße profitieren, da die Angebote, die die SVLFG über den gesetzlichen Rahmen hinaus bietet (zum Beispiel Gesundheitsangebote und satzungsmäßige Mehrleistungen), speziell auf die Bedarfe der Versichertengemeinschaft der Grünen Branche zugeschnitten sind.

Die SVLFG hat die zahlreichen Prozesse eines Verbundträgers nach der Errichtung zum 01.01.2013 technisch und fachlich sukzessive konsolidiert und stabilisiert.

Die Aktenführung findet im Verbundträger SVLFG übergreifend bereits seit vielen Jahren fast ausschließlich elektronisch statt. Darüber hinaus werden die Fachprozesse in konsolidierten Fachanwendungen in der Regel auf SAP-Basis abgebildet.¹ Die fortgeschrittene Technisierung hat es der SVLFG ermöglicht, dass bereits kurz nach Beginn der Corona-Pandemie mit fast 5.000 Beschäftigten sicher, online und performant aus den häuslichen Umgebungen der Beschäftigten gearbeitet werden konnte. Die Erfahrungen waren positiv, so dass inzwischen dauerhaft orts- und zeitflexible Arbeitsmodelle eingeführt wurden. Die SVLFG ist ein moderner Arbeitgeber, was eine gute Ausgangssituation für die Digitale Transformation darstellt.

¹ Die vollständige Ablösung der IT-Altanwendungen ist für das Jahr 2025 geplant.

2 Phase des Aufbruchs „SVLFG-Kompetenz – vordenken.verbessern.vermarkten“

Der Vorstand hat für die Jahre 2023 bis 2030 bezüglich der Personal-, Organisations- und Standortentwicklung (POS) der SVLFG nunmehr die Phase des Aufbruchs ausgerufen und unterstreicht damit seine innovative und dem Fortschritt zugewandte Haltung.

Aufbruch bedeutet für die Organisationsentwicklung der SVLFG,

1. die besondere SVLFG-Kompetenz als einzigartiger Verbundträger weiter vorzudenken, gemeinsam durch Ehren- und Hauptamt zu verbessern und als verlässlicher (Netzwerk-)Partner aktiv bei den Versicherten, den Akteuren im ländlichen Raum und der Politik erlebbar zu machen, **d. h. Mehrwerte zu schaffen** und diese auch bekannt zu machen, zu vermarkten,
2. die Aufbau- und Ablauforganisation des Verbundträgers kontinuierlich zu optimieren und
3. verstärkt auf **Digitalisierung und Automatisierung** von Prozessen zu setzen, um u. a. Freiräume für die persönliche Versichertenbetreuung in besonderen Lebenssituationen zu schaffen (z. B. pflegende Angehörige, Schwerverletzte, chronisch Kranke, psychisch Belastete). [3]

Dieser klare Auftrag des Vorstands an die Verwaltung ist der Antrieb für die Digitale Transformation der SVLFG.

3 Die Digitale Transformation der SVLFG

Eine Reihe von Sozialversicherungsträgern und Unternehmen haben sich eine gesonderte Digitalstrategie zur Ausgestaltung der Digitalen Transformation gegeben. Die SVLFG hat dies bewusst nicht getan. **Die Aufgabe, den Weg der Digitalen Transformation zu gestalten, steht nicht neben den strategischen Unternehmenszielen, sondern ist vielmehr deren zentraler Bestandteil.** Der Vorstand der SVLFG setzt daher bezüglich Innovation und Fortschritt auf **ein zentrales Ziel – die Maßnahmen müssen geeignet sein, Mehrwerte für Versicherte und Verwaltung zu schaffen.**

Bei der Digitalen Transformation geht es somit darum, die Organisation durch den Einsatz von Digitalisierung und Automatisierung nachhaltig zukunftsfähig zu machen und die **Menschen dabei im Mittelpunkt** zu betrachten. Die einzelnen Maßnahmen führt die SVLFG

in einer **Digitalen Agenda**. Zu ergänzen sind die Maßnahmen, die aus IT-strategischen, -architektonischen oder -sicherheitstechnischen Erwägungen zu initiieren sind. Diese Aufgaben obliegen federführend dem Bereich Zentrale Aufgaben (Informationstechnik) und bilden die funktionale Grundlage für das Gelingen der Digitalen Transformation der SVLFG.

Damit Digitalisierung gelingt und die neuen Möglichkeiten sinnvoll ausgeschöpft werden können, braucht es eine veränderte **Haltung** [4]:

1. **Digitalisierung ohne Mehrwert ist keine Digitalisierung.**
2. **Elektrifizieren ist Digitalisieren mit angezogener Handbremse.**
3. **Innovative Digitalisierung kann nur in Spannungsfeldern entstehen.**
4. **Digitalisierung braucht Mut zur Kollaboration und Transparenz.**
5. **Investition in Verständnis und Köpfe ist der Schlüssel.**

Trifft dies auch auf die SVLFG zu?
Ja, unbedingt.

Eine positive Haltung der Entscheidungsträger ist elementar für den Prozess einer Digitalen Transformation. Die Verwaltung erlangt daraus Stärke und Unterstützung für den Weg der Veränderung. Vor allem geben klar formulierte Erwartungen und Zielbilder Orientierung und Vertrauen, dass die Veränderung „gewollt“ ist.

Der Vorstand der SVLFG hat mit folgender Aussage die strategischen Unternehmensziele ergänzt: **„Die Investition in Innovation und Fortschritt versetzt die SVLFG in die Lage, moderne Kommunikationskanäle und Automatisierung durch Digitalisierung mit der persönlichen Beratung zu kombinieren. Gerade in der Kombination liegt der Schlüssel zum Erfolg für eine optimale und wirtschaftliche Versichertenbetreuung.“** [5]

Aus diesem Auftrag wird abermals deutlich, dass es keine „Digitalisierung um der Digitalisierung Willen“ gibt, sondern klare Erwartungen an zu schaffende Mehrwerte bestehen. Das ist ein Statement. **Aufbruch!**

3.1 Haltung und „digitales Mindset“

Diese deutliche Position hilft der Verwaltung (Beschäftigten und Führungskräften), die eigene Haltung, das so genannte **digitale Mindset**, zu entwickeln und zu festigen.

Doch was ist das digitale Mindset?

Die Digitalisierung ermöglicht einerseits technische Innovationen, weckt aber andererseits gegebenenfalls auch Ängste. Ängste, beispielsweise zukünftig nicht mehr im bisherigen Aufgabenfeld arbeiten zu können, den Anschluss zu verlieren, überfordert zu sein, nicht mehr gebraucht zu werden oder Wertschätzung für die geleistete Arbeit zu verlieren. Diese individuell empfundenen Gefühle der Angst und Unsicherheit können grundsätzlich bei allen Beteiligten (Versicherten, Beschäftigten und Führungskräften) auftreten und unterschiedlich stark ausgeprägt sein.

Die Digitale Transformation gelingt daher nicht einfach nur dadurch, dass neue Technik oder Prozesse eingeführt werden. Damit die Digitale Transformation gelingt, müssen die an diesen Prozessen beteiligten Menschen möglichst offen, angstfrei und kreativ agieren können. Dies setzt eine gewisse mentale Grundhaltung voraus, das so genannte digitale Mindset.

Ein digitales Mindset ist die Summe von Verhaltensmustern, basierend auf einer offenen und positiven Einstellung gegenüber neuen Technologien und Prozessen. Sie beinhaltet die grundlegende Erkenntnis, dass digitale Prozesse starken Einfluss auf unser Leben, unsere Arbeit sowie unsere Kommunikation nehmen. Im Fokus steht dabei das so genannte „4-K-Modell“ (Kreativität, Kritisches Denken, Kommunikation, Kollaboration), das die zentralen Kompetenzen für einen gelingenden Wandel beinhaltet. [6]

In Organisationen – so auch innerhalb der SVLFG – besteht gelegentlich die Befürchtung, dass die Digitalisierung Beschäftigte überflüssig macht und es zu betriebsbedingten Kündigungen kommen könnte. Dieser Angst kann entschieden begegnet werden – dazu wird es in der SVLFG aufgrund der Altersstruktur im Personalkörper nicht kommen. Die Altersstruktur im Personalkörper der SVLFG verdeutlicht, dass in den kommenden Jahren eine Vielzahl der Beschäftigten altersbedingt ausscheiden wird. Darüber hinaus sind Eltern- und Erziehungszeiten, Kündigungen und auch Todesfälle zu berücksichtigen. Arbeitskraft, Wissen und Netzwerkbeziehungen gehen verloren.

Die SVLFG führt auf der Basis anerkannter Methoden (vgl. Organisationshandbuch des Bundesministeriums des Innern und für Heimat [7]) regelmäßige Personalbe-

darfsermittlungen durch und schaut zudem für einen 10-Jahres-Zeitraum (jährliche Fortschreibung) mit einer „Personalbedarfsprognose“ in die Zukunft. Die Prognose zeigt deutlich auf, dass dringender Handlungsbedarf besteht, um auch in Zukunft die gesetzlichen Anforderungen quantitativ und qualitativ erfüllen zu können. In Zeiten des so genannten Arbeitnehmermarktes und des Fachkräftemangels ist es für öffentliche Verwaltungen schwer, geeignetes Personal in den erforderlichen Größenordnungen einstellen zu können. Es besteht daher das Risiko, in Zukunft nicht genügend Personal zur Verfügung zu haben. Als Risikominde-rungsmaßnahmen setzt die SVLFG im Hinblick auf die Personalgewinnung und -bindung daher bereits jetzt auf Maßnahmen zur vorausschauenden Personal-entwicklung.² Trotz aller Bemühungen werden diese Maßnahmen nicht ausreichend sein, um die anfallenden Aufgaben bei der derzeitigen Arbeitsweise erfüllen zu können.

Es gilt daher, neue (ergänzende) Wege für die Optimierung und den Erhalt der Arbeitsfähigkeit zu finden, um sich zukunftsfähig aufzustellen.

Für die Zukunftsfähigkeit der SVLFG hat somit die mit der Digitalen Transformation einhergehende Organisationsentwicklung eine entscheidende Bedeutung.

Prozesse werden zukünftig nicht mehr „nur“ optimiert, sondern transformiert. Das bedeutet, dass sich Prozesse nicht nur punktuell oder schrittweise verändern, sondern grundlegend mit Blick auf Organisation, Mensch und Technologie neugestaltet werden. [8]

Wichtig dabei ist, die Beschäftigten aktiv mit einzubeziehen und Mitgestaltungsangebote zu schaffen. Die SVLFG stellt daher die Digitale Transformation unter den Fokus der „**Human Friendly Automation (HFA)**“³. **Das bedeutet, dass die Menschen im Transformationsprozess im Mittelpunkt stehen und die Automatisierung sozial verträglich und vorausschauend gestaltet wird.**

² Insbesondere Entfristung von befristeten Beschäftigungsverhältnissen bei entsprechender Eignung, maximale Auslastung der Kapazitäten bei Ausbildung und Studium, Schaffung von Aufstiegsmöglichkeiten in die Laufbahnen des gehobenen bzw. höheren Dienstes, Schaltung von dauerhaften Stellengesuchen im Themenfeld Informationstechnik sowie in besonderen Kompetenzbereichen der verschiedenen Organisationseinheiten, Zahlung von Fachkräftegewinnungszulagen. Die Maßnahmen werden in enger Abstimmung mit dem Bereich Innere Dienste vorbereitet.

³ Die zentrale Frage stellen: Was passiert mit den Menschen? Die Beantwortung im Rahmen aller KI-Projekt-Initialisierungen führt dazu, dass Unsicherheiten genommen und Skalierungen ermöglicht werden. Wir wollen die Vorteile intelligenter Technik nutzen, dürfen diese jedoch nicht zum Nachteil für Menschen werden lassen.

Den Prozess innerhalb der Organisation gestalten die Führungskräfte aller Ebenen aktiv mit. Daneben sollten aber auch Personen jenseits der Hierarchie mit einbezogen werden, die Lust an der Gestaltung der Verwaltung haben. Sie bringen eine andere Perspektive ein und können so gemeinsam für das beste Ergebnis arbeiten. [9]

KONKRET bedeutet das nach innen:

- Es wurde für die Führungskräfte aller Ebenen **Transparenz** geschaffen, wie sich der Personalbedarf derzeit darstellt und in den kommenden Jahren entwickeln wird. Digitalisierung ist keine Gefahr, sondern Herausforderung und Chance. Die Thematik wird regelmäßig in internen Sitzungen angesprochen.
- Die Verwaltung hat mit der **Innovationswerkstatt**⁴ die Rahmenbedingung geschaffen, interdisziplinär Innovationen zu denken und zu erproben.

- Beschäftigte aller Ebenen können die Digitale Transformation mitgestalten. Das Format der **Interessenbekundungen**⁵ wurde etabliert, um Innovationen aktiv vorzudenken, zu verbessern und zu vermarkten.
- Die Veränderungen der Digitalen Transformation werden laufend über **verschiedene Formate** in die gesamte Organisation und an alle Standorte der SVLFG **kommuniziert** – insbesondere Informationen im Intranet/Internet, **Digital-Informationen**⁶, **Online-Informationsveranstaltungen für Beschäftigte**⁷, **(Video-)Podcasts**⁸, **Teilnahme-Option für die Führungskräfte aller Ebenen am Führungskreis I**⁹, **Mentoren-Programme für Digital-Lotsen**¹⁰, **Standortbesuche**¹¹.
- Ergänzend zu den Präsenz- und Onlineformaten soll zukünftig mit Visualisierung in Form von so genannten **Sketchnotes**¹² gearbeitet werden, um Inhalte besser verständlich zu machen.

⁴ Die Innovationswerkstatt stellt den Rahmen für die Bewertung innovativer und nachhaltiger Ideen dar. Verschiedene Organisationseinheiten bündeln ihr Wissen und ihre Expertise, um Innovationspotentiale für die Digitale Transformation zu ermitteln. Bei entsprechendem Potential werden Unterarbeitsgruppen gebildet, die die verschiedenen Themen erproben („Proof of Concept“ – PoC). Entscheidungsinstanz ist die Geschäftsführung im Führungskreis I mit den Bereichs- und Stabsstellenleitungen. Diese nehmen übergreifend die Rolle der Sponsoren (Fürsprecher/Vermarkter) wahr, um den Beschäftigten die Idee und die erwarteten Mehrwerte zu vermitteln.

⁵ Interessenbekundungen beziehen sich auf die temporäre Mitarbeit in meist agil arbeitenden Teams/Arbeitsgruppen. Beschäftigte erhalten die Möglichkeit, sich aktiv mit einzubringen. Interessenbekundungen sind keine Bewerbungen auf Stellenausschreibungen.

⁶ Regelmäßige Informationen der Geschäftsführung zu Themen der digitalen Zukunft („Gesamtprojekt“ zur Umsetzung der digitalen Agenda der SVLFG).

⁷ Einfach zugängliche Online-Informationsangebote von Beschäftigten für Beschäftigte. Das Format stellt in ca. 30 Minuten ein Thema vor und ermöglicht im Anschluss den Austausch zur Klärung von Fragen mit den Vortragenden. Derzeit sind ca. 25 Themen freiwillig buchbar.

⁸ Gehört ist manchmal besser als gelesen. (Video-)Podcasts zeichnen Dialoge auf und können orts- und zeitflexibel (auch wiederholt) von Beschäftigten abgerufen werden.

⁹ Alle rund 450 Führungskräfte der SVLFG erhalten die Möglichkeit, zu wechselnden Impuls-Themen (z. B. zu Themen der Digitalen Transformation) am regelhaft monatlich tagenden Führungskreis I (Geschäftsführung mit den Bereichs- und Stabsstellenleitungen) online teilzunehmen. Die Maßnahme dient der Verbesserung der Transparenz und Beschleunigung der Informationsweitergabe in der 5-stufigen Hierarchie der SVLFG.

¹⁰ Veränderungen aus der Digitalen Transformation erfordern zum Teil spezielle Kompetenzen, die ggf. im Transformationsprozess erworben bzw. kontinuierlich ausgebaut werden müssen. Um die neuen Arbeitsformen geordnet in den Arbeitsalltag zu integrieren, setzt die SVLFG in den Teams so genannte Digital-Lotsen zu den verschiedenen Themen (z. B. für die Online-Beratung) ein. Bei diesem Prozess werden die Digital-Lotsen von Mentoren der Organisationsentwicklung begleitet. Die Digital-Lotsen sollen das Wissen um die neuen Arbeitsformen und Aufgaben sukzessive an die Kolleginnen/Kollegen im Team weitergeben. Mittelfristiges Ziel ist es, dass alle Beschäftigten diese neuen Arbeitsweisen beherrschen, die Zusatzfunktionen der Digital-Lotsen entfallen dann. Das neue „Normal“ der Büroarbeitsplätze soll gemeinsam erarbeitet werden. Dies ist auch der Grund, warum für die neuen Arbeitsweisen/Aufgaben keine neuen aufbauorganisatorischen Einheiten geschaffen werden.

¹¹ Die Geschäftsführung führt 2 x pro Jahr an den Geschäftsstellen Standortbesuche durch, um zu aktuellen Themen der Organisationsentwicklung in das Gespräch mit den Beschäftigten zu kommen. Die Themen der Digitalen Transformation stellen einen Schwerpunkt dar.

¹² Sketchnotes sind grafische Notizen, die aus Text, Bild und Strukturen bestehen, um Inhalte zu visualisieren und zur besseren Verständlichkeit zu vereinfachen.

¹³ Insbesondere die digitalen Services werden mit Teilen des Berufsstands in Fokusgruppen zu verschiedenen Themen gespiegelt, um Feedback unmittelbar einholen zu können. Das Ehrenamt der SVLFG setzt sich aus den 3 Gruppen, den Arbeitnehmer/-innen, den Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte sowie den Arbeitgebern, der grünen Berufe zusammen. Passgenaue Angebote und Produkte entstehen, wenn die Bedarfe und Anforderungen eng ausgetauscht werden. Auch das Ehrenamt interagiert mit der Verwaltung in Form von Fokusgruppen.

- Die Ausrichtung an Human Friendly Automation (HFA) bedingt, dass die Digital-Lösungen skalierbar sind. Die technische Unterstützung kann folglich hinsichtlich ihrer Intensität/Quantität und Qualität gesteuert werden.

nach außen:

- Die SVLFG bietet für das Ehrenamt und Versicherte zu verschiedenen Themen Online-Informationsveranstaltungen an.
- Das Ehrenamt/die Versicherten werden zu einzelnen Themen und Produkten als so genannte Fokusgruppen¹³ oder in gemeinsamen Arbeitsgruppen aktiv in die Veränderung eingebunden, um die Mehrwerte für den Berufsstand zu optimieren.

3.2 Nur Mehrwerte zählen – Digitaldividende

In den oben benannten Thesen heißt es unter Ziffer 1, Digitalisierung ohne Mehrwert ist keine Digitalisierung. Diese These wird unterstrichen mit der Aussage zu Ziffer 2, Elektrifizieren ist Digitalisieren mit angezogener Handbremse.

Auch diese beiden Thesen treffen auf die Haltung der SVLFG zu. Es gilt also, nicht unreflektiert manuelle Prozesse zu digitalisieren – es gilt vielmehr, Prozesse im Rahmen der Digitalen Transformation neu zu denken. Denn ein schlecht ablaufender Prozess ist auch nach der Digitalisierung nur ein schlecht ablaufender digitalisierter Prozess, wenn er nur 1:1 digitalisiert wird und dabei nicht auf die Schaffung von Mehrwerten geachtet wird.

Die Prozesse des gesamten Verbundträgers mussten seither bereits kontinuierlich hinsichtlich Optimierungs- und Verbesserungspotentialen überprüft werden (kontinuierlicher Verbesserungsprozess der Aufbau- und Ablauforganisation (KVP)). Diese Aufgabe obliegt federführend den jeweiligen Organisationseinheiten.

Darüber hinaus sind jedoch Verbesserungen, die durch Einführung von Digitalisierung und Automatisierung erreicht werden können, zu identifizieren. Diese Aufgabe geht meist mit dem Einsatz neuer und innovativer Technologien und einer grundlegenden Prozessänderung einher – so zum Beispiel auch durch den Einsatz von **Künstlicher Intelligenz (KI)**¹⁴. Die SVLFG hat diesbezüglich übergreifende Governance-Strukturen geschaffen, die die verschiedenen Wissensträger in der Organisation zusammenbringen (vgl. unter ande-

rem die Innovationswerkstatt). Digitale Transformation funktioniert aufgrund der Komplexität nur interdisziplinär. Gemeinsam soll über Organisationseinheiten und Hierarchieebenen hinweg übergreifend vorgedacht, verbessert und vermarktet werden, dann entstehen die gewünschten Mehrwerte und eine „**Digitaldividende**“ im Vergleich zum Status Quo.

Prozesse sollen, wo immer das möglich ist, „**digital by design**“¹⁵ gedacht werden. Grundsätzlich wird das Ziel verfolgt, Prozesse „Ende-zu-Ende“ digital und medienbruchfrei zu gestalten. Doch nicht alle Prozesse sind hierfür geeignet, da zum Beispiel Ermessensentscheidungen und andere Interaktionen durch die Beschäftigten erforderlich werden. In diesen Fallkonstellationen kann die Digitale Transformation mit so genannter „**Robotic Process Automation (RPA)**“¹⁶ umgesetzt werden. Die Optimierung kann in Form der so genannten Digitaldividende gemessen werden. Im übertragenen Sinne kann der RPA-Einsatz in Prozessen als Einsatz „**virtueller helfender Hände (Bots)**“ anstelle der menschlichen Interaktion betrachtet werden. Beispielsweise können über das Versichertenportal digital eingereichte Anträge zukünftig maschinell ausgelesen und die Angaben des Antrags in die jeweiligen Eingabefelder der Fachanwendungen übernommen werden. Je nach Fallkonstellation können der Sachbearbeitung bereits Entscheidungsvorschläge unterbreitet oder der Vorgang im besten Fall sodann direkt erledigt werden (zum Beispiel Zuschüsse zur „professionellen Zahnreinigung“). Bisher erleichtert die Einreichung im Versichertenportal zwar den Posteingangsprozess, die Sachbearbeitung muss die Angaben jedoch manuell übernehmen. Die zu etablierende Vereinfachung entlastet neben der Indexierung auch die Sachbearbeitung und schafft Freiräume für andere Aufgaben der Sachbearbeitung (Digitaldividende). Ausgehend von der oben beschriebenen Situation im Personalkörper der SVLFG (altersbedingtes Ausscheiden und Fachkräftemangel) werden partiell entsprechende Bots die Sachbearbeitung unterstützen und somit die Funktionsfähigkeit

¹⁴ KI ist die Fähigkeit einer Maschine, menschliche Fähigkeiten wie logisches Denken, Lernen, Planen und Kreativität zu imitieren. Die SVLFG hat an der Erstellung der selbst verpflichtenden Leitlinien für den Einsatz Künstlicher Intelligenz in der Arbeits- und Sozialverwaltung unter Federführung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mitgearbeitet und ist Mitglied im KI-Lab, um mit anderen Behörden regelmäßig Erfahrungen zum Einsatz von KI auszutauschen. Selbstverpflichtende Leitlinien für den KI-Einsatz in der behördlichen Praxis der Arbeits- und Sozialverwaltung – BMAS

¹⁵ Entwicklung neuer Angebote als digitale Formate.

¹⁶ RPA (deutsch: Robotergestützte Prozessautomatisierung) ist ein Ansatz zur Prozessautomatisierung, bei dem repetitive, manuelle, zeitintensive oder fehleranfällige Tätigkeiten durch so genannte Softwareroboter (Bots) erlernt und automatisiert ausgeführt werden.

erhalten. Erste Workshops zum Thema RPA haben stattgefunden, die Umsetzung erfolgt im Zuge der Digitalen Transformation und schafft Strukturen für die dauerhafte Etablierung.

KONKRET bedeutet das nach innen:

- Etablierung der Info- und Lernwelt. Kombination mit verschiedenen weiteren multimedialen Formaten, um die Veränderung transparent und erlebbar zu machen (SVLFG digital im Dialog).
- Die Prozesse werden vorab hinsichtlich des jeweiligen Digitalisierungs-/Automatisierungspotentials (erwartete Digitaldividende) analysiert. Selten vorkommende Prozesse eignen sich nicht für umfangreiche Optimierungen. Die so genannte ABC-Analyse (d. h. Gewichtung der Prozesse) der Personalbedarfsermittlung ist zu berücksichtigen.
- Es werden die technischen Rahmenbedingungen geschaffen und die Governance-Strukturen für den nachhaltigen RPA-Einsatz, die Rollen und Verantwortlichkeiten für Entwicklung, Pflege sowie die In- und Außerbetriebnahme (Lebenszyklus) werden definiert und erprobt.
- Interessenabfragen werden an die Beschäftigten zur Mitgestaltung adressiert.
- Sobald erste Bots entwickelt werden, werden die Beschäftigten umfassend informiert, um am Transformationsprozess teilhaben zu können. Erfolge sollen gemeinsam gefeiert werden – „Positives zum Weitersagen“.
- Neue Kompetenzen werden benötigt; die Personalentwicklung muss für einzelne Beschäftigte angestoßen werden.
- Die Interessenvertretungen werden frühzeitig in die Entwicklung eingebunden.
- Es entsteht ein neues „Normal“ für Büroarbeitsplätze. Menschen und Bots ergänzen sich in der Aufgabenerledigung.
- Die Compliance-Prozesse sind neu zu denken und daran anzupassen, dass nicht nur Menschen Entscheidungen treffen.

nach außen:

- Das neue Normal bedeutet, dass insbesondere außerhalb der Servicezeiten so genannte Chat-Bots zum Beispiel auf der Internetseite ihre Unterstützung anbieten und einfache Anfragen mit fest hinterlegten Fragen/Antworten-Mustern beantworten; ein Proof of Concept läuft bereits.
- Briefe und Bescheide werden einfacher strukturiert und versichertenfreundlicher gestaltet, um Komplexität aus den Vorgängen zu nehmen. Die Richtigkeit der Regelungen bleibt dabei gewährleistet!
- In komplexen Angelegenheiten steht die Sachbearbeitung weiterhin für persönliche Gespräche zur Verfügung.

3.3 Innovative Digitalisierung kann nur in Spannungsfeldern entstehen

Spannungsfelder entstehen aus dem technisch Machbaren, dem Nützlichen, der Ressourcensituation und der Wirtschaftlichkeit. Die Perspektiven sind bei der Entscheidungsfindung in der Digitalen Transformation sorgfältig zu betrachten, abzuwägen und in eine Gesamtsicht zu bringen.

Sozialversicherungsträger sind dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit¹⁷ verpflichtet. Wirtschaftlichkeit entsteht zumeist im Zeitverlauf durch häufige Inanspruchnahme. Kurzfristig ist zunächst jedoch eine Investition für die Schaffung digitaler Lösungen erforderlich. Die Amortisation kann sich naturgemäß erst später – bei entsprechender Akzeptanz der Nutzenden – einstellen.

Handelt es sich um gesetzliche Aufträge, ist die Wirtschaftlichkeit der Umsetzung nicht bei der Entschließungsentscheidung zu berücksichtigen. Das „Ob“ steht in diesen Konstellationen bereits verpflichtend fest, zum Teil bestehen Gestaltungsspielräume hinsichtlich des „Wie“ der Lösungsrealisierung.

Mit der Umsetzung des Gesetzes zur Verbesserung des Onlinezugangs zu Verwaltungsleistungen – Online-Zugangsgesetz (OZG) [10] im Dezember 2022 hat die SVLFG mit dem **Versichertenportal „Meine SVLFG“** eine Plattform geschaffen, auf der zahlreiche Leistungen der SVLFG digital beantragt werden können. Das Versichertenportal verfügt zudem über ein elek-

¹⁷ § 69 Viertes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IV.

tronisches Postfach, womit minutenschnell, datenschutzkonform und sicher der Austausch zwischen Versicherten und SVLFG erfolgen kann. Der größte Vorteil ist der Wegfall von Postlaufzeit und Porto. Inzwischen umfasst das Versichertenportal fast 100 verschiedene Services. Der Ausbau geht kontinuierlich weiter. Derzeit wird das Versichertenportal von rund 49.000 Versicherten genutzt. Die vergleichsweise geringen Nutzungszahlen können verschiedene Ursachen haben und sind zu analysieren, um mit gezielten Maßnahmen der Vermarktung Steigerungen zu erzielen.

Die Digitalstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) [11] weist bereits die nächsten Meilensteine für die **Telematik-Infrastruktur** aus. Eine elektronische Patientenakte für alle gesetzlich Krankenversicherten („ePA für alle“), das elektronische Rezept (eRezept), die elektronische Verordnung (eVO) und Messengerdienste für Versicherte, Leistungserbringer und Krankenkassen/Berufsgenossenschaften im Gesundheitswesen (TI-M – Telematikinfrastruktur Messenger¹⁸, KIM – Kommunikation im Medizinwesen¹⁹). Themen, die jeweils in Umsetzungsgesetzen Niederschlag finden werden oder bereits gefunden haben. Weitere Digitalgesetze werden folgen.

Die Versicherten der SVLFG sind ebenso wie die Beschäftigten kontinuierlich an die Veränderungen heranzuführen. Die **Digitalkompetenz zu den neuen Verfahren** muss erarbeitet und ausgebaut werden („lebenslanges Lernen“).

Neben den gesetzlichen Verpflichtungen entstehen aus den Ideen der Innovationswerkstatt auch eigene Vorhaben der SVLFG, die im Zuge der Digitalen Transformation umgesetzt werden sollen.

Für die Optimierung des Wissensmanagements und der Dokumentenanalyse wird die SVLFG ein **internes Chat-GPT**²⁰ einführen. Die Informationen, die im Verbundträger von den Beschäftigten zu verarbeiten sind, sind vielfältig. Die Chat-GPT-Lösung wird die internen Dokumente im „geschützten Raum“ aufbereiten und Vorschläge (zum Beispiel für Zusammenfassungen, komprimierte Antworten oder auch Pressemitteilungen oder Posts) anbieten. Der Einsatz von KI wird die durchschnittlichen Bearbeitungszeiten dieser Prozesse deutlich reduzieren und somit für die Beschäftigten – und mittelbar auch für die Versicherten – Mehrwerte in der täglichen Arbeit erzielen.

KONKRET bedeutet das nach innen:

- Die SVLFG qualifiziert Beschäftigte in der Bewertung der digitalen Lösungen hinsichtlich Machbarkeit, Nutzen und Wirtschaftlichkeit. Die Analyse erfolgt im Vorfeld, während der Realisierung und retrospektiv.
- Das Bewerben der digitalen Services bei persönlichem Kontakt mit den Versicherten (insbesondere durch den Außendienst der Prävention und den Bereich Leistung), um die Nutzungszahlen zu verbessern und somit die Investitionen schneller zu amortisieren.
- Intensivierte Gespräche mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS, Aufsichtsbehörde der SVLFG) zur Schaffung von Anreizsystemen für die Nutzung digitaler Services im autonomen Recht (Satzung). Die Nutzung der digitalen Services muss vorteilhaft für die Versicherten sein.

nach außen:

- Die multimediale Vermarktung der digitalen Services und das digitale Mindset werden gesteigert (insbesondere durch Online-Informationsveranstaltungen, Newsletter, Internet, Info- und Lernplattform, Alles SVLFG, Postkarten, Social-Media-Präsenz).
- Zudem plant die SVLFG, im zweiten Halbjahr 2024 eine SVLFG-App in den App-Stores anzubieten. Die bekannten Services des Versichertenportals, die elektronische Patientenakte sowie ein Eventkalender werden die wesentlichen Funktionalitäten sein.
- Bessere Wahrnehmung der Multiplikatorenfunktion des Ehrenamts zur Vermarktung der digitalen Services.
- Angebote zur Schaffung von Digitalkompetenz werden ausgebaut (z. B. Digital-Fibeln, SVLFG-Digi als virtuelle helfende Hand in der Versichertenkommunikation). Der SVLFG-Digi stellt den Wiedererkennungswert der digitalen Marke der SVLFG sicher. Er ist partnerschaftlich, die virtuelle helfende Hand. Gibt Tipps und ist das Symbol des Chat-Bot, der Automatisierung und KI. Aufgrund der gewollten Nähe zu den Versicherten duzt der SVLFG-Digi. Einige Gestaltungsvarianten:

¹⁸ TI-Messenger | gematik

¹⁹ KIM | gematik

²⁰ ChatGPT ist eine so genannte generative KI. Sie erschafft etwas Neues aus dem, was sie durch Training gelernt hat. Die Ausgabe könnte ein Code sein, ein Rezept, ein Bild usw.



3.4 Digitalisierung braucht Mut zur Kollaboration und Transparenz

Die Digitalisierung eröffnet neue Möglichkeiten, auch in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit. Erfahrungen und Lösungen aus dem Open-Source- und Open-Data-Umfeld können helfen, innovative Lösungen zu entwickeln, Aufwände zu reduzieren, die Geschwindigkeit bei der Lösungsentwicklung zu erhöhen und die Qualität von Produkten und Dienstleistungen zu verbessern. Gleiches gilt für die „Nachnutzung“ von Lösungen anderer Organisationen.

Die SVLFG hat gemeinsam mit allen anderen Trägern der Arbeits- und Sozialverwaltung an der Digitalstrategie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) mitgearbeitet [12]. Die Träger werden neben der Verfolgung der eigenen Digitalstrategien/Digitalen Agenden die Umsetzung der Digitalstrategie des BMAS gemeinsam voranbringen und den übergreifenden Austausch fortsetzen. Die Strukturen bilden den Rahmen für übergreifende Kollaboration und transparente Zusammenarbeit im Sinne der Versicherten sowie der Bürgerinnen und Bürger. Mehrwerte entstehen auch hier, da Ressourcen übergreifend genutzt und damit individuell geschont werden.

KONKRET bedeutet das nach innen:

- Schaffung der Rahmenbedingungen für den Registerabgleich auf Basis eindeutiger Identifikationskriterien.
- Information der Beschäftigten bezüglich trägerübergreifender Digitalisierungsmaßnahmen.
- Standardisierung des behördenübergreifenden Austauschs auf Arbeitsebene, um Nachnutzung von Lösungen möglich zu machen. Ressourcen werden geschont und die Effizienz (behördenübergreifend) gesteigert.

nach außen:

- Information der Versicherten bezüglich trägerübergreifender Digitalisierungsmaßnahmen (z. B. Bund-ID ²¹, ELSTER-Unternehmenskonto ²², European Digital Identity Wallet (EUDI-Wallet) ²³).

3.5 Investition in Verständnis und Köpfe ist der Schlüssel

Die Digitale Transformation erfordert Flexibilität und Agilität. Vielfach erfolgt die Zusammenarbeit in neuen Formaten, die eine zumindest temporäre Abkehr von den bisherigen – oft hierarchisch und wenig partnerschaftlich geprägten – Strukturen darstellt. Die Digitale Transformation ist keinesfalls dazu geeignet, vorrangig aufbauorganisatorische Fragen der Organisation zu klären. Die Digitale Transformation befasst sich vorrangig mit der Optimierung der Abläufe und Prozesse, so dass die bisherigen Strukturen bestehen bleiben, sich die Beschäftigten jedoch durch ihr digitales Mindset und agiles Handeln weiterentwickeln und somit aktiv Teil der Veränderung werden. Eine moderne Verwaltung, die Beschäftigte zum Teil der Digitalen Transformation macht, schafft Bindung und Zufriedenheit mit den Arbeitsergebnissen, da die Mehrwerte für die Versicherten und die Beschäftigten erlebbar werden. Dies ist der Schlüssel für eine erfolgreiche Digitale Transformation.

KONKRET bedeutet das nach innen:

- Verstetigung der übergreifenden Zusammenarbeit in Projekten und Unterarbeitsgruppen der Innovationswerkstatt.
- Bestätigung des digitalen Mindsets durch „Weitersagen“ der Ansätze des agilen Coachings (Ausbau von Schulungsangeboten).
- Positive Fehlerkultur – retrospektive Betrachtungen („Lessons Learned“) etablieren und Dinge für die Zukunft besser machen. Suche nach Lösungen, nicht nach Schuldigen.

nach außen:

- Verstetigung und Intensivierung der Zusammenarbeit in Fokus- und Arbeitsgruppen zwischen Ehrenamt/Versicherten und Verwaltung.

²¹ Nutzerkonto des Bundes, womit sich Nutzende bei vielen Online-Verwaltungsleistungen anmelden können. Zukünftig: DeutschlandID

²² Digitale Identität für Unternehmen in Deutschland, die der Identifizierung, Authentifizierung und Kommunikation bei der Nutzung digitaler Verwaltungsdienstleistungen dient.

²³ Persönliche digitale Briefftasche, mit der sich die Bürgerinnen und Bürger sowie Organisationen künftig digital ausweisen und in der sie ihre Identitätsnachweise und amtlichen Dokumente speichern und verwalten können.

- Die SVLFG entwickelt ihre digitale Marke weiter und führt wiedererkennbare Designs ein, die den Nutzenden den Zugang zu digitalen Angeboten durch positive Botschaften und Erfahrungen erleichtern [12] und Freude an der Nutzung machen – kurzum: Mehrwerte erlebbar machen.

4 Würdigung

Das Ehrenamt der SVLFG hat frühzeitig richtungsweisende Entscheidungen für eine versichertenorientierte und zukunftsfähige Organisation getroffen und mit entsprechender Haltung die Rahmenbedingungen für das digitale Mindset gesetzt.

Die Digitale Transformation ist geeignet, durch interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ehren- und Hauptamt Mehrwerte für Versicherte und Verwaltung zu schaffen. **Entscheidend ist, dass über „historische Zuständigkeitsgrenzen“ hinausgedacht und agil gehandelt wird.** Beschäftigte, Ehrenamt und Versicherte stellen auf dem Weg der Digitalen Transformation die entscheidenden Faktoren dar. Kompetenzen müssen entwickelt und Verantwortungen für die gemeinsame Aufgabe übernommen werden.

Entscheidend wird in den kommenden Jahren auch **die Rolle des Gesetzgebers/der Ministerien als „Transformationsförderer“** sein. Die gesetzlichen Regelungen der Sozialversicherung sind zum Teil (noch) nicht für innovative, schlanke/entbürokratisierte und neu gedachte Lösungen geeignet. Hier unterstreichen die Digitalstrategien den Handlungsbedarf. Finanzielle Einschnitte der Bundesregierung, wie zum Beispiel die „Globale Minderausgabe“ in der gesetzlichen Krankenversicherung 2023 oder die Kürzung der Budgets für innovative Lösungen (zum Beispiel Förderung von KI-Projekten oder Kürzung der Mittel für die Kommunikationskampagne zur Etablierung der Telematik-Infrastruktur in Deutschland), lassen die Digitale Transformation in Deutschland bei allen Trägern der Arbeits- und Sozialverwaltung merklich zurückfallen. Im europäischen und internationalen Vergleich macht sich dies zusätzlich negativ bemerkbar und schränkt die Interoperabilität deutlich ein.

Die SVLFG hält gegenüber den zuständigen Ministerien, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales – BMAS sowie dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft – BMEL und dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) an der Forderung nach einer so genannten **Experimentierklausel zur Steigerung der Nutzungszahlen** fest. Die Nutzung des Versichertenportals oder sonstiger digitaler Services darf eine

Körperschaft des öffentlichen Rechts aufgrund fehlender gesetzlicher Ermächtigung nicht mit finanziellen Anreizen für die Versicherten verbinden (zum Beispiel Registrierungsprämie per Satzungsregelung). Eine entsprechende Experimentierklausel könnte vorübergehend eingeführt und auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Die SVLFG vertritt die These, dass ein Anreiz (zum Beispiel Erstattung eines Betrages, Auslobung von Sachgegenständen bei Aktivierung des Versichertenportals mit elektronischer Postfachfunktion oder Schaffung sonstiger Mehrwerte) zur Steigerung der Nutzungszahlen führen würde. Die eingesparten Verwaltungskosten könnten die Investitionen in kürzester Zeit amortisieren und die Wirtschaftlichkeit der Regelung belegen. Zudem würde die Regelung zur Nachhaltigkeit im Verwaltungshandeln beitragen, da Ressourcen geschont werden.

Die Ideen für die Digitale Transformation sind da, die Chancen sind da und die Werkzeuge sind da. Es kommt nur darauf an, sie zu nutzen und von den Menschen für die Menschen konkrete Mehrwerte zu schaffen.

Wege entstehen dadurch, dass man sie geht. [13]

Brechen wir also auf, etwas gutes Neues zu schaffen.

Autorin

Corinna Botte

Chief Digital Officer (CDO) und stellvertretende Leiterin der Stabsstelle Organisation/Innenrevision der SVLFG

Zu den wesentlichen Aufgaben gehören auch die Organisationsentwicklung und die Digitale Transformation einschließlich der Leitung und Steuerung des Programms #digitaleZukunft der SVLFG.

E-Mail: DigitaleZukunft@svlfg.de

Quellen

- [1] SVLFGG – Gesetz zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (gesetz-im-internet.de), Aufruf am: 09.05.2024.
- [2] SVLFG | Leitbild und Organisation, Aufruf am: 09.05.2024.
- [3] Personal-, Organisations- und Standortentwicklungskonzept der SVLFG, Stand 01.09.2023, 1.4 Organisationsentwicklung, Seite 19.

- [4] Positionspapier_Digitalisierung erfordert Haltung! (bitkom.org), Bitkom Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und Neue Medien e. V., Aufruf am: 11.05.2024.
- [5] Personal-, Organisations- und Standortentwicklungskonzept der SVLFG, Stand 01.09.2023, Vorwort der Vorstandsvorsitzenden.
- [6] Was ist ein Digitales Mindset? | Netzwerk Q 4.0 (netzwerkq40.de) NETZWERK Q 4.0 ist ein gemeinsames Projekt des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW) und der Bildungswerke der Wirtschaft und anderen Bildungsinstitutionen und wird gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Aufruf am: 11.05.2024.
- [7] Organisationshandbuch – Startseite (orghandbuch.de), Aufruf am: 09.05.2024.
- [8] KGSt – Denkanstoß: Künstliche Intelligenz, Bericht Nr. 09/2023, Seite 16.
- [9] KGSt – Strategiearbeit im Wandel, warum es sich lohnt, es einfach zu machen, Bericht Nr. 08/2023, Seite 28.
- [10] OZG – Gesetz zur Verbesserung des Onlinezugangs zu Verwaltungsleistungen (gesetze-im-internet.de), Aufruf am: 09.05.2024.
- [11] Digitalisierungsstrategie – Gesundheitswesen und Pflege | BMG (bundesgesundheitsministerium.de), Aufruf am: 09.05.2024.
- [12] Digitalisierungsstrategie der Arbeits- und Sozialverwaltung – BMAS, Aufruf am: 11.05.2024.
- [13] Zitat Franz Kafka

Barrieren und Förderfaktoren bei der Beratung und Vermittlung zu internet- und telefonbasierten Gesundheitsangeboten aus Sicht der SVLFG Außendienst-Mitarbeitenden

Dr. Ingrid Titzler und Dr. Johanna Freund

Im vorliegenden Artikel werden die im Rahmen einer qualitativen Studie identifizierten Barrieren und Förderfaktoren bei der Beratung zu und Vermittlung von internet- und telefonbasierten Gesundheitsangeboten aus Sicht des Außendienstes der SVLFG beschrieben. Mit den Außendienstmitarbeitenden wurden Fokusgruppen durchgeführt, deren Auswertung anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse erfolgte (N=17). Eine Ersterhebung fand während der Kommunikationsschulungen in Präsenz (Mai bis August 2017) und eine Zweiterhebung per Telefonkonferenz (November 2018 bis Februar 2019) statt, um die Barrieren und Förderfaktoren zu Beginn und nach einem Jahr Routine-Erfahrung der Außendienstmitarbeitenden zu evaluieren. Hierbei wurden in einem standardisierten qualitativen Auswertungsprozess 25 Barrieren und 22 Förderfaktoren identifiziert, welche kategorisierend den übergeordneten Ebenen Außendienst, Versicherte und Präventionsangebot zugeordnet wurden und nachfolgend präsentiert werden. Die identifizierten Barrieren und Förderfaktoren ermöglichen die Ableitung von Handlungsempfehlungen, die eine verbesserte Integration von internet- und telefonbasierten Präventionsangeboten in die psychosoziale Gesundheitsversorgung für die Versicherten der SVLFG erlauben. Bei diesem Studienartikel handelt es sich um eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der ersten und zweiten Durchführungsphase der Fokusgruppen.

1 Hintergrund

Das von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) in 2017 eingeführte Modellprojekt „Mit uns im Gleichgewicht“ hat die Förderung und den Erhalt der psychischen Gesundheit bei Personen zum Ziel, die in Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau tätig und anspruchsberechtigte Versicherte der SVLFG sind, und wird von der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) und der Universität Ulm wissenschaftlich begleitet. Weiterführende Informationen zum Modellprojekt und dem wissenschaftlichen Evaluationskonzept können in SdL Ausgabe 1/2023 nachgelesen werden [1].

Zur Förderung der psychischen Gesundheit von Personen aus den grünen Berufen bietet die SVLFG ihren Versicherten bereits langjährig Vor-Ort-Präventionsangebote an, welche häufig als Gruppenformat umgesetzt werden (z. B. Seminare zur Betriebsübergabe oder zum Stressmanagement). Diese etablierten Gesundheitsangebote werden im Rahmen des geförderten Modellprojektes um internet- und tele-gestützte Interventionen erweitert, welche durch den Einsatz von Technologien und Medien die Nutzung von Präventionsmaßnahmen aus der Ferne ermöglichen sollen. Interventionen zur Prävention von psychischen Beschwerden sind insbesondere in der Landwirtschaft gefragt, da diese Berufsgruppe aufgrund ihrer schwierigen Arbeitsbedingungen (z. B. hohe Arbeitsbelastung, Familienkonflikte, Saisonarbeit, Arbeitsspitzen) vielen Belastungen und Stressoren ausgesetzt ist. Gleichzeitig besteht insbesondere im ländlichen Raum ein Mangel an Versorgungsangeboten und speziell für das Berufsfeld der grünen Berufe ein Bedarf an zeit- und ortsun-

abhängigen Angeboten. Vor diesem Hintergrund sind wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse darüber nötig, wie diese Zielgruppe effektiv mit Präventionsmaßnahmen erreicht werden kann.

Die SVLFG führte ab 2017 für ihre Versicherten internet- und tele-gestützte Gesundheitsangebote, welche durch externe Dienstleister angeboten werden, stufenweise national in deren Routineversorgung ein. Internet- und tele-gestützte Gesundheitsangebote als zeitlich und örtlich flexibler Ansatz zur Erbringung von Gesundheits-/Präventionsleistungen sind bereits bei einer Vielzahl somatischer und psychischer Beschwerden und Erkrankungen sowie verschiedenen Zielgruppen erprobt und für wirksam befunden worden [2]. Jedoch fehlt es bislang an Untersuchungen in der Zielgruppe der grünen Berufe, so dass wenig über die Akzeptanz und Inanspruchnahme von internet- und tele-gestützten Gesundheitsangeboten [3] bekannt ist.

Der Fokus der vorliegenden Studie lag auf der Identifizierung von Barrieren und Förderfaktoren bei der Versichertenberatung zu internet- und telefonbasierten Präventionsangeboten aus der Sichtweise der Außendienstmitarbeitenden der SVLFG. Die Mitarbeitenden des Außendienstes spielen bei der Vermittlung und Beratung zu den Gesundheitsangeboten der SVLFG eine wesentliche Rolle, da diese durch regelmäßige Betriebsbesuche als konstante Kontaktpersonen für die Versicherten fungieren. Neben der Prüfung der Arbeitssicherheit vor Ort, soll der Außendienst mit seinem fachlichen Hintergrundwissen ebenso zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen beraten. Deshalb sollte der Außendienst bei der Neueinführung der internet- und telefonbasierten Gesundheitsangebote eine zentrale

Rolle in der Implementierung einnehmen, indem er beispielsweise Versicherte während der Betriebsbesuche über die neu verfügbaren internet- und telefonbasierten Präventionsangebote informiert. Da es sich hierbei einerseits um ein neues Aufgabenfeld für den Außendienst, andererseits um innovative Gesundheitsangebote handelt, wurden seitens dem Wissenschaftspartner FAU Fokusgruppen (FG) als qualitative Studie konzipiert, um wichtige Erkenntnisse über mögliche Barrieren und Förderfaktoren in der Vermittlung und Beratung zu den Gesundheitsangeboten zu identifizieren.

2 Zielsetzung

Im Rahmen von mehreren FG wurde das Ziel verfolgt, Barrieren und Förderfaktoren bei den Beratungsprozessen und der Vermittlung der Präventionsleistungen zu identifizieren. Dazu wurden die Erwartungen sowie die Erfahrungen des Außendienstes im Hinblick auf Schwierigkeiten (Barrieren) und hilfreiche Aspekte (Förderfaktoren) erfasst. Die Mitarbeitenden erhielten zudem als zentrale Beteiligte am Implementierungsprozess die Gelegenheit, eigene Perspektiven und Vorstellungen einzubringen, um Schulungskonzepte und Vertriebswege/Abläufe mitzugestalten. Denn das Einbinden involvierter Mitarbeitender ist entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung eines Implementierungsvorhabens wie das Modellprojekt „Mit uns im Gleichgewicht“. Basierend auf den Erkenntnissen sollen Maßnahmen für die möglichen Beratungs- und Vermittlungswege der Präventionsangebote abgeleitet werden. Während bei der ersten Durchführung der FG mit dem Außendienst, welche als Gruppendiskussionen während der Kommunikationsschulungen im Sommer 2017 stattgefunden haben, vordergründig antizipierte Erwartungen über Barrieren und Förderfaktoren im Fokus standen, sollten bei der zweiten Durchführungsphase im Winter 2018/2019 eher Erkenntnisse auf Basis der ersten gesammelten Erfahrungen bei der Vermittlung zu den Präventionsleistungen abgeleitet werden.

Nachfolgend erfolgt eine Zusammenfassung des Studiendesigns und der Interviewleitfäden sowie eine kurze Beschreibung der Rekrutierung, Durchführung und Stichprobe. Anschließend erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der qualitativ ausgewerteten Fokusgruppen der Erst- und Zweiterhebung sowie der anschließenden Validierungsbefragung bei den Außendienstmitarbeitenden der SVLFG.

3 Methode

3.1 Studiendesign

Mit den FG wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, welches der Entwicklung neuer Ideen und der Bearbeitung facettenreicher Fragestellungen dient [4], welche im Kontext einer Einführung innovativer technologie-basierter Interventionen und Nutzung neuer Implementierungswege bedeutsam sind. Unter einer FG versteht man „ein moderiertes Diskursverfahren, bei dem eine Kleingruppe durch einen Informationsinput zur Diskussion über ein bestimmtes Thema angeregt wird“ [5]. Hierbei können gruppendynamische Effekte, welche die Beteiligung und Offenheit der Befragten positiv beeinflussen, zu umfassenderen Ergebnissen führen als bei herkömmlichen Einzelinterviews [4].

3.2 Fokusgruppen-Leitfaden

Die Durchführung der FG erfolgte mittels eines halbstrukturierten Gesprächsleitfadens mit offenen Fragen, der von der Autorin Ingrid Titzler am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der FAU entwickelt wurde. Der Interviewleitfaden wurde anhand der von Kühn & Koschel [6] empfohlenen Richtlinien für Gruppendiskussionen erstellt und in folgende Phasen unterteilt: Einführung, Warm-up, Hauptteil und Abschluss. Die Einführungsphase beinhaltete die Vorstellung der moderierenden Person sowie die Beschreibung der Ziele des SVLFG-Projekts und den Ablauf der FG. Die Warm-up-Phase ermöglicht es den Teilnehmenden, sich bei einer Vorstellungsrunde besser kennenzulernen und einen ersten Zugang zum Thema zu finden, wie z.B. Benennung eigener Gewohnheiten und Einstellungen bezüglich Prävention und psychischer Belastung. Im Hauptteil sollten Barrieren und Förderfaktoren bei der Vermittlung von Präventionsangeboten der SVLFG exploriert werden. Der Interviewleitfaden basierte auf dem Theoretical Domains Frameworks (TDF) [7], [8], welches als theoretisches Rahmenmodell an unterschiedlichen Dimensionen für Verhaltensänderung ansetzt und dazu dient, Einflussfaktoren auf Verhaltensänderung zu identifizieren. Basierend auf verschiedenen psychologischen Theorien im Bereich Motivation, Handlung und Organisation adressiert das TDF vierzehn Domänen, welche Änderungen des Verhaltens erklären können. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht dieser 14 Domänen [8]. Inhaltlich wurden die Teilnehmenden des Außendienstes ebenso zu Ansprachemöglichkeiten bzw. Einstiegshilfen beim Thema psychische Belastung in Gesprächen mit den Versicherten befragt.

Die Abschlussphase beinhaltete eine Zeitreise, bei der sich die Teilnehmenden vorstellen sollten, dass fünf Jahre vergangen seien und überlegen sollten, wie sich die Gesundheitsangebote und die Rolle des Außendienstes in der Zwischenzeit entwickelt haben könnten. Darüber hinaus wurden mögliche Erfolgsfaktoren bei

der Vermittlung von Präventionsangeboten diskutiert und Optimierungsvorschläge eingeholt. Für die Zweiterhebung nach 1,5 Jahren wurde der Interviewleitfaden gekürzt und verstärkt an die laufende Tätigkeit bei der Beratung zu den internet- und tele-gestützten Präventionsangeboten angepasst.

Tabelle 1: Theorie-Basis des Interviewleitfadens – TDF-Domäne nach Cane et al. [8]

14-TDF-Domäne	Beispielitems aus dem Fokusgruppen-Leitfaden
(1) Wissen	Was müssen Sie alles wissen, um dazu beizutragen, dass die neuen Präventionsangebote von den Landwirten in Anspruch genommen werden?
(2) Fertigkeiten und Kompetenzen	Welche Fertigkeiten und Kompetenzen brauchen Sie als Außendienstmitarbeitender, um über die Präventionsangebote zu informieren?
(3) Rolle	Inwiefern ist das Informieren oder Anbieten von Präventionsmaßnahmen inkompatibel oder steht im Konflikt mit ihren beruflichen Aufgaben oder Ihrer Identität als Außendienstmitarbeitender?
(4) Selbstwirksamkeit	Wie schwierig oder einfach wird es für Sie sein, Ihre Versicherten über die Präventionsangebote zu informieren und Sie auf psychische Belastungen anzusprechen?
(5) Optimismus	Wie zuversichtlich sind Sie auf Basis Ihrer Berufserfahrung, dass diese Präventionsangebote bestmöglich von den Mitgliedern angenommen werden? Glauben Sie, dass Landwirte zur Teilnahme gewillt sind?
(6) Überzeugungen über Konsequenzen	Was sind Ihrer Einschätzung nach die Vorteile und Chancen, wenn Sie diese Leistungsangebote ab sofort vermitteln können? ... Was sind die Nachteile und Risiken?
(7) Verstärkung	Wenn Sie nun an das Verhältnis von Aufwand und Nutzen denken: In welchem Umfang rechtfertigt der Nutzen des Präventionsangebotes, dass Sie darüber informieren und die Mitglieder an das Angebot vermitteln?
(8) Intention/ Motivation	Wie stark ist Ihr Bedarf als Außendienstmitarbeiter, über solche Präventionsmaßnahmen zu informieren oder diese anzubieten?
(9) Ziele	Wie stehen Sie zu dem Ziel, solch eine Präventionsmaßnahme für die Versicherten der SVLFG zu implementieren, so dass Sie diese zukünftig immer empfehlen könnten?
(10) Aufmerksamkeit/ Entscheidungsprozesse	Was würde Ihnen als Außendienstmitarbeiter helfen, von alleine über die Präventionsmaßnahmen zu informieren oder diese bei Bedarf anzubieten?
(11) Ressourcen und Umweltfaktoren	Was könnte Ihre Tätigkeit und die administrative Arbeit so vereinfachen, dass es Ihnen leicht fallen würde, über Präventionsangebote zu informieren oder diese anzubieten? Welche äußeren Faktoren könnten Sie davon abhalten?
(12) Sozialer Einfluss	Wenn Kollegen oder ihr privates Umfeld mitbekommen, dass Sie Präventionsangebote für psychische Belastungen anbieten, welche Reaktionen erwarten Sie? ... Welche Reaktionen seitens der Landwirte und den mitarbeitenden Angehörigen erwarten Sie?
(13) Positive Emotionen	Wenn Sie an das Anbieten von Präventionsmaßnahmen denken, treten dabei angenehme oder unangenehme Gefühle auf? ... Welche?
(14) Verhaltensregulation	Welche Prozeduren oder Arbeitsroutinen würden in Ihren Augen gut funktionieren, damit Sie während Ihrer Tätigkeit standardmäßig Präventionsangebote anbieten?

3.3 Rekrutierung und Durchführung

Alle Pilot-Außendienstmitarbeitende, welche im Sommer 2017 an den Kommunikationsschulungen zu den geplanten Neueinführungen von internet- und telefongestützten Präventionsangeboten teilgenommen haben, konnten an den Fokusgruppen teilnehmen. Bei der Zusammensetzung der FG wurde darauf geachtet, dass Mitarbeitende aus denselben Bundesländern (Bayern vs. Schleswig-Holstein/ Mecklenburg-Vorpommern/ Niedersachsen/ Hamburg) bzw. mit einer ähnlichen Position (Mitarbeitende vs. Führungskraft) in derselben FG waren (homogene Gruppenbildung). Insgesamt wurden 18 FG mit 86 Außendienstmitarbeitenden durchgeführt und von Mitarbeitenden des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie der FAU sowie der SVLFG moderiert. Die Datenerhebung wurde in zwei Erhebungsphasen durchgeführt: eine Ersterhebung während der Kommunikationsschulungen in Präsenz (Mai bis August 2017) sowie eine Zweiterhebung per Telefonkonferenz (November 2018 bis Februar 2019), um die Barrieren und Förderfaktoren nach einem Jahr Routine-Erfahrung der Außendienstmitarbeitenden zu evaluieren. Die Gruppengröße der FG variierte zwischen vier und acht Personen in der Ersterhebung ($M=6.00$; $SD=1.18$) sowie zwischen einer und fünf Personen in der Zweiterhebung ($M=2.86$; $SD=1.25$). Die geringere Gruppengröße während der

Zweiterhebung stand mit Rekrutierungsschwierigkeiten im Zusammenhang. Die Dauer der Fokusgruppen in der Ersterhebung variierte zwischen 105 und 154 Minuten ($M=131$; $SD=15$). Die durchschnittliche Interviewdauer der Zweiterhebung war mit 53 Minuten deutlich geringer als die Interviewdauer der Ersterhebung. Dies ist auf die Kürzung des Interviewleitfadens sowie auf die geringere Teilnehmendenzahl zurückzuführen. Es gab trotz mehrfacher Erinnerungsaktionen per E-Mail Schwierigkeiten, alle Teilnehmenden der Ersterhebung wieder terminlich für die Zweiterhebung zu rekrutieren. Zeitpunkt, Dauer, Anzahl und Bundesland der teilnehmenden Mitarbeitenden aus dem Außendienst sind in den Tabellen 2 und 3 dargestellt.

3.4 Stichprobenbeschreibung

Die folgende Stichprobenbeschreibung basiert auf 17 FG mit insgesamt 85 Außendienstmitarbeitenden der Erst- und Zweiterhebungswellen. Aufgrund von technischen Schwierigkeiten während der Telefonkonferenz konnten die Daten aus der vierten FG der Zweiterhebung nicht in die qualitative Studie einfließen. Insgesamt haben 66 Außendienstmitarbeitende an der Ersterhebung und 19 an der Zweiterhebung teilgenommen. In beiden Erhebungen zeigte sich ein ungleiches Geschlechterverhältnis mit 86.4 % männlichen und

Tabelle 2. Übersicht über die Ersterhebung der Fokusgruppen (Sommer 2017)

Fokusgruppe	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11
Erhebungszeitraum	Mai 2017				Juni 2017				August 2017		
Dauer in Minuten	15	15	13	12	13	10	14	13	12	12	11
	4	0	3	6	5	5	6	4	5	4	2
N Anzahl Teilnehmende	5	6	5	7	4	8	7	7	6	5	6
Bundesland	BY	BY	SH	MV	MV	BY	BY	BY	BY	BY	BY
		SH		NS	SH					SH	

Anmerkung: BY = Bayern; MV = Mecklenburg-Vorpommern; NS = Niedersachsen; SH = Schleswig-Holstein. In einigen Fokusgruppen waren Teilnehmende von zwei Bundesländern gemischt (A2, A4, A5, A10).

Tabelle 3. Übersicht über die Zweiterhebung der Fokusgruppen (Winter 2018/2019)

Fokusgruppe	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11
Erhebungszeitraum	Mai 2017				Juni 2017				August 2017		
Dauer in Minuten	15	15	13	12	13	10	14	13	12	12	11
N Anzahl Teilnehmende	5	6	5	7	4	8	7	7	6	5	6
Bundesland	BY	BY	SH	MV	MV	BY	BY	BY	BY	BY	BY

Anmerkung: BY = Bayern; SH = Schleswig-Holstein

13.6 % weiblichen Personen in der Ersterhebung bzw. 73.7 % männlichen und 26.3 % weiblichen Personen in der Zweiterhebung. Dies repräsentiert das allgemeine Geschlechterverhältnis dieser Berufsgruppen bei der SVLFG. Insgesamt 54 Personen gaben zur Beschäftigungsdauer an, dass sie durchschnittlich seit 18 Jahren ($SD=8$) bei der SVLFG angestellt seien.

3.5 Datenauswertung der Erst- und Zweiterhebung

Die FG der Erst- und Zweiterhebung wurden mittels Audioaufnahmen auf Basis eines festgelegten Regelsystems wörtlich verschriftlicht (Transkription). Das verschriftlichte Material wurde anschließend anhand eines systematischen und theorie-geleiteten Vorgehens, der qualitativen Inhaltsanalyse [9] ausgewertet. Bei der Auswertung wurden lediglich die Fragen berücksichtigt, die in beiden Versionen des Leitfadens und damit sowohl in der Erst- als auch in der Zweiterhebung vorkamen. Die Auswertung erfolgte im Sinne eines induktiven Vorgehens, d.h. es wurden zuerst alle Aussagen identifiziert und schließlich das Textmaterial in einzelnen Schritten systematisch zusammengefasst (d. h. Paraphrasieren bzw. Umschreiben sowie anschließend Generalisieren und Bündeln inhaltsrelevanter Textstellen). Im Laufe des standardisierten Auswertungsprozesses wurde ein Kategoriensystem entwickelt bestehend aus verschiedenen identifizierten Themen und Einflussfaktoren bei der Beratung und Vermittlung der Gesundheitsangebote. Zunächst erfolgte die Entwicklung eines vorläufigen Kategoriensystems auf Basis von 50 % des Materials, das in verschiedenen Qualitätszirkeln (Diskussionsrunden aus wissenschaftlichen Mitarbeitenden und Studierenden) weiterentwickelt wurde. Zeitgleich wurde ein Kodierleitfaden erstellt, d.h. ein Regelsystem, in dem ein einheitliches Vorgehen für die Auswahl inhaltsrelevanter Textstellen festgehalten wird. Zwei Studierende bearbeiteten jeweils das gesamte Textmaterial unabhängig voneinander und ordneten die ausgewählten Textstellen den Kategorien des gemeinsam entwickelten Kategoriensystems zu. Im Anschluss an den finalen, unabhängigen Durchgang wurde die Interraterreliabilität als methodisches Maß für die Übereinstimmung der beiden Kodierenden berechnet. Dabei konnte ein zufallskorrigierter Koeffizient Kappa von 0.76 erreicht werden, welcher eine ausreichende Übereinstimmungsrate zwischen den beiden Ratern nahelegt.

4 Ergebnisse

4.1 Fokusgruppen-Ergebnisse der qualitativen Erst- und Zweiterhebung

Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse basieren auf 17 analysierten Fokusgruppen [1]. Dabei konnten 25 Barrieren und 22 Förderfaktoren bei der Vermittlung von internet- und tele-gestützten Präventionsangeboten identifiziert werden. Die ermittelten Barrieren und Förderfaktoren wurden den übergeordneten Ebenen Außendienstmitarbeitende, Versicherte und Präventionsangebot zugeordnet. In Tabelle 4 ist ein Überblick zu den identifizierten Barrieren und Förderfaktoren sowie deren Verteilung über die jeweiligen Ebenen abgebildet. Im Folgenden werden zunächst die identifizierten Barrieren und dann die Förderfaktoren für jede der Hauptkategorien beschrieben. Dabei werden die Nennungshäufigkeiten auf FG-Ebene (absolut und prozentual) und Code-Ebene (absolut) berichtet. Die Nennungshäufigkeit N auf Ebene der FG beschreibt, in wie vielen FG eine Barriere bzw. ein Förderfaktor genannt wurde. Die Nennungshäufigkeit K auf Code-Ebene beschreibt, wie häufig eine Barriere bzw. ein Förderfaktor insgesamt über alle Fokusgruppen hinweg genannt wurde (d. h. mehrmalige Nennungen innerhalb einer Fokusgruppe werden gezählt). Jede Kategorie, die eine Nennungshäufigkeit von ≥ 60 % auf der Ebene der FG aufweist, wird mit Hilfe eines Zitates (mündliche Aussage) aus einer der FG im Fließtext genauer beschrieben.

Tabelle 4. Übersicht der identifizierten Barrieren und Förderfaktoren

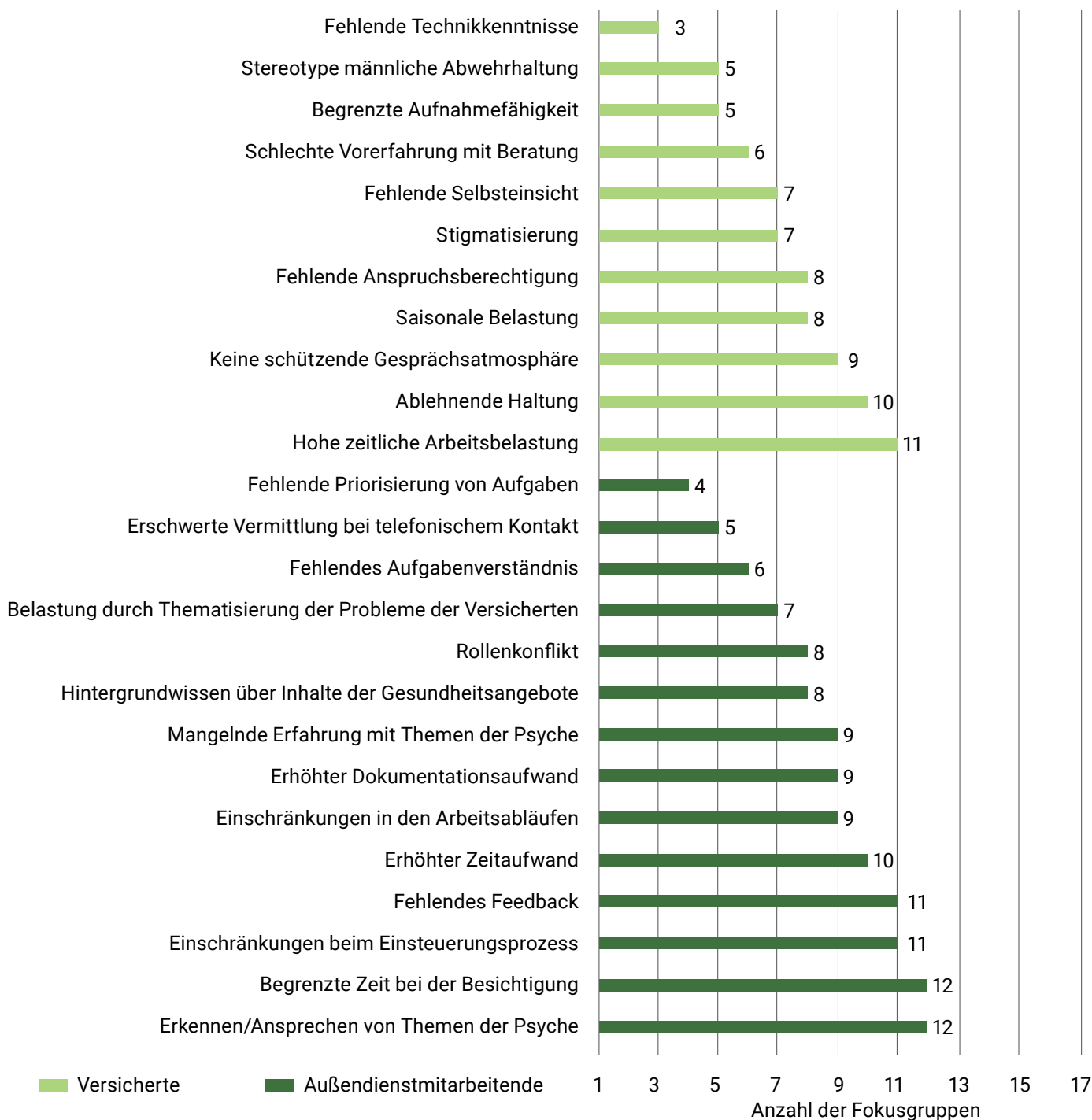
Hauptkategorien	Barrieren	Förderfaktoren
Außendienstmitarbeitende	14	8
Versicherte	11	6
Präventionsangebot	0	8
Gesamt	25	22

4.1.1 Barrieren

Insgesamt konnten 25 Barrieren bei der Beratung und Vermittlung von internet- und tele- gestützten

Präventionsangeboten identifiziert werden, die sich den Ebenen *Außendienstmitarbeitende* und *Versicherte* zuordnen lassen. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die verschiedenen identifizierten Barrieren.

Abbildung 1: Identifizierte Barrieren bei der Beratung und Vermittlung von internet- und tele-gestützten Präventionsangeboten auf Ebene der Versicherten und der Außendienstmitarbeitenden mit Nennungshäufigkeiten in den Fokusgruppen (N=17)



Anmerkung: Darstellung der identifizierten Barrieren jeweils auf Ebene der Versicherten und Außendienstmitarbeitenden in den 17 Fokusgruppen.

Außendienstmitarbeitende

Auf der Ebene der *Außendienstmitarbeitenden* konnten 14 Barrieren identifiziert werden (siehe Abbildung 1). Am häufigsten wurde die Kategorie *Schwierigkeiten beim Erkennen/Ansprechen von Themen der Psyche* identifiziert, welche in 70.6 % der FG genannt wurde ($N=12$; $K=29$), d. h. diese Barriere wurde in 12 FG genannt und insgesamt über diese 12 FG hinweg 29-mal wiederholt. Die Kategorie bezieht sich in ihrer Definition auf die selbstberichteten Hemmungen der Außendienstmitarbeitenden, sensible Themen im Bereich Psyche bei den Versicherten während des Außendienstgeschäfts anzusprechen (z. B. seelische Belastungen oder Alkoholkonsum). Dies äußert sich unter anderem auch in Aussagen von Außendienstmitarbeitenden, die von Problemen bei der Bedarfsabklärung von Präventionsangeboten berichten:

„Ich sehe es eigentlich auch ähnlich, also die klassischen Gesundheitsangebote mal zu erwähnen, [...] ist relativ unproblematisch, aber alles was eben mit psychischen Dingen zu tun hat [...] da ist das schon ein bisschen diffiziler, um das so rüberzubringen, dass der Andere sich nicht irgendwie angegriffen fühlt.“ (1/FG11, B64)

Von hoher Relevanz zeigte sich weiterhin die Kategorie *Begrenzte Zeit* bei der Besichtigung, welche in 70.6 % der FG erwähnt ($N=12$; $K=32$) wurde und die Schwierigkeit der Außendienstmitarbeitenden beschreibt, alle relevanten Themen zu Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung in einer meist einstündigen Betriebsbesichtigung zu adressieren.

Die Kategorie *Einschränkungen beim Einstierungsprozess* umfasst alle Schwierigkeiten und Unklarheiten beim Ablauf der Beratung und Vermittlung – vom Anbieten der Präventionsangebote im Außendienst über die Weitervermittlung durch das Telezentrum bis hin zur Inanspruchnahme des Angebots durch die Versicherten. Limitierende Einstierungsbedingungen wurden 38-mal in elf FG (64.7 %) erwähnt ($N=11$; $K=38$). Folgende Aussage gibt ein Beispiel für mögliche Einschränkungen im Einstierungsprozess: *„Ja, dass wir dann auch aktuell sagen können: ‘Okay, dort sind noch Termine frei. Ruf dort an.’ Weil, da ist ja immer noch dieses Hickhack nach dem Motto ‘Ich möchte ja gern, aber ich weiß nicht wann.’ So, und wenn wir etwas Tagesaktuelles im Angebot haben, dann können wir auch sagen ‘Butter bei die Fische’.“* (1/FG5, B30).

Als hinderlich wurde von der Mehrheit das Ausbleiben einer Rückmeldung an den Außendienst benannt, ob eine Vermittlung an ein Präventionsangebot im Versichertenfall erfolgreich verlaufen sei. Die Kategorie *fehlendes Feedback* wurde 64.7 % der FG anhand von

31 Einzelaussagen als hinderlicher Vermittlungsfaktor eingestuft ($N=11$; $K=31$).

Versicherte

Auf der Ebene *Versicherte* konnten elf Barrieren identifiziert werden (siehe Abbildung 1). In Bezug auf die Versicherten wurde die hohe zeitliche Arbeitsbelastung der Personen in den grünen Berufen als der häufigste hinderliche Faktor für die Vermittlung und Beratung genannt. Den Versicherten fehle aufgrund ihres hohen Arbeitspensums oft die Zeit, um Präventionsangebote in Anspruch zu nehmen. Die *hohe zeitliche Arbeitsbelastung* wurde in elf FG (64.7 %) als Barriere beschrieben ($N=11$; $K=19$).

4.1.2 Förderfaktoren

Insgesamt konnten 22 Förderfaktoren bei der Vermittlung von internet- und tele-gestützten Präventionsangeboten im Außendienst identifiziert werden, die sich den Hauptkategorien *Außendienstmitarbeitende*, *Versicherte* und *Präventionsangebot* zuordnen lassen (Abbildung 2).

Außendienstmitarbeitende

Auf der Ebene *Außendienstmitarbeitende* konnten acht Förderfaktoren identifiziert werden, welche Abbildung 2 entnommen werden können. Die häufigste Kategorie *wahrgenommene eigene Kompetenz* wurde in 15 FG (88.2 %) genannt ($N=15$; $K=69$). Diese Kategorie beinhaltet alle Fähigkeiten und Kompetenzen der Außendienstmitarbeitenden, die sich förderlich auf die Vermittlung der Präventionsangebote auswirken. Dazu gehören Gesprächsführung, Feinfühligkeit und Menschenkenntnis bis hin zu einem geeigneten Gesprächseinstieg. Des Weiteren fallen Aussagen in diese Kategorie, die das landwirtschaftliche Hintergrundwissen der Außendienstmitarbeitenden als Förderfaktor für die Vermittlung der SVLFG-Angebote beschreiben. Durch folgendes Zitat wird die Bedeutung dieser Kategorie sehr gut beschrieben:

„Naja gut, das ist wie bei allen Beratungsgesprächen, man muss einerseits mal eine gemeinsame Gesprächsebene finden. Und da würde ich mir jetzt einbilden, dass wir als Außendienstmitarbeiter schon eine gewisse Erfahrung haben und das schaffen können.“ (2/FG5, C13).

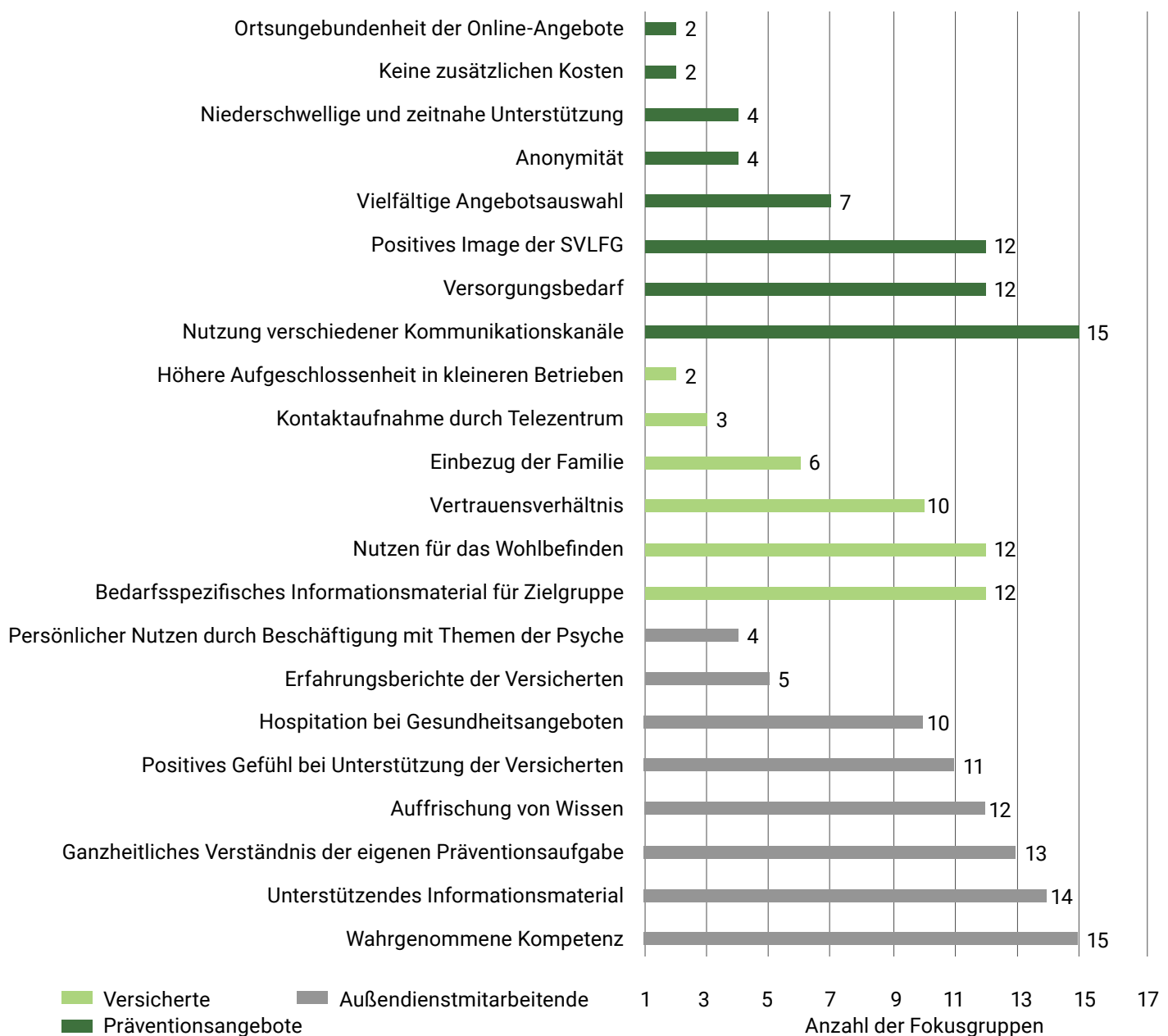
Die Kategorie *unterstützendes Informationsmaterial* wurde in 14 FG (82.4 %) genannt ($N=14$; $K=38$). Diese Kategorie beschreibt, wie Informationsmaterial gestaltet und aufgebaut sein sollte, um die Außendienstmitarbeitenden in ihrer Vermittlertätigkeit zu unterstützen. Vorschläge waren beispielsweise eine Übersicht aller

von der SVLFG angebotenen Präventionsangebote auf einem Flyer oder Informationsmaterial, das sich leicht an die Bedürfnisse der jeweiligen Versicherten anpassen lässt.

Die Kategorie *ganzheitliches Verständnis der eigenen Präventionsaufgabe* wurde in 13 FG (76.5 %) genannt ($N=13$; $K=29$). Das Verständnis der Außendienstmitarbeitenden über den Zusammenhang zwischen Körper

und Psyche, zwischen Arbeitsunfall und psychischer Gesundheit, wirkt sich förderlich auf die Vermittlung der Präventionsangebote aus. Diese Kategorie beschreibt das Bewusstsein der Außendienstmitarbeitenden darüber, dass sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit ihrer Versicherten in ihren Zuständigkeitsbereich während ihrer Arbeitstätigkeit fallen. Folgendes Zitat beschreibt die ganzheitliche Präventionsaufgabe eines Mitarbeiters:

Abbildung 2: Identifizierte Förderfaktoren für internet- und tele-basierte Präventionsangebote auf Ebene der Präventionsangebote, Versicherte und Außendienstmitarbeitende mit Nennungshäufigkeiten in den Fokusgruppen ($N=17$)



Anmerkung: Darstellung der identifizierten Förderfaktoren jeweils auf Ebene des Präventionsangebotes, der Versicherten und der Außendienstmitarbeitenden in den Fokusgruppen.

„Unsere oberste Aufgabe ist die Prävention. Und wir müssen versuchen, dass wir im Vorfeld Erkrankungen, Gesundheitsschäden oder eben auch Unfälle verhindern. Und wie gesagt, alles, was ich präventiv machen kann, das hat für meine Begriffe oberste Priorität [...]“ (2/FG1, C1).

Die Kategorie *Auffrischung von Wissen* wurde in zwölf FG (70.6 %) genannt (N=12; K=17). Da sich immer wieder Änderungen bzw. Neuerungen bezüglich der Präventionsangebote der SVLFG ergeben, erweise sich eine Auffrischung von Wissen in Form von regelmäßigen Schulungen und Informationen zu anstehenden Änderungen bei den Gesundheitsangeboten als hilfreich für die Vermittlung der Präventionsangebote.

Außendienstmitarbeitende beschrieben zudem bei der Unterstützung der Versicherten ein positives Gefühl, wie z. B. Freude. Das Gefühl, den Versicherten mit Präventionsangeboten etwas Gutes tun zu können, würde sich förderlich auf ihre Vermittlungstätigkeit auswirken. Die Unterkategorie *positives Gefühl bei der Unterstützung der Versicherten* wurde in elf FG (64.7 %) erwähnt (N=11; K=34).

Versicherte

Auf der Ebene *Versicherte* konnten sechs Förderfaktoren identifiziert werden, welche Abbildung 2 entnommen werden können. Die Kategorie *Nutzen für das Wohlbefinden* wurde mit 38 Aussagen verteilt in zwölf FG (70.6 %) am häufigsten erwähnt (N=12; K=38). Die Befragten gaben an, dass die Inanspruchnahme der internet- und telebasierten Präventionsangebote großes Potenzial für die Lebensqualität und Betriebsentwicklung der Versicherten biete.

Die Kategorie *bedarfsspezifisches Informationsmaterial für Zielgruppe der Versicherten* wurde ebenfalls in zwölf FG (70.6 %) erwähnt (N=12; K=34). In dieser Kategorie gaben die Außendienstmitarbeitenden an, dass sich eine an die Bedürfnisse der Versicherten angepasste Gestaltung der Informationsmaterialien förderlich auf die Vermittlung bzw. Annahme der Präventionsangebote auswirken könnte.

Präventionsangebote

Auf der Ebene *Präventionsangebote* konnten acht Förderfaktoren identifiziert werden (siehe Abbildung 2). Die Kategorie *Nutzung verschiedener Kommunikationskanäle* wurde am häufigsten genannt. Sie wurde in 15 FG (88.2 %) erwähnt (N=15; K=53). Diese Kategorie beinhaltet die Verwendung verschiedener Kommunikationskanäle zur Verbreitung der Präventionsangebote. Die SVLFG-Präventionsangebote könnten mittels Fachverbänden, Öffentlichkeitsarbeit

über Radio und Presse, Mundpropaganda der Versicherten sowie über die SVLFG in Form von Flyern, Vorträgen etc. angepriesen werden. Die Nutzung verschiedener Kommunikationskanäle wirkt sich laut Befragten nicht nur förderlich auf die Bekanntmachung der Präventionsangebote aus, sondern gehe auch mit einer Sensibilisierung für Themen der Psyche einher.

Die Kategorie *Versorgungsbedarf* wurde in zwölf FG (70.6 %) erwähnt (N=12; K=34). Die Außendienstmitarbeitenden gaben an, dass die Vermittlung der internet- und telebasierten Präventionsangebote erleichtert werde, wenn dafür bei den Versicherten ein Bedarf bestehe und gesehen werde. Die Kategorie *Versorgungsbedarf* umfasst demnach das Bewusstsein der Außendienstmitarbeitenden um die Relevanz der Prävention bei Menschen in den grünen Berufen.

„Den Bedarf, den stelle ich auch fest, (unv.) und der Bedarf, meine ich, ist in den letzten Jahren auch gestiegen. Das ist meine persönliche Einschätzung. Und insofern ist der Bedarf da und ich bin da auch positiv dem gegenüber eingestellt, dass wir so was anbieten.“ (1/FG10, B61).

Ein *Positives Image der SVLFG* stellt die am dritthäufigsten genannte Kategorie dar. Sie wurde in zwölf FG (70.6 %) anhand von 28 Aussagen erwähnt (N=12; K=28). Diese Kategorie umfasst die Relevanz aller Aspekte, die zu einem positiven Bild der SVLFG führen; sei es über die Vorreiterposition in puncto Angebot psychosozialer Präventionsangebote oder über die Zukunftsorientierung der SVLFG.

Das folgende Zitat verdeutlicht, wie ein positives Image der SVLFG erlangt werden kann: *„Und wenn wir da als Sozialversicherung darauf reagieren und da präventiv Angebote anbieten, dann ist das eine tolle Geschichte. Und das ist für unser Image auch eine tolle Sache.“ (2/FG1, C1).*

4.2 Validierungsbefragung der qualitativen Ergebnisse

Von Februar bis April 2020 wurde eine Validierungsbefragung durchgeführt, um die Gültigkeit der wissenschaftlich identifizierten Barrieren und Förderfaktoren aus Sicht aller Teilnehmenden der FG nochmals zu verifizieren. Hierzu wurden alle Personen eingeladen, die an der Erst- und/oder Zweiterhebung teilgenommen haben, die wissenschaftlich qualitativ identifizierten Barrieren und Förderfaktoren in der Vermittlung der internet- und telebasierten Gesundheitsangebote im Rahmen einer Online-Befragung zu bewerten (Zustimmung vs. Ablehnung), um somit die qualitativ erhobenen Merkmale durch eine quantitative Befragung zu validieren.

Bei der Erstellung der Validierungsbefragung wurden Kategorien aufgrund deren spezifischer Relevanz in Abstimmung mit der SVLFG in zwei separate Kategorien unterteilt, um einzelne Aspekte mit Bezug auf den Implementierungskontext differenzierter betrachten zu können, und weichen daher in der Anzahl und Benennung etwas von den vorher beschriebenen induktiven Kategorien ab.

4.2.1 Charakteristiken der Validierungsstichprobe

Insgesamt nahmen 44 der 64 (69 %) eingeladenen Außendienstmitarbeitenden an der Online-Befragung teil. Die Stichprobe bestand aus 38 männlichen (86 %) und 6 weiblichen (14 %) Teilnehmenden mit einem Altersdurchschnitt von 50.52 Jahren ($SD=8.10$). Die Befragten gaben im Durchschnitt 20 Berufsjahre ($SD=8.84$) bei der SVLFG an. Die Beratungserfahrung im Projekt „Mit uns im Gleichgewicht“ betrug durchschnittlich 17.6 Monate ($SD=7.75$). 34 der befragten Pilot-Außendienstmitarbeitenden waren Teilnehmende der Ersterhebung (77 %), 19 der Zweiterhebung (43 %). Die Mehrheit der Teilnehmenden war in Bayern ($N=34$), neun Personen in Schleswig-Holstein und eine Person in Niedersachsen tätig. Als Tätigkeit wählten die meisten teilnehmenden Aufsichtsperson aus ($n=41$), vereinzelt wurde auch Berufshelferinnen und Berufshelfer ($n=1$), Reha-Manager ($n=1$) sowie Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ($n=2$) genannt.

4.2.2 Barrieren

Außendienstmitarbeitende

In Abbildung 3 sind die Zustimmungsraten der Validierungsbefragung in Bezug auf die identifizierten Barrieren auf Ebene des Außendienstes dargestellt. Die häufigsten Zustimmungen (> 80 %) durch die Teilnehmenden erhielten die Barrieren „Erhöhter zeitlicher Aufwand durch zusätzliche Aufgabe“ (95 %), „Begrenzte Zeit bei der Besichtigung“ (91 %), „Zeitlicher Aufwand durch Aneignung neuen Wissens“ (84 %), und „Erhöhter Dokumentationsaufwand“ (80 %).

Versicherte

Die Zustimmungsraten der Validierungsbefragung zu den identifizierten Barrieren auf Ebene der Versicherten zeigt Abbildung 3. Die größten Zustimmungsraten (> 80 %) erhielten die Kategorien „Viele Informationen bei Betriebsbesichtigungen“ (98 %), „Begrenzte Aufnahmefähigkeit“ (93 %), „Saisonale Belastung“ (93 %), „Hohe zeitliche Arbeitsbelastung“ (91 %), „Gesprächsatmosphäre abhängig vom Ort“ (89 %),

„Selbsteinsicht fehlt“ (82 %) und „Anspruchsberechtigung fehlt“ (82 %).

4.2.3 Förderfaktoren

Außendienstmitarbeitende

Die Zustimmungsraten der Validierungsbefragung zu Förderfaktoren auf Ebene des Außendienstes sind in Abbildung 4 dargestellt. Die qualitativ ermittelten Förderfaktoren erhielten durchgehend eine sehr hohe Zustimmungsraten von den 44 Befragten Außendienstmitarbeitenden. Folgende Kategorien erhielten die häufigste Zustimmung (> 80 %): „Aktuelle Informationen“ (100 %), „Erfahrungsberichte von Versicherten“ (98 %), „Unterstützendes Informationsmaterial“ (98 %), „Zusammenhang zw. Stress und Unfällen“ (95 %), „Ganzheitliches Verständnis von Prävention“ (95 %), „Positives Gefühl beim Beraten“ (95 %), „Auffrischung von Wissen“ (93 %), „Wahrgenommene eigene Kompetenz“ (91 %), „Teilnahme an Gesundheitsangeboten“ (91 %), „Persönlicher Nutzen“ (86 %), „Kenntnisse über Gesprächseinstiege“ (84 %) und „Freude bei der Beratung“ (82 %).

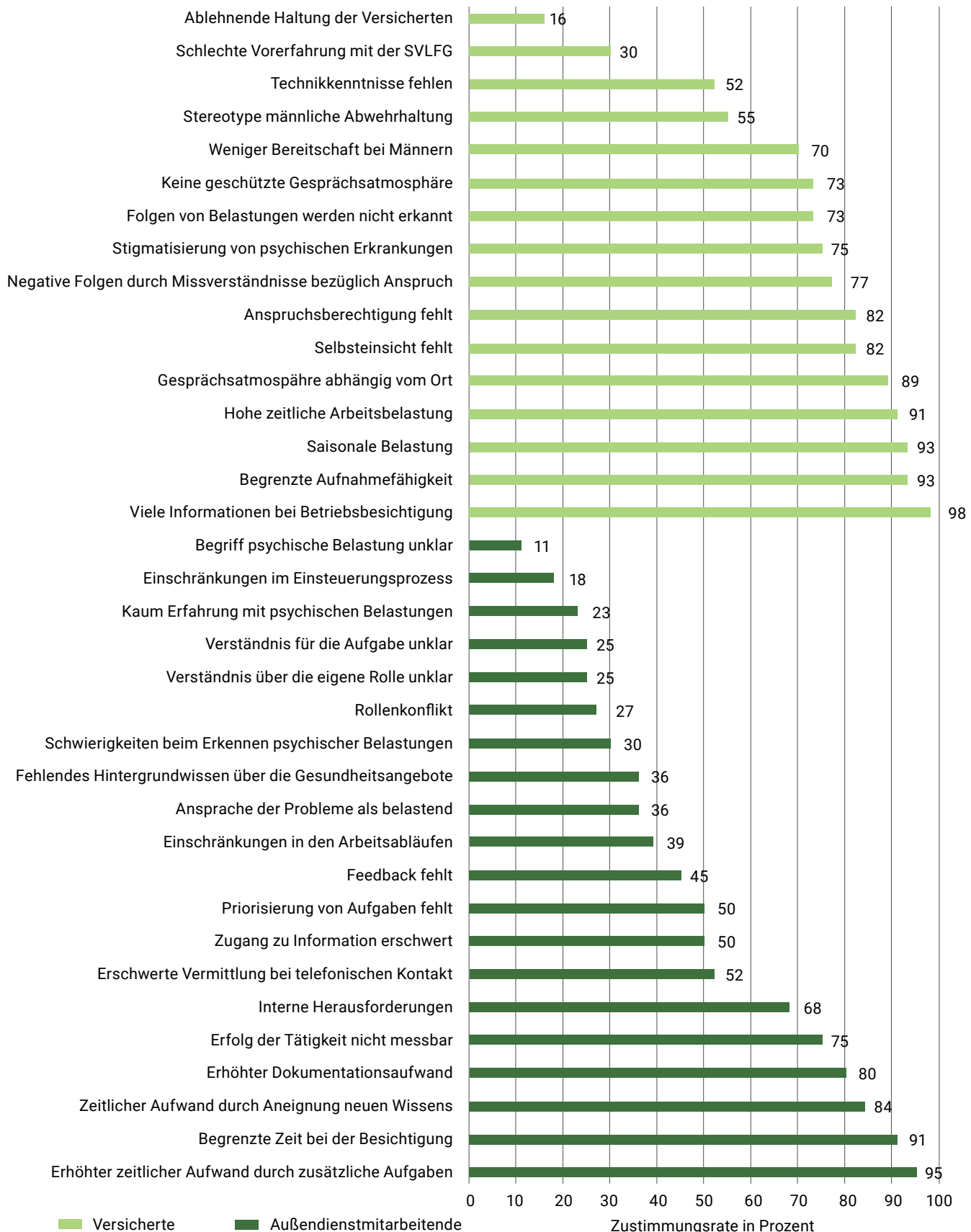
Versicherte

Auf Ebene der Versicherten zeigten sich in der Validierungsbefragung sehr hohe Zustimmungsraten bezüglich der Förderfaktoren (vgl. Abbildung 4). Die häufigste Zustimmung (> 80 %) erfolgte in folgenden Förderfaktoren-Kategorien: „Nutzen für das Wohlbefinden“ (98 %), „Vertrauensverhältnis“ (89 %), „Kontaktaufnahme durch das Telezentrum“ (89 %) und „Bedarfsspezifisches Informationsmaterial“ (86 %).

Präventionsangebot

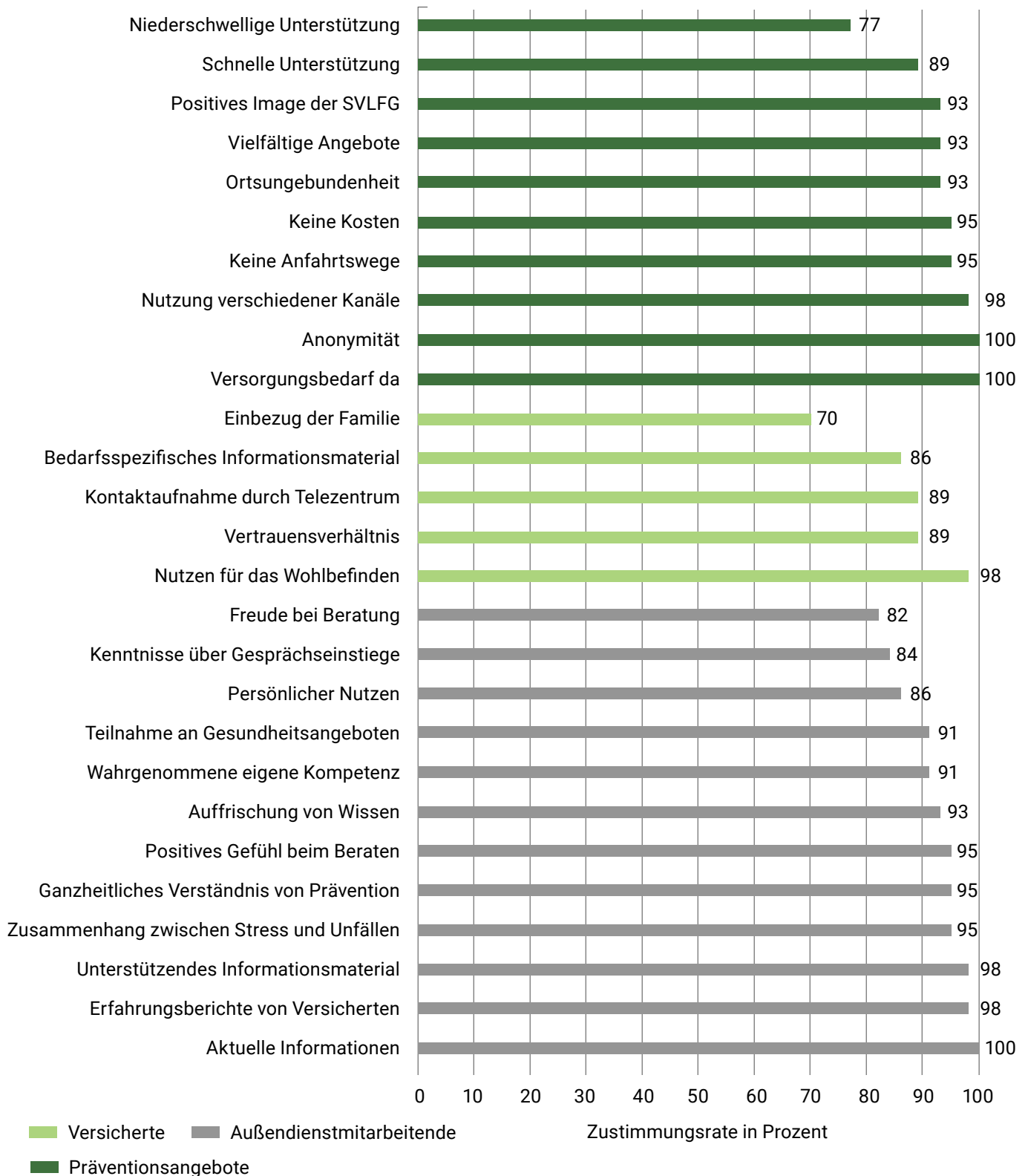
Abbildung 4 zeigt für die Validierungsbefragung durchgehend hohe Zustimmungsraten zu den Förderfaktoren auf Ebene des Präventionsangebotes. Hier waren die häufigsten Kategorien (Zustimmung > 80 %) „Versorgungsbedarf vorhanden“ (100 %), „Anonymität“ (100 %), „Nutzung verschiedener Kanäle“ (98 %), „Keine Anfahrtswege“ (95 %), „Keine Kosten“ (95 %), „Ortsungebundenheit“ (93 %), „Vielfältige Angebote“ (93 %), „positives Image der SVLFG“ (93 %) und „schnelle Unterstützung“ (89 %).

Abbildung 3: Validierungsbefragung mit Zustimmungsraten in % zu identifizierten Barrieren bei der Vermittlung zu internet- und tele-gestützten Präventionsangeboten auf Ebene des Außendienstes und der Versicherten (Teilnehmende N=44)



Anmerkung: Dargestellt sind die Zustimmungsraten der identifizierten Barrieren in Prozent jeweils auf Ebene der Versicherten und der Außendienstmitarbeitenden.

Abbildung 4: Validierungsbefragung mit Zustimmungsraten in % zu identifizierten Förderfaktoren bei der Vermittlung zu internet- und telegestützten Präventionsangeboten auf Ebene des Außendienstes, der Versicherten und der Präventionsangebote (N=44)



Anmerkung: Dargestellt sind die Zustimmungsraten zu den Förderfaktoren auf Ebene des Außendienstes, der Versicherten und des Präventionsangebots in Prozent.

5 Zusammenfassung und Diskussion

Insgesamt konnten mithilfe von 17 Fokusgruppen 25 Barrieren und 22 Förderfaktoren bei der Beratung und Vermittlung der Gesundheitsangebote identifiziert werden, aus denen Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Implementierung von internet- und tele-gestützten Präventionsangeboten abgeleitet werden können. Die am häufigsten genannten Barrieren waren begrenzte Zeit bei der Besichtigung der Betriebe und Schwierigkeiten beim Erkennen/Ansprechen von Themen der Psyche auf Ebene des Außendienstes. Bei den Versicherten stellte sich eine hohe zeitliche Arbeitsbelastung als häufigste Barriere heraus. Die eigene wahrgenommene Kompetenz auf Ebene des Außendienstes und die Nutzung verschiedener Kommunikationskanäle bei den Präventionsangeboten wurden innerhalb der FG am häufigsten als förderlich genannt. Bei den Versicherten stellte der Nutzen für das Wohlbefinden aus Sicht des Außendienstes die wichtigste Kategorie dar.

In den FG wurde eine nahezu gleiche Anzahl an Barrieren und Förderfaktoren für den Vermittlungsprozess identifiziert. Dies lässt zum einen darauf schließen, dass einige Hindernisse bei der Vermittlung von internet- und tele-gestützten Präventionsangeboten für die Versicherten der SVLFG, insbesondere auf Ebene des Außendienstes und der Versicherten, vorhanden sind. Zum anderen lässt die Anzahl der Förderfaktoren darauf schließen, dass aus Sicht der Außendienstmitarbeitenden ein Bedarf bzw. Nutzen der Präventionsangebote für die Versicherten wahrgenommen wird und viele förderliche Faktoren für die Implementierung genutzt werden können.

Die meisten Barrieren wurden auf der Ebene des Außendienstes selbst genannt. Die Außendienstmitarbeitenden nahmen hier u.a. eine begrenzte Zeit bei der Betriebsbesichtigung als Barriere für die Vermittlung der Präventionsangebote wahr. Des Weiteren konnten viele Barrieren identifiziert werden, die sich auf organisationale Aspekte, wie z.B. Einschränkungen im Einstellungsprozess (z.B. erschwelter Zugang zu Informationen, interne Umstrukturierungen) oder fehlende Rückmeldungen über erfolgreiche Vermittlungen auswirken. Aber auch Beeinträchtigungen der generellen Akzeptanz der Gesundheitsangebote wurden befürchtet. Zudem wurde ein erhöhter zeitlicher Aufwand im Außendienst aufgrund von Schulungsterminen, längerer Beratungstermine und Dokumentationsanforderungen für die Gespräche berichtet. Weitere Barrieren zeigten sich in Bezug auf die mangelnde Erfahrung der Außendienstmitarbeitenden hinsichtlich psychischer Gesundheitsthemen bzw. wahrgenommener Schwierigkeiten beim Erkennen und Ansprechen psychischer Beschwerden. Gleichzeitig ergaben sich

auf Ebene des Außendienstes viele Förderfaktoren, die im weiteren Implementierungsvorhaben ausgebaut werden sollten. Hier baten die Außendienstmitarbeitenden vor allem um mehr „Wissen“, z.B. in Form aktueller Informationen über Änderungen und Aktualisierungen im Rahmen der Kampagne „Mit uns im Gleichgewicht“, Erfahrungsberichte von Versicherten über die Teilnahme an einem Gesundheitsangebot, Informationsmaterial für die Versicherten und regelmäßige Schulungen zur Auffrischung von Wissen.

Auf der Ebene der Versicherten bezogen sich einige Barrieren auf eine hohe Arbeitsbelastung, insbesondere zu saisonalen Stoßzeiten, welche die erfolgreiche Vermittlung der Präventionsangebote einschränken. Zudem werden aus Sicht des Außendienstes während der Betriebsbesichtigung sehr viele Informationen innerhalb kurzer Zeit mitgeteilt und es sei schwierig für die Versicherten, in dieser Zeit alle Informationen aufzunehmen. Weitere Barrieren bei der Vermittlung der Präventionsangebote beziehen sich auf eine wahrgenommene ablehnende Haltung der Versicherten zu psychischen Gesundheitsthemen, insbesondere bei männlichen Versicherten, Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen und fehlende Selbsteinsicht in Bezug auf Unterstützungsbedarf. Ansätze, um diesen Barrieren entgegenzuwirken, könnten darin liegen, gezielte Informations- und Aufklärungskampagnen zur Reduktion von Stigmatisierung und Sensibilisierung für die Bedeutung der Prävention psychischer Störungen durchzuführen. Zudem sollten dabei in der Kommunikation insbesondere die identifizierten Förderfaktoren im Hinblick auf die internet- und tele-gestützten Gesundheitsangebote, wie z.B. Anonymität bei der Teilnahme, Ortsungebundenheit und eine schnelle, niederschwellige Unterstützung, betont werden, welche im Kontext des ländlichen Raums einen Vorteil darstellen. Weiterhin sei auch die Nutzung verschiedener Kommunikationskanäle (z.B. Streuung von Informationen über Fachverbände, Öffentlichkeitsarbeit durch Presse, Radio und Vorträge) förderlich für die Vermittlung der Präventionsangebote.

Insgesamt nahmen die befragten Außendienstmitarbeitenden einen hohen Bedarf an Prävention von psychischen Störungen bei Personen in den grünen Berufen sowie positive Effekte durch die Einführung der internet- und tele-gestützten Gesundheitsangebote wahr. Diese zeigen sich in Bezug auf die eigene Tätigkeit im Außendienst (u.a. ein positives Gefühl und Freude bei der Beratung der Versicherten, ein ganzheitliches Verständnis der eigenen Präventionsaufgabe), auf die Versicherten (u.a. Nutzen für das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Versicherten), als auch für die SVLFG insgesamt (u.a. positives Image der SVLFG).

Die Ergebnisse aus der Erst- und Zweiterhebung der FG konnten im Rahmen der Validierungsbefragung bestätigt werden. Die Validierungsbefragung bei 44 Außendienstmitarbeitenden zeigte eine hohe Zustimmungsrate über alle 63 Kategorien hinweg, wobei die Zustimmung bei den Förderfaktoren am höchsten war. Daraus lässt sich ableiten, dass die Barrieren und Förderfaktoren, die im Rahmen der FG per qualitativer Analysemethodik identifiziert wurden, valide sind und bei einer gestützten Befragung sogar noch höhere Zustimmungen erzielen. Deshalb kann auf Grund der hohen Zustimmungsraten auch auf eine Repräsentativität einzelner Nennungen für die Stichprobe der befragten Teilnehmenden in den Bundesländern Bayern und Schleswig-Holstein ausgegangen werden. Jedoch ist die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse auf alle Bundesländer und Außendienstmitarbeitenden der SVLFG nur begrenzt möglich, da das Pilotgebiet auf Bayern und Schleswig-Holstein begrenzt war und diese Bundesländer sich in ihren Strukturen von den anderen unterscheiden.

6 Implikationen für die Praxis und Fazit

Die Ergebnisse der Fokusgruppen wurden bereits nach deren Auswertung mit dem Kampagnenteam der SVLFG besprochen und für wichtige Multiplikatoren in Präsentationsform aufbereitet. Basierend auf den Ergebnissen konnten folgende Maßnahmen für die weitere Implementierung der internet- und tele-basierten Gesundheitsangebote abgeleitet bzw. bereits umgesetzt werden, von denen sowohl die Pilot-Bundesländer, die 2017/2018 teilgenommen haben, als auch alle weiteren Bundesländer profitieren können:

- Erstellung von unterstützendem Informationsmaterial zur Vermittlertätigkeit angelehnt an die Rückmeldungen von den Außendienstmitarbeitenden, das flexibel und zielgerichtet genutzt werden kann
- Erstellung einer Telezentrum-Visitenkarte, um die Beratungsdauer zu verkürzen und eine Weitervermittlung ans Telezentrum zu begünstigen
- Einführung eines Agenda-TOP „Kommunikation“ in Auftaktveranstaltungen, um Hemmungen beim Ansprechen von Themen der Psyche zu reduzieren
- Rückmeldung über erfolgreiche Beratung und Einsteuerung der Versichertenfälle durch das Telezentrum an den Außendienst
- Einführung eines regelmäßigen Newsletters an die Außendienstmitarbeitenden, um aktuelle Informationen weiterzugeben

- Durchführung von Auftaktveranstaltungen (3-tägig) bzw. Nachschulungen zur Auffrischung des Hintergrundwissens über die Inhalte der internet- und tele-gestützten Gesundheitsangebote sowie die Möglichkeit, die Gesundheitsangebote selbst zu nutzen/testen
- Pressearbeit, um die Stigmatisierung von seelischen Belastungen zu reduzieren
- Entwicklung eines GET.ON Online-Gesundheitstrainings Arbeitnehmertools für die in der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft (LBG) versicherten Betriebe und Öffnung des Betriebsübergabe- und Betriebsaufgaben-seminars für rein LBG-Versicherte-Betriebe, damit diese trotz fehlender Anspruchsberechtigung zumindest einen Teil der Gesundheitsangebote nutzen können und davon profitieren

Die wissenschaftlich identifizierten Barrieren und Förderfaktoren ermöglichten bereits im Übergang der Pilotphase 2017-2018 in die stufenweise nationale Rollout-Phase ab 2019 die Ableitung von Handlungsempfehlungen, die eine bessere Integration von internet- und tele-basierten Präventionsangeboten in die psychosoziale Gesundheitsversorgung der SVLFG-Versicherten aus den grünen Berufen erlauben.

Autorinnen

Dr. phil. Ingrid Titzler, M.Sc.-Psych.
Psychologische Psychotherapeutin
Wissenschaftliche Projektleitung ‚Mit uns im Gleichgewicht‘
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl für
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Nägelsbachstr. 25a, 91052 Erlangen
ingrid.titzler@fau.de

Dr. phil. Johanna Freund, M.Sc.-Psych.
Studienkoordinatorin Implementierungsstudie
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl für
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Nägelsbachstr. 25a, 91052 Erlangen
johanna.freund@fau.de

Quellen

- [1] I. Titzler et al., “‘Mit uns im Gleichgewicht’ – Wissenschaftliche Evaluation des Präventionsprojekts zu internet- und telebasierten Gesundheitsangeboten bei psychisch beeinträchtigten Versicherten in den grünen Berufen,” *Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft*, vol. 1, pp. 19–27, 2023.
- [2] C. L. Snoswell et al., “The clinical effectiveness of telehealth: A systematic review of meta-analyses from 2010 to 2019,” *J Telemed Telecare*, p. 1357633X2110229, Jun. 2021, doi: 10.1177/1357633X211022907.
- [3] C. R. Myers, “Using Telehealth to Remediate Rural Mental Health and Healthcare Disparities,” *Issues Ment Health Nurs*, vol. 40, no. 3, pp. 233–239, 2019, doi: 10.1080/01612840.2018.1499157.
- [4] T. Dresing and Thorsten. Pehl, *Praxisbuch Interview, Transkription et Analyse : Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Dresing, 2015.
- [5] M. Schulz, “Quick and easy!? Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft,” in *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung*, M. Schulz, B. Mack, and O. Renn, Eds., 2012, pp. 9–22. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-531-19397-7_1
- [6] T. Kühn und K. V. Koschel, *Gruppendiskussion. Ein Praxishandbuch*, 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2018. doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-18937-2>.
- [7] S. Michie et al., “Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach,” *Qual Saf Health Care*, vol. 14, no. 1, pp. 26–33, Feb. 2005, doi: 10.1136/qshc.2004.011155.
- [8] J. Cane, D. O’connor, und S. Michie, “Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research,” *Implementation Science*, 2012, doi: 10.1186/1748-5908-7-37.
- [9] P. Mayring, “Qualitative Inhaltsanalyse,” in *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, G. Mey und K. Mruck, Eds., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010, pp. 601–613. doi: 10.1007/978-3-531-92052-8_42.

Implementierungsdeterminanten im Beratungs- und Einstierungsprozess zu internet- und telefonbasierten Gesundheitsangeboten aus Sicht der SVLFG-Mitarbeitenden im Außendienst, Telezentrum und Implementierungsteam

Dr. Johanna Freund, Prof. Dr. David Daniel Ebert, Dr. Janika Thielecke, Dr. Lina Braun,
Prof. Dr. Harald Baumeister, Prof. Dr. Matthias Berking & Dr. Ingrid Titzler

Personen aus den grünen Berufen, die in Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau tätig sind, stellen eine Berufsgruppe dar, die vielen Risikofaktoren für Depressionen ausgesetzt ist. Im Rahmen des 2017 initiierten Modellvorhabens „Mit uns im Gleichgewicht“ der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) wird das Potential von Präventionsangeboten untersucht, welche psychologische Interventionen aus der Ferne per Telefon oder Internet bereitstellen. Diese Studie evaluiert die Implementierung der Gesundheitsangebote aus der Perspektive der Mitarbeitenden der SVLFG, welche entweder im Präventions-Außendienst oder im Telezentrum im Einstierungsprozess der Versicherten zu den Gesundheitsangeboten oder in Implementierungsaktivitäten involviert sind. Ziel ist der Aufbau eines Verständnisses über die Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme und Implementierung der internet- und telefonbasierten Interventionen zur Depressionsprävention bei den SVLFG-Versicherten. Die vorliegende Studie ist Teil einer nationalen Implementierungsstudie (ImplementIT), welche das Modellvorhaben in einem Studiendesign mit gemischten Methoden evaluiert.

1 Hintergrund

Depressionen haben erhebliche Auswirkungen auf den Einzelnen und die Gesellschaft und werden trotz ihrer Auftretenshäufigkeit aus unterschiedlichen Gründen oft nicht angemessen behandelt (Andrade et al., 2014). Obwohl es wirksame Behandlungsmöglichkeiten gibt, können diese jedoch die Belastung durch klinisch manifeste Depressionen auch nur teilweise lindern (Andrews et al., 2004). Infolgedessen wird der Prävention von Depression zunehmend größere Bedeutung beigemessen (Muñoz et al., 2010).

In den letzten Jahren haben sich internet- und mobilfunkbasierte Interventionen als wichtige Ergänzung zu herkömmlichen Behandlungsoptionen bei Depression etabliert (Hussain-Shamsy et al., 2020; Lattie et al., 2019; Martínez-Pérez et al., 2013). Diese können Betroffenen aufgrund ihrer einfachen Zugänglichkeit dabei helfen, Barrieren zu überwinden, die den Zugang zu psychiatrischen Behandlungsangeboten erschweren (Andrade et al., 2014; Ebert et al., 2018). So konnte eine Metaanalyse über verschiedene Studien hinweg zeigen, dass die Wirksamkeit telemedizinischer Interventionen für die Depressionsbehandlung gleichermaßen hoch ist wie bei traditionellen Behandlungen von Angesicht zu Angesicht (Lin et al., 2022).

Landwirte und verwandte Berufsgruppen sind oft Faktoren wie hohen Arbeitsbelastungen, finanziellen Sorgen, schlechten Wetterbedingungen und gesundheitlichen Problemen ausgesetzt (Onwuameze et al., 2013; Roy et al., 2013; Simkin et al., 1998). Dies führt dazu, dass sie im Vergleich zu anderen Berufsgruppen ein höheres Risiko für psychische Erkrankungen wie Depression haben (Roy et al., 2013). Die damit einhergehende

mögliche Stigmatisierung (Judd et al., 2006) sowie der begrenzte Zugang zu psychologischer Versorgung in ländlichen Regionen (Schang et al., 2016) erschweren zusätzlich die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten bei dieser belasteten Zielgruppe. Vor diesem Hintergrund führte die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) psychosoziale Interventionen für ihre Versicherten ein, welche aus der Ferne per Telefon oder Internet verfügbar sind und die bereits bestehenden Gesundheitsangebote vor Ort ergänzen und dadurch Barrieren der Inanspruchnahme überwinden sollen (Titzler et al., 2023).

Im Rahmen des Evaluationsprojekts „Mit uns im Gleichgewicht“ werden diese internet- und telefonbasierten Ansätze zur Prävention von Depression bei SVLFG-Versicherten aus den grünen Berufen seit 2017 im Rahmen mehrerer Studien wissenschaftlich untersucht (Braun et al., 2019; Freund et al., 2020a; Terhorst et al., 2020; Thielecke et al., 2020). Die Ergebnisse der randomisiert-kontrollierten Studie PROD-A zu den internetbasierten Interventionen (sog. Online-Gesundheitstrainings) zeigten einen signifikanten Effekt auf die Verringerung depressiver Symptome nach neun Wochen ab Behandlungsbeginn sowie bei der 6-monatigen Nachbeobachtung im Vergleich zu der Kontrollgruppe (Braun et al., 2021a). Bei der 12-monatigen Folge-Untersuchung konnten jedoch keine signifikanten Effekte festgestellt werden (Braun et al., 2021b). Die Ergebnisse der randomisiert-kontrollierten Studie TEC-A zur telefonischen Intervention (sog. Telefonisches Einzelfallcoaching) zeigten signifikante Effekte auf die Verringerung depressiver Symptome kurzfristig 6 Monate (Thielecke et al., 2022), und langfristig 12 und 18 Monate („Thielecke & Titzler“ et al., in press) nach Behandlungsbeginn im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Die Implementierungsstudie ‚ImplementIT‘ (Freund et al., 2020) hat die Bewertung des Implementierungsprozesses und -erfolgs der internet- und telefonbasierten Interventionen in die Routineversorgung zum Ziel. Erste qualitative Interviewergebnisse zur Akzeptanz und Zufriedenheit mit den digitalen Interventionen sowie zu Hindernissen und Förderfaktoren bei deren Nutzung und Inanspruchnahme aus Sicht der teilnehmenden SVLFG-Versicherten zeigten wichtige Aspekte auf, welche für eine langfristige erfolgreiche Interventionsimplementierung wichtig sind (Braun et al., 2022; Freund et al., 2022; Thielecke et al., 2023). Darüber hinaus ist es von entscheidender Bedeutung, mehr über die Nutzung der digitalen Gesundheitsangebote unter Routinebedingungen zu erfahren und dabei auch die Faktoren zu untersuchen, welche die Akzeptanz und Implementierung beider digitaler Gesundheitsmaßnahmen beeinflussen.

Das primäre Ziel der vorliegenden Studie war die Bewertung des Implementierungsprozesses aus der Perspektive von Mitarbeitenden der SVLFG, welche entweder im Telezentrum oder im Außendienst als Beraterinnen und Berater zu den Gesundheitsangeboten im Einstellungsprozess involviert oder für die Implementierungskampagnen verantwortlich sind. Dadurch sollen Barrieren und Förderfaktoren bei der Inanspruchnahme und Implementierung internet- und telefonbasierter psychologischer Interventionen zur Depressionsprävention bei SVLFG-versicherten Menschen aus den grünen Berufen identifiziert werden.

Nachfolgend erfolgt eine Zusammenfassung der methodischen Studienaspekte, des Ablaufs und der Datenanalysen. Anschließend werden die qualitativ und quantitativ erhobenen Analyseergebnisse dargelegt.

2 Methode

2.1 Studiendesign

Die Evaluation basiert auf dem etablierten Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), ein Theorierahmen zur Implementationsforschung (CFIR Guide 2022). Das CFIR (Damschroder et al., 2009) bietet ein strukturiertes Modell zur Bewertung der Implementierung von Maßnahmen in fünf Kategorien, die jeweils mehrere Konstrukte umfassen. Die erste Kategorie betrifft die Eigenschaften der Maßnahme, d. h. die Merkmale der internet- und telefonbasierten Präventionsangebote (z. B. „Anpassungsfähigkeit“). Die zweite Kategorie bezieht sich auf das äußere Setting, welches die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen beeinflusst, und umfasst kulturelle, strukturelle und

politische Faktoren außerhalb der SVLFG-Organisation (z. B. „Patientenbedürfnisse“). Die dritte Kategorie untersucht das innere Setting, d. h. Aspekte innerhalb der SVLFG-Organisation (z. B. „Kommunikation“). Die vierte Kategorie bewertet die Merkmale der an der Implementierung der Intervention beteiligten Personen, d. h. Mitarbeitende der SVLFG (z. B. Wissen und Überzeugungen). Die fünfte Kategorie fokussiert auf den Implementierungsprozess, d. h. auf die Einführung der internet- und telefonbasierten Interventionen, der Beratung und Einsteuerung zu den neuen Präventionsangeboten (z. B. Planung, Reflexion). Weitere Details sind andernorts publiziert (Freund et al., 2020, 2023).

2.2 Beschreibung der internet- und telefonbasierten psychologischen Präventionsangebote von GET.ON und IVP

Die internetbasierten Interventionen werden als Online-Gesundheitstrainings bezeichnet und untergliedern sich in der Nutzung in drei Phasen: (1) eine psychodiagnostische Beurteilung mit Online-Screening-Fragebögen und einem anschließenden Gespräch mit einem Psychologen oder einer Psychologin mit Universitätsabschluss (sog. E-Coach) zur gemeinsamen Entscheidungsfindung der Interventionswahl, (2) eine aktive Trainingsphase mit persönlicher E-Coach-Begleitung in Form von schriftlichen Feedbacknachrichten zu den bearbeiteten Online-Lektionen und (3) eine Erhaltungsphase mit monatlichem Kontakt zum e-Coach für bis zu zwölf Monate. Nach dem persönlichen Risikoprofil und der Symptomatik konnten die Teilnehmenden wählen zwischen sieben maßgeschneiderten Online-Gesundheitstrainings: GET.ON Fit im Stress, GET.ON Stimmung, GET.ON Regeneration, GET.ON Panik, GET.ON Clever weniger Trinken, GET.ON Diabetes und Stimmung, GET.ON Chronische Schmerzen. Alle Online-Gesundheitstrainings basieren auf bewährten psychotherapeutischen Ansätzen wie der kognitiven Verhaltenstherapie oder der Akzeptanz- und Commitment-Therapie, umfassten 6-8 wöchentlich zu bearbeitende Online-Lektionen und wurden speziell für den Kontext der „grünen Berufe“ angepasst.

Die telefonbasierten Interventionen werden als telefonisches Einzelfall-Coaching bezeichnet und von bei IVPNetworks (IVP) angestellten Psychologen oder Psychologinnen mit Universitätsabschluss und verschiedenen therapeutischen Ausbildungen (z. B. Systemische Beratung, Hypnotherapeutische Techniken, Gestalttherapie, Kognitive Verhaltenstherapie) durchgeführt. Das personalisierte Intensiv-Coaching richtet sich individuell nach den Bedürfnissen der Versicherten und ihrer jeweiligen Ausgangssituation mit verschiedenen Stressoren und Risikofaktoren. Das Coaching ist in Einstiegs-, Arbeits- und Stabilisierungsphase unterteilt.

Nach einer Bedarfsklärung zu Beginn werden die Maßnahmen ausgewählt. Die Dauer des Coachings war auf ein Maximum von 850 Minuten über sechs Monate (mit der Möglichkeit einer begründeten Verlängerung um 150 Minuten) ausgelegt. Zudem konnten die Versicherten bei der Suche nach sozialen Unterstützungsangeboten oder einem Coaching- oder Therapieangebot vor Ort unterstützt werden.

Die SVLFG bewirbt ihre Gesundheitsangebote durch Öffentlichkeitsarbeit sowie während Beratungen durch Außendienstmitarbeitende der Prävention und interne Mitarbeitende im Telezentrum. Versicherte, welche die versicherungsrechtlichen Anspruchsberechtigungen zur Nutzung der internet- und telefonbasierten Interventionen erfüllten, wurden zunächst über die verfügbaren und in Frage kommenden Präventionsangebote informiert und konnten anschließend zwischen den digitalen Interventionsangeboten und Vor-Ort-Gruppenangeboten der SVLFG wählen.

2.3 Rekrutierung der Studienteilnehmenden und Ablauf der Datenerhebung

In die Studie wurden Mitarbeitende aus folgenden Bereichen der SVLFG einbezogen:

- a) Mitarbeitende, die in den Vermittlungs- und Einstellungsprozess eingebunden sind und die Beratung zu und Vermittlung von Gesundheitsangeboten einschließlich internet- und telefonbasierter und Vor-Ort-Gesundheitsangeboten durchführen, wie z. B. Außendienst-/Innendienst-Mitarbeitende und Telezentrum-Mitarbeitende. Da die Beratung zu digitalen Gesundheitsangeboten aus der Ferne neu eingeführt wurde im Tätigkeitsbereich der Mitarbeitenden im Außendienst bzw. Innendienst bzw. im Telezentrum, ergaben sich aus Implementierungsperspektive für diese Mitarbeitergruppen Veränderungen in ihrer täglichen Arbeit.
- b) Mitarbeitende, die an der strategischen Planung und Durchführung der Implementierungsaktivitäten und dem bundesweiten Rollout (d.h. stufenweise Einführung in allen Bundesländern) beteiligt sind (Implementierungsteam).

Mitarbeitende, die sowohl als Telezentrum-Mitarbeitende als auch als Mitglieder des Implementierungsteams arbeiten, wurden aufgrund der gemischten Rollen von den Mitarbeiterbefragungen für die am Einstellungsprozess beteiligten Mitarbeitenden ausgeschlossen, um eine Verzerrung der Daten zu vermeiden. Diese Mitarbeitenden konnten nur an den Umfragen für das Implementierungsteam teilnehmen.

Die Rekrutierung der Mitarbeitenden für die Studienteilnahme erfolgte von März 2019 bis Juni 2021, indem sie an einer von sechs Kickoff-Veranstaltungen der SVLFG im jeweiligen Rollout-Gebietsbereich teilnahmen, bei denen die internet- und telefonbasierten Präventionsangebote und die begleitende Implementierungsstudie vorgestellt wurden. Da die Schulung der Pilot-Rollout-Mitarbeitenden in den Bundesländern Bayern und Schleswig-Holstein bereits 2017/2018 stattgefunden hatte, wurden diese Außen-/Innendienstmitarbeitenden im Frühjahr 2019 über ihre Vorgesetzten (per E-Mail und in internen Meetings) zur Studienteilnahme eingeladen. Insgesamt wurden 365 Mitarbeitende zur Studienteilnahme eingeladen, die potentiell in den Einstellungsprozess (d. h. Beratung und Vermittlung zu den internet- und telefonbasierten Interventionen) involviert sein sollten. Dazu wurden Studieninformationen und eine zu unterzeichnende Einverständniserklärung ausgegeben. Das Studienteam schickte zwei Erinnerungse-Mails an die jeweilige Gruppe von Mitarbeitenden, um die Teilnahme- und Rücklaufquote der Studie zu erhöhen. Insgesamt haben 86 Mitarbeitende, in deren Aufgabenfeld die Einstellungsmaßnahmen fallen sollte (86/365, 23,6 %; $n=75$ Außendienst-/Innendienstmitarbeitende; $n=11$ Telezentrum-Mitarbeitende) und sieben Mitglieder des Implementierungsteams (7/7, 100 %) die Einverständniserklärung unterzeichnet.

Der Zeitpunkt der Online-Befragung variierte je nach Beschäftigtengruppe und Rolloutgebiet (bestehend aus 2 bis 7 Bundesländern von Deutschland). Die Datenerhebung erfolgte in regelmäßigen 6-monatigen Abständen von Mai 2019 bis Mai 2022. Beschäftigte im Pilotgebiet (Bayern, Schleswig-Holstein) und im Rolloutgebiet A (Bremen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt) wurden von Mai 2019 bis Mai 2021 befragt, Beschäftigte aus dem Rolloutgebiet B (Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland) von November 2019 bis Mai 2021. Die Beschäftigten aus dem Rollout-Gebiet C (Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen) wurden aufgrund der COVID-19-Pandemie verspätet geschult und daher erst von Mai 2021 bis Mai 2022 befragt. Der Erhebungszeitraum verlängerte sich somit pandemiebedingt von ursprünglich geplanten 2 Jahren auf 3.5 Jahre. Über alle Messzeitpunkte und Berufsgruppen hinweg variierten die Rücklaufquoten zu den Online-Befragungen zwischen 79 % und 100 % mit einem Mittelwert von 91.1 % ($SD=18.8$).

Zusätzlich zu den quantitativen Erhebungen wurde das Implementierungsteam im Rahmen von Fokusgruppen zum aktuellen Stand der Interventionsimplementierung, zur Wahrnehmung der Wirksamkeit der Implementierungsaktivitäten sowie zu den von ihnen wahrgenommenen hinderlichen und förderlichen Faktoren befragt. Im Rahmen dieser Studie wurden die Fragestellungen

zu den Barrieren und Förderfaktoren aus Sicht des Implementierungsteams berücksichtigt. Insgesamt wurden im Evaluationszeitraum ab Sommer 2019 alle sechs Monate während der Implementierungsstudie insgesamt sieben Fokusgruppen an Hand eines konzipierten Leitfadens (Autorinnen JF, IT) durchgeführt und aufgezeichnet. Die Dauer variierte zwischen 42 und 105 Minuten ($M=81.29$, $SD=20.21$).

2.4 Erhobene Daten

Für die meisten Konstrukte wurden Daten aus allen Teilnehmendengruppen a) und b) einbezogen. Die Umfragen bestanden aus offenen und geschlossenen Fragen aus validierten Fragebögen, die in der Implementierungsforschung verwendet werden, sowie aus angepassten Items aus dem CFIR-Leitfaden (CFIR Guide (2022) und aus anderen Implementierungsstudien, die auf dem CFIR basieren (Damschroder & Hagedorn, 2011; Sohng et al., 2013). Die „Bereitschaft zur Implementierung“ des Implementierungsteams sowie der am Einstierungsprozess beteiligten Mitarbeitenden im Außen-/Innen-dienst sowie Telezentrum wurde mit einer deutschen Version des Fragebogens „Organizational Readiness for Implementing Change“ (ORIC; $\alpha = .88-.92$; 12 Items; Skala 1-5) gemessen (Shea et al., 2014). Das „Führungsengagement“ wurde aus der Mitarbeitendenperspektive mit der Implementation Leadership Scale (ILS; $\alpha = .93-.97$; 12 Items; Skala 1-5) (Aarons et al., 2014, 2016) in Bezug auf das Implementierungsteam sowie die Vorgesetzten erfasst. Die Wahrnehmung der Glaubwürdigkeit der Behandlung wurde bei den am Beratungs- und Einstierungsprozess beteiligten Mitarbeitenden mit Hilfe von Items aus dem „Credibility Expectancy Questionnaire“ (CEQ; $\alpha = .84-.85$, 6 Items; Skala 1-7) (Devilly & Borkovec, 2000) im Rahmen des Konstrukts „Wissen und Überzeugungen über die Intervention“ erhoben. Einzelne Items aus dem „Discriminant Content Validation“ (DCV; 32 Items; Skala 1-7) Fragebogen, der auf dem ‚Theoretical Domains Framework Questionnaire‘ (Huijg et al., 2014) basiert, wurden verwendet, um den „Zugang zu Wissen und Informationen“, die „Kompatibilität mit der aktuellen Arbeitstätigkeit“, die „Selbstwirksamkeit“, und „andere persönliche Eigenschaften“ der am Einstierungsprozess beteiligten Mitarbeitenden zu erheben. Einzelne Items aus einer deutschen Version des NoMAD-Fragebogens (Elf et al., 2018; Finch et al., 2018) wurden verwendet, um die „verfügbaren Ressourcen“ und den „individuellen Veränderungsstand“ zu bewerten. Darüber hinaus wurden Reportingdaten über die von der SVLFG dokumentierten Marketing- und Disseminationsaktivitäten zur Messung des „Engagements“ herangezogen. Offene Fragen zu Barrieren und Förderfaktoren bei der Implementierung wurden ab dem zweiten Messzeitpunkt alle sechs Monate in den regelmäßigen Online-Befragungen der am Beratungs-

und Einstierungsprozess beteiligten Mitarbeitenden sowie in den Fokusgruppen mit dem Implementierungsteam gestellt, deren Antworten sich auf alle fünf CFIR-Kategorien beziehen konnten. Andernorts publiziert findet sich eine tabellarische Übersicht der 30 ausgewählten CFIR-Konstrukte über alle fünf CFIR-Kategorien hinweg mit einer Beschreibung der verwendeten Bewertungsmethoden (Umfragen, Fokusgruppen oder Berichtsdaten) und der Angabe der Quelle der Items (Freund et al., 2023).

2.5 Datenanalysen

Es wurden deskriptive Analysen durchgeführt, um die Resultate der CFIR-Kategorien zu beurteilen. Die Ergebnisse der Kategorie „Charakteristiken der Interventionen“ sowie die CEQ- und DCV-Fragebögen und einzelne Items der Evaluationsbefragung wurden für die internet- und telefon-basierten Gesundheitsangebote separat evaluiert. Alle anderen Ergebnisse wurden gemeinsam über beide Präventionsangebote hinweg analysiert. Items mit einer 6- oder 7-stufigen Likert Skala wurden mithilfe linearer Transformation in 5-stufige Likert Skalen überführt. In Anlehnung an eine andere CFIR-Studie wurden Skalenwerte von 4 und höher als förderliche Aspekte im Implementierungsprozess interpretiert, während Werte unter 3 als Raum für Verbesserungen und Werte dazwischen als neutral klassifiziert wurden. Dies betrifft jedoch nicht die Kosten- und Komplexitätsitems. Hier steht eine höhere Zustimmung für höhere Kosten oder Komplexität. Die Analysen wurden pro Angestelltengruppe durchgeführt. Alle beobachteten Daten wurden nach dem Intention-to-Treat-Prinzip einbezogen. Da die Rücklaufquoten und die Datenqualität in dieser Implementierungsstudie relativ hoch waren, wurden fehlende Daten nicht imputiert. Die Analysen wurden mit der Statistiksoftware R durchgeführt (R Core Team, 2019).

Die Disseminationsaktivitäten wurden von zwei unabhängigen Gutachterinnen gemäß der Cochrane-Taxonomie „Effective Practice and Organization of Care“ (EPOC) kategorisiert (Grimshaw et al., 2004). Jede Aktivität konnte mehrere Strategien enthalten. Inkonsistente Fälle wurden mit einer dritten Forscherin (Autorin JF) diskutiert, bis alle Disseminationsaktivitäten einheitlich zugeordnet werden konnten.

Die Antworten auf die offenen Fragen zu Barrieren und Förderfaktoren in den Mitarbeitendenbefragungen wurden von zwei unabhängigen Gutachterinnen nach einem deduktiv-induktiven Ansatz mit MAXQDA (VERBI GmbH, 2022), einer Software für die qualitative Analyse, ausgewertet. Ein Codesystem mit Hauptkategorien auf der Grundlage des CFIR-Theorierahmens (deduktiver Ansatz) und identifizierten Unterthemen aus den Daten

(induktiver Ansatz) wurde von einer Forschungsassistentin erstellt, um die Daten abzugleichen und in Feedback-Schleifen mit zwei Expertinnen für e-mental health und qualitative Forschung (Autorinnen JF, IT) weiterentwickelt. Da eine Textpassage aus verschiedenen Aspekten bestehen konnte, konnte sie mit mehreren Codes codiert werden. Die Daten wurden dem Codesystem zugeordnet und Häufigkeiten in Bezug auf die Nennungen der einzelnen Themen sowie pro Berufsgruppe [d. h. (a) Außendienst- oder Innendienstmitarbeitende oder (b) Telezentrum-Mitarbeitende] berechnet. Die Übereinstimmungsrate zwischen den beiden unabhängigen Codiererinnen kann als hoch bezeichnet werden ($k=0.86$) (Landis & Koch, 1977).

Auf der Grundlage der Audioaufzeichnungen der Fokusgruppen wurden für jede Fokusgruppe Protokolle mit dem Implementierungsteam erstellt. Die Antworten auf die offenen Fragen zu den Barrieren und Förderfaktoren wurden pro Fokusgruppe anhand eines Codesystems nach einem deduktiv-induktiven Ansatz zusammengefasst und ausgewertet. Die theoretisch begründeten Oberkategorien bildeten das Grundgerüst für die induktiv ermittelten Themen. Die Häufigkeiten der Themen wurden auf Interview-Ebene analysiert. Die Analyse wurde von einem Forschungsassistenten in einem iterativen Prozess mit mehreren Feedbackschleifen und unter Mitwirkung der klinischen Forscherinnen (Autorinnen IT, JF) durchgeführt.

3 Ergebnisse

Zuerst erfolgt eine Beschreibung der Merkmale der Studienteilnehmenden.

3.1 Stichprobenbeschreibung

Die meisten der 93 Studienteilnehmenden waren als Außendienst- und Innendienstmitarbeitende ($n=75$, 80.6 %) sowie als Telezentrum-Mitarbeitende ($n=11$, 11.8 %) in den Prozess eingebunden. Sieben Mitarbeitende waren Teil des Implementierungsteams bei der SVLFG (7.5 %). Die Teilnehmenden waren im Durchschnitt 49.29 Jahre alt ($SD=8.6$), überwiegend männlich ($n=63$, 67.7 %) und überwiegend langjährige Mitarbeitende seit mehr als 10 bis 40 Arbeitsjahren bei der SVLFG ($n=79$, 84.9 %). Die meisten Außendienst- und Innendienstmitarbeitenden hatten bereits in der Vergangenheit Erfahrung mit Beratungen zu Gesundheitsangeboten ($n=60$, 69.8 %), aber nur 31.5 % ($n=29$) von ihnen hatten Erfahrung mit Beratungen zu psychosozialen Angeboten.

3.2 Qualitative und quantitative Ergebnisse in Bezug CFIR-Kategorien

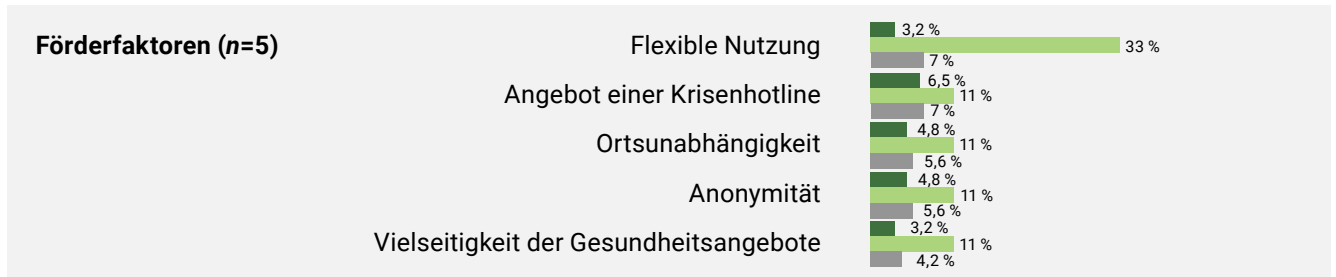
Nachfolgend werden die vorliegenden Befunde nach CFIR-Kategorien aufgegliedert und in qualitative und quantitative Ergebnisse unterteilt.

Die qualitativ ausgewerteten Daten können Abbildung 1 und Abbildung 2 entnommen werden. Abbildung 1 gibt eine Übersicht zu den Barrieren und Förderfaktoren aus der Perspektive der Mitarbeitenden im Außendienst ($n=62$) und im Telezentrum ($n=9$), welche als Determinanten der Implementierung auf Basis der CFIR-Kategorien betrachtet werden. Abbildung 2 gibt einen Überblick zu den Barrieren und Förderfaktoren aus der Perspektive des Implementierungsteams ($n=7$), welche als Determinanten der Implementierung in Bezug auf die CFIR-Kategorien eingestuft werden.

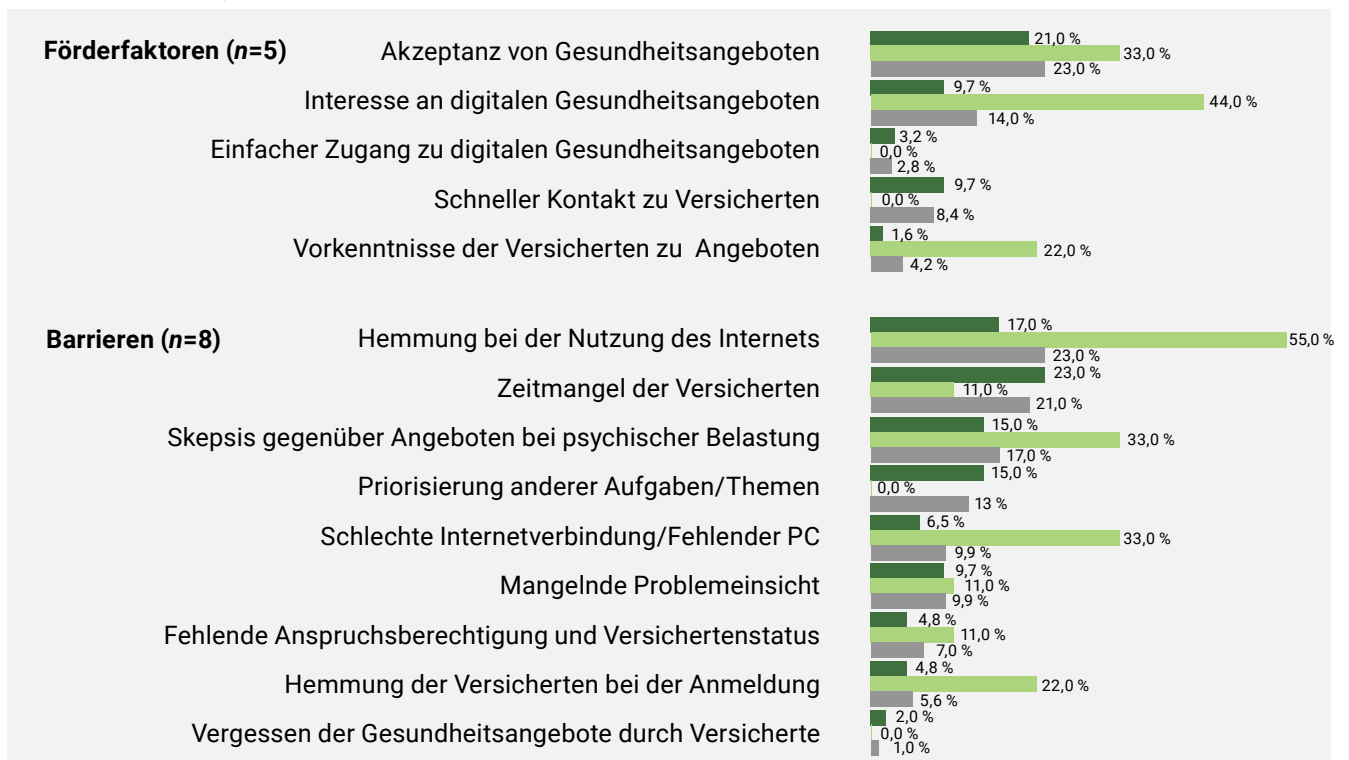
Die quantitativ ausgewerteten Daten können Tabelle 1 und Tabelle 2 entnommen werden. Tabelle 1 enthält eine Übersicht aller deskriptiven Daten des Implementierungsteams zu den Implementierungsdeterminanten auf Grundlage des Theorierahmens CFIR. Tabelle 2 enthält die deskriptiven Daten von den im Beratungs- und Einstierungsprozess involvierten Mitarbeitenden im Außendienst, Telezentrum und im Implementierungsteam zu den Implementierungsdeterminanten auf Grundlage der CFIR-Kategorien. Die Ergebnisse werden in den nachfolgenden Abschnitten kategorisiert erläutert und für die verschiedenen Studienteilnehmenden beschrieben.

Abbildung 1. Barrieren und Förderfaktoren aus Perspektive der Mitarbeitenden (Außendienstmitarbeitende $n=62$; Telezentrum $n=9$) zu Implementierungsdeterminanten basierend auf CFIR-Kategorien ($N=71$)

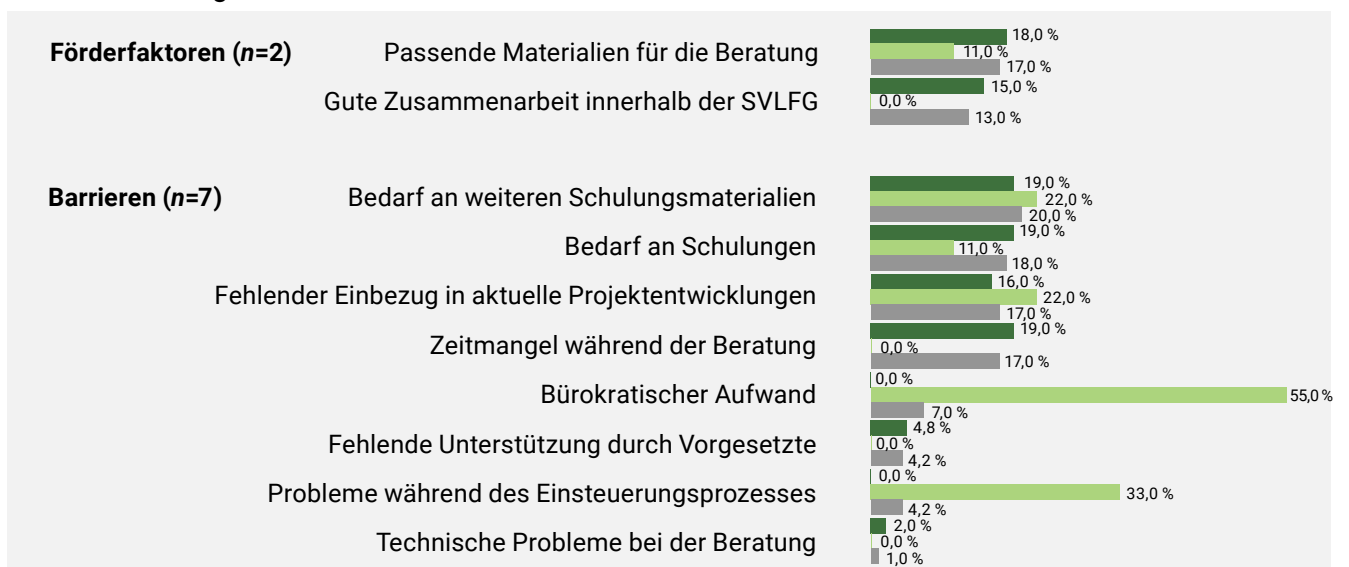
I. Charakteristiken der Interventionen



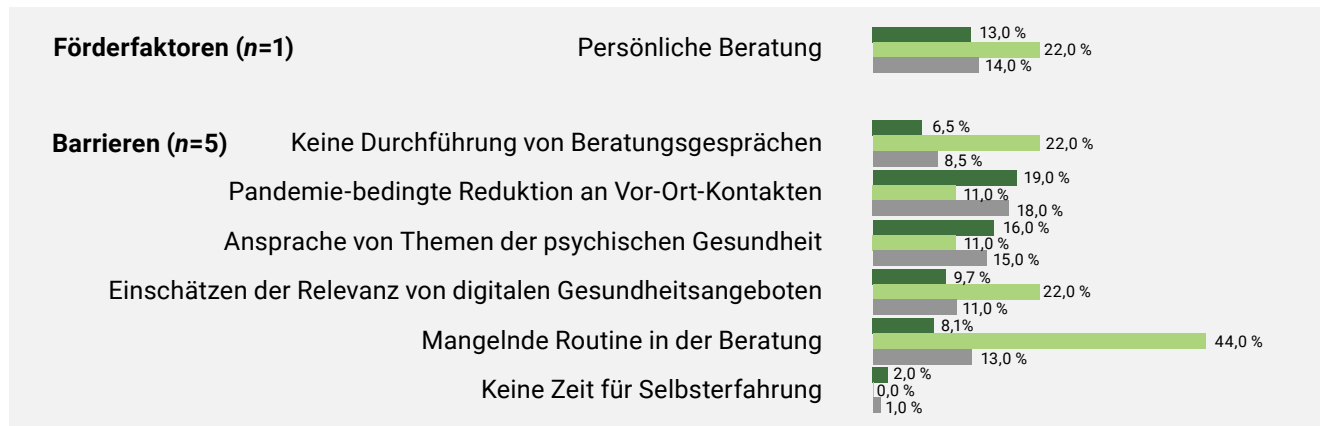
II. Äußeres Setting



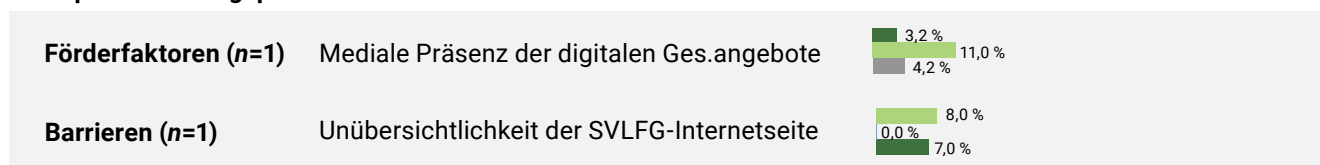
III. Inneres Setting



IV. Charakteristiken der Individuen



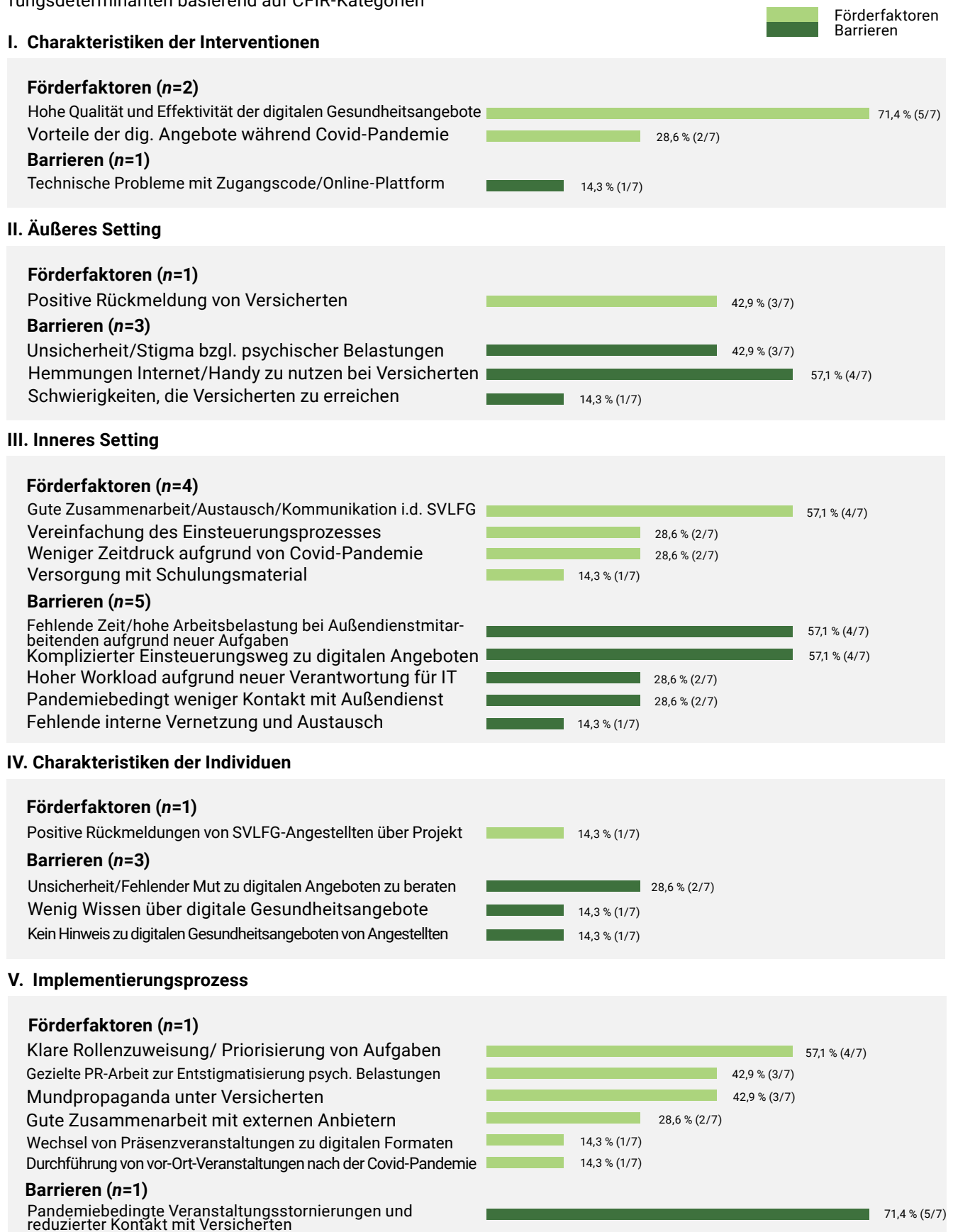
V. Implementierungsprozess



Außen- und Innendienstmitarbeitende (n=62)
 Angestellte im Telezentrum (n=9)
 Alle Mitarbeitenden (n=71)

Anmerkung. Abbildung in Anlehnung an „Using the Consolidated Framework for Implementation Research to evaluate a nationwide depression prevention project (ImplementIT) from the perspective of health care workers and implementers: Results on the implementation of digital interventions for farmers“ von J. Freund, D. D. Ebert, J. Thielecke, L. Braun, H. Baumeister, M. Berking und I. Titzler, 2023, *Digital Mental Health* (4), p. 9, (<https://doi.org/10.3389/fgth.2022.1083143>).

Abbildung 2. Barrieren und Förderfaktoren aus der Perspektive des Implementierungsteams (n=7) zu Implementierungsdeterminanten basierend auf CFIR-Kategorien



Anmerkung. Abbildung in Anlehnung an „Using the Consolidated Framework for Implementation Research to evaluate a nationwide depression prevention project (ImplementIT) from the perspective of health care workers and implementers: Results on the implementation of digital interventions for farmers“ von J. Freund, D. D. Ebert, J. Thielecke, L. Braun, H. Baumeister, M. Berking und I. Titzler, 2023, *Digital Mental Health* (4), p. 10, (<https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.1083143>).

Tabelle 1: Deskriptive Daten des Implementierungsteams ($n=6$) zu den Implementierungsdeterminanten auf Grundlage der fünf CFIR-Kategorien

Fragen (Items) je CFIR-Konstrukt	Implementierungsteam ($n=6$) M (SD)
I. Charakteristiken der Interventionen	
Stärke und Qualität der Evidenz (je Intervention von GET.ON oder IVP)	
Die Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit bestätigen meine Überzeugung, dass die Online-Gesundheitsangebote wirksam sind.	4.67 (0.52)
Die Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit bestätigen meine Überzeugung, dass das personalisierte telefonische Coaching wirksam ist.	5.00 (0.0)
Ich nehme an, dass einflussreiche Stakeholder (d. h. an der Umsetzung beteiligte Schlüssel- oder Interessengruppen) von der Wirksamkeit der Online-Gesundheitsangebote überzeugt sind.	4.00 (1.10)
Ich nehme an, dass einflussreiche Stakeholder (d. h. an der Umsetzung beteiligte Schlüssel- oder Interessengruppen) von der Wirksamkeit des personalisierten telefonischen Coachings überzeugt sind.	4.50 (0.84)
Erprobungsmöglichkeit	
Es war von Vorteil, dass die internet- und telefonischen Gesundheitsangebote vor der bundesweiten Einführung in ausgewählten Pilotregionen in Bayern und Schleswig- Holstein implementiert wurden.	4.20 (0.84)
Komplexität	
Es ist/war schwierig, die Angestellten zur Implementierung der internet- und telefonischen Gesundheitsangebote zu schulen.	3.60 (1.14)
Insgesamt glaube ich, dass die Implementierung von internet- und telefonischen Gesundheitsangeboten ein komplexer und herausfordernder Prozess ist.	3.67 (1.03)
Designqualität und Aufmachung	
Wie hilfreich fanden Sie die verfügbaren Mittel (z.B. Online-Ressourcen, Marketingmaterialien usw.) für die Implementierung und Nutzung von internet- und telefonischen Gesundheitsangeboten?	3.11 (1.78)
Kosten	
Die durchschnittlichen Kosten für die Online-Trainings pro teilnehmende Person sind hoch.	3.00 (1.22)
Die durchschnittlichen Kosten für das personalisierte telefonische Coaching pro teilnehmende Person sind hoch.	3.20 (1.30)
Die Kosten für die Implementierung der internet- und telefonischen Interventionen sind hoch.	3.40 (1.14)
Relativer Vorteil	
Wenn Sie die Vor- und Nachteile der Online-Gesundheitstrainings betrachten, wie würden Sie die Situation insgesamt bewerten?	3.67 (0.97)
Wenn Sie die Vor- und Nachteile des personalisierten telefonischen Coachings betrachten, wie würden Sie die Situation insgesamt bewerten?	4.73 (0.41)
II. Äußeres Setting	
Patientenbedürfnisse und -ressourcen	
Die Bedürfnisse und Präferenzen der Versicherten wurden bei der Entscheidung, internet- und telefonische Gesundheitsangebote zu implementieren, berücksichtigt.	4.60 (0.55)
SVLFG-Mitarbeitende sind sich der Bedürfnisse und Präferenzen der versicherten Personen bewusst, die sie im Rahmen ihrer dienstlichen Aufgaben beraten.	4.33 (0.82)
Externe Politik und Anreize	
Regionale, staatliche oder nationale Maßnahmen sowie rechtliche Anforderungen haben die Entscheidung zur Implementierung internet- und telefonischer Gesundheitsdienste maßgeblich beeinflusst.	4.25 (1.50)
III. Inneres Setting	
Strukturelle Eigenschaften	
In welchem Ausmaß behindern oder erleichtern die Infrastrukturmerkmale der SVLFG aus Ihrer Sicht die Implementierung von internet- und telefonischen Gesundheitsangeboten?	2.00 (1.55)
Vernetzung und Kommunikation	
Ich empfinde die berufliche Beziehung mit Kolleginnen und Kollegen in meiner Abteilung als gut.	3.83 (0.98)
Ich empfinde die berufliche Beziehung mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen Abteilungen als gut.	4.00 (0.0)
Implementierungsklima	
Insgesamt ist die Bereitschaft zur Implementierung von internet- und telefonischen Gesundheitsangeboten bei der SVLFG hoch.	3.17 (1.17)
Spannung für Veränderung	
Es besteht eine große Nachfrage unter den Versicherten nach internet- und telefonischen Gesundheitsangeboten, um psychischen Belastungen entgegenzuwirken.	4.50 (0.55)
Internet- und telefonische Gesundheitsangebote sind wichtig, um die Bedürfnisse der Versicherten oder andere Organisationsziele zu erfüllen.	4.67 (0.52)
Kompatibilität	
Die Online-Gesundheitsangebote passen zu meinen Werten und Normen.	4.33 (0.52)
Das personalisierte telefonische Coaching passt zu meinen Werten und Normen.	4.67 (0.52)
Die Online-Gesundheitsangebote passen zu den Werten und Standards innerhalb der SVLFG.	4.00 (1.10)
Das personalisierte telefonische Coaching passt zu den Werten und Standards innerhalb der SVLFG.	4.17 (1.17)
Die Online-Trainings passen zu bestehenden Arbeitsprozessen und -praktiken in meinem Umfeld.	3.83 (0.41)

Fragen (Items) je CFIR-Konstrukt	Implementierungsteam (n=6) M (SD)
Das personalisierte telefonische Coaching passt zu bestehenden Arbeitsprozessen und -praktiken in meinem Umfeld.	4.50 (0.55)
Relative Priorität Die Implementierung der internet- und telefonischen Gesundheitsangebote hat im Vergleich zu anderen Initiativen der SVLFG, die während der Implementierungsphase durchgeführt wurden, eine hohe Priorität.	4.40 (0.55)
Verfügbare Ressourcen Die SVLFG verfügt über ausreichende Ressourcen, um internet- und telefonische Gesundheitsangebote zu implementieren und verwalten.	3.67 (1.37)
Das Implementierungsteam verfügt über ausreichende personelle Unterstützung, um die internet- und telefonischen Gesundheitsangebote zu implementieren.	3.33 (1.37)
Zugang zu Wissen und Informationen SVLFG-Angestellte erhielten angemessene Schulungen zu den internet- und telefonischen Gesundheitsangeboten.	4.00 (1.10)
IV. Charakteristiken der Individuen	
Für diese Dimension wurden in dieser Studie keine Items erfasst, da diese in anderen Datenerhebungen bei den Interventionsteilnehmenden erhoben werden.	
V. Implementierungsprozess	
Planung Wir haben ausreichend Zeit mit der Planung der Implementierung der internet- und telefonischen Gesundheitsangebote verbracht.	3.60 (1.52)
Der Plan für die Implementierung der internet- und telefontestützten Gesundheitsangebote ist detail- liert.	3.60 (1.14)
Der Plan für die Implementierung der internet- und telefontestützten Gesundheitsangebote ist/war realistisch und machbar.	2.83 (0.98)
Mitglieder des Implementierungsteams haben klar definierte Rollen und Verantwortungsbereiche.	3.17 (1.33)
Einbindung Die SVLFG hat sichergestellt, dass alle Angestellten, einschließlich derer, die keine Beratungen dazu anbieten, über die internet- und telefonischen Gesundheitsangebote informiert wurden.	2.67 (1.21)
Formal ernannte interne Implementierungsleitung Verfügt diese Person [formal ernannte interne Implementierungsleitung] über ausreichende Autorität, um die internet- und telefonischen Gesundheitsangebote zu implementieren? (ja/nein)	100 % (0.0)
Champions Einige SVLFG-Angestellte (z.B. Mitarbeitende im Außen-, Innendienst und Telezentrum) unterstützen und fördern die internet- und telefonischen Gesundheitsangebote aktiv und über das erforderliche Maß hinaus.	4.00 (1.10)
Externe Berater in der Organisationsentwicklung Wie hilfreich fanden Sie die Unterstützung von außerhalb der SVLFG (z.B. durch externe Dienstleister, Verbände und andere Organisationen)?	2.08 (0.74)
Ausführung Die internet- und telefonischen Gesundheitsangebote wurden entsprechend dem erstellten Plan umge- setzt.	3.00 (1.41)
Überlegen und Bewerten Es gibt klare Ziele innerhalb der SVLFG oder des Implementierungsteams für die Implementierung der internet- und telefonischen Gesundheitsangebote.	3.33 (1.03)
Wir nutzen die Daten von versicherten Personen, um die Versorgung zu verbessern.	3.50 (1.22)
Wir nutzen Daten, um die Implementierung von internet- und telefonischen Gesundheitsangeboten zu steuern.	2.83 (1.83)
Innerhalb der SVLFG gibt es einen regelmäßigen Austausch darüber, wie verschiedene Veränderungsprozesse im Rahmen der Implementierung von internet- und telefonischen Gesundheits- angeboten laufen.	3.50 (1.22)

Anmerkung. Die Skalenwerte liegen zwischen 1 und 5. Werte von 4 oder höher können als positiver Aspekt im Implementierungsprozess interpretiert werden, während Werte unter 3 als Raum für Verbesserung eingeordnet werden (außer Items in Bezug auf Kosten und Komplexität, bei denen eine höhere Zustimmung auf höhere Kosten oder Komplexität hinweisen). Tabelle in Anlehnung an „Using the Consolidated Framework for Implementation Research to evaluate a nationwide depression prevention project (ImplementIT) from the perspective of health care workers and implementers: Results on the implementation of digital interventions for farmers“ von J. Freund, D. D. Ebert, J. Thielecke, L. Braun, H. Baumeister, M. Berking und I. Titzler, 2023, *Digital Mental Health* (4), p. 11-13, (<https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.1083143>).

Tabelle 2: Deskriptive Daten von den im Beratungs- und Einstierungsprozess involvierten Mitarbeitenden (N=89) zu den Implementierungsdeterminanten auf Grundlage der CFIR-Kategorien

Fragen (Items) bzw. Fragebögen	Telezen- trummit- arbeitende M (SD)	N	Außen- dienstmit- arbeitende M (SD)	N	Gesamt M (SD)	N
I. Charakteristiken der Interventionen						
Relativer Vorteil						
Wenn Sie die Vor- und Nachteile der Online-Gesundheitstrainings betrachten, wie würden Sie die Situation insgesamt bewerten?	3.47 (0.76)	11	3.77 (0.70)	76	3.73 (0.71)	87
Wenn Sie die Vor- und Nachteile des personalisierten telefonischen Coachings betrachten, wie würden Sie die Situation insgesamt bewerten?	4.2 (0.62)	11	3.77 (0.65)	76	3.83 (0.66)	87
II. Äußeres Setting						
Für diese Dimension wurden keine Items erfasst.						
III. Inneres Setting						
Kompatibilität						
Die Beratung zu Online-Gesundheitstrainings bei Firmenbesuchen oder am Telefon ist mit meiner Tätigkeit als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter im Telezentrum oder im Außen- oder Innendienst zu vereinbaren.	4.21 (0.93)	11	3.64 (1.07)	67	3.72 (1.06)	78 ¹
Die Beratung zu personalisierten telefonischen Coachings bei Firmenbesuchen oder am Telefon ist mit meiner Tätigkeit als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter im Telezentrum oder im Außen- oder Innendienst zu vereinbaren.	4.21 (0.93)	11	3.48 (1.08)	67	3.57 (1.06)	78 ¹
Bereitschaft für Implementierung						
Bereitschaft der Organisation für Implementierung von Veränderung: Wirksamkeit ²	3.71 (0.46)	11	3.43 (0.68)	78	3.57 (0.63)	89
Bereitschaft der Organisation für Implementierung von Veränderung: Verpflichtung ²	3.80 (0.55)	11	3.55 (0.65)	78	3.71 (0.60)	89
Bereitschaft der Organisation für Implementierung von Veränderung (Gesamtwert) ²	3.68 (0.45)	11	3.48 (0.64)	78	3.63 (0.58)	89
Führungsengagement						
Implementierungsleitung (direkte Leitung, Vorgesetzter) ²	4.15 (0.53)	10	2.90 (0.76)	53	3.09 (0.86)	63
Implementierungsleitung (Implementierungsteam) ²	3.93 (0.50)	10	3.36 (0.50)	53	3.51 (0.69)	63
Verfügbare Ressourcen						
Es sind genug Ressourcen verfügbar, um internet- und telefonische Gesundheitsangebote zu implementieren.	3.75 (0.71)	10	2.84 (1.05)	61	2.94 (1.05)	71
IV. Charakteristiken der Individuen						
Wissen und Überzeugungen über Intervention						
Ich bin mir über die Inhalte und Ziele der Online-Gesundheitstrainings bewusst.	4.39 (0.63)	11	3.62 (0.86)	67	3.73 (0.87)	78 ¹
Ich bin mir über die Inhalte und Ziele der telefonischen Coachings bewusst.	4.39 (0.70)	11	3.31 (0.89)	67	3.46 (0.94)	78 ¹
Ich kenne die Inhalte und Ziele der Online-Gesundheitstrainings.	4.27 (0.70)	11	3.51 (0.84)	67	3.62 (0.86)	78 ¹
Ich kenne die Inhalte und Ziele der personalisierten telefonischen Coachings.	4.27 (0.66)	11	3.20 (0.95)	67	3.36 (1.00)	78 ¹
Ich bin vertraut mit den Inhalten und Zielen der Online-Gesundheitstrainings.	4.15 (0.85)	11	3.32 (0.85)	67	3.44 (0.93)	78 ¹
Ich bin vertraut mit den Inhalten und Zielen der personalisierten telefonischen Coachings.	4.27 (0.76)	11	3.06 (1.00)	67	3.23 (1.06)	78 ¹
CEQ, Fragebogen zu Glaubwürdigkeit und Erwartung (Items 1-3, 5): Gesamtskala aus Sinnhaftigkeit, Erfolg des Angebots, Empfehlungszuversicht und Gefühlslage zu Online-Gesundheitstrainings ²	4.48 (1.15)	10	4.44 (0.91)	62	4.44 (0.94)	72
CEQ (Items 1-3, 5): Gesamtskala aus Sinnhaftigkeit, Erfolg des Angebots, Empfehlungszuversicht und Gefühlslage zu personalisiertes telefonisches Coaching ²	4.93 (1.17)	10	4.54 (0.90)	62	4.54 (0.94)	72
CEQ (Item 4): Was denken Sie, wie sehr wird sich die mentale Gesundheit der Versicherten am Ende der Online-Gesundheitstrainings verbessern?	49.5 % (26.5)	10	50.60% (20.3)	62	50.44% (21.2)	72
CEQ (Item 4): Was denken Sie, wie sehr wird sich die mentale Gesundheit der Versicherten am Ende des personalisierten telefonischen Coachings verbessern?	60.7 % (27.6)	10	55.27% (17.3)	62	56.03% (18.9)	72
CEQ (Item 6): Was glauben Sie wirklich, wie sehr wird sich die mentale Gesundheit der Versicherten am Ende der Online-Gesundheitstrainings verbessern?	47.4 % (26.6)	10	50.08% (21.6)	62	49.71% (22.2)	72

Fragen (Items) bzw. Fragebögen	Telezen- trummit- arbeitende M (SD)	N	Außen- dienstmit- arbeitende M (SD)	N	Gesamt M (SD)	N
CEQ (Item 6): Was glauben Sie wirklich, wie sehr wird sich die mentale Gesundheit der Versicherten am Ende des personalisierten telefonischen Coachings verbessern?	59.9 % (28.6)	10	54.97 % (19.4)	62	55.65 % (20.7)	72
Selbstvertrauen						
Ich bin überzeugt, dass ich die Versicherten bei persönlichen Besuchen oder am Telefon zu den Online-Gesundheitstrainings beraten kann, auch wenn die Versicherten nicht dazu motiviert sind.	3.97 (1.05)	11	2.91 (1.12)	67	3.06 (1.16)	78 ¹
Ich habe Vertrauen in meine Fähigkeit, die Versicherten während persönlichen Besuchen oder am Telefon zu den personalisierten telefonischen Coachings zu beraten, auch wenn die Versicherten nicht dazu motiviert sind.	4.09 (1.09)	11	2.73 (1.02)	67	2.92 (1.13)	78 ¹
Ich bin überzeugt, dass ich die Versicherten während persönlichen Besuchen zu Online-Gesundheitstrainings beraten kann, auch wenn wenig Zeit ist.	3.91 (0.91)	11	2.78 (1.14)	67	2.94 (1.17)	78 ¹
Ich habe Vertrauen in meine Fähigkeit, die Versicherten während persönlichen Besuchen zu den personalisierten telefonischen Coachings zu beraten, auch wenn wenig Zeit ist.	4.15 (0.90)	11	2.72 (1.03)	67	2.92 (1.12)	78 ¹
Ich bin überzeugt, dass ich die Versicherten während persönlicher Besuche oder am Telefon zu den Online-Gesundheitstrainings beraten könnte, wenn ich das wollte.	4.88 (0.93)	11	3.40 (1.10)	67	3.51 (1.11)	78 ¹
Ich bin überzeugt, dass ich die Versicherten während persönlicher Besuche oder am Telefon zu den personalisierten telefonischen Coachings beraten könnte, wenn ich das wollte.	4.21 (0.83)	11	3.17 (1.04)	67	3.32 (1.07)	78 ¹
Individuelle Stufe der Veränderung						
Ich kann die internet- und telefonischen Interventionen einfach in meine bestehenden Arbeitsprozesse integrieren.	3.13 (1.13)	10	3.38 (0.96)	61	3.36 (0.98)	71
Die Arbeit wird denjenigen zugewiesen, die über die für die internet- und telefonischen Interventionen passenden Fähigkeiten verfügen.	3.50 (0.93)	10	3.97 (0.87)	61	3.91 (0.90)	71
Es werden genug Schulungen angeboten, um Mitarbeitende bei der Implementierung der internet- und telefonischen Interventionen zu unterstützen.	4.13 (0.35)	10	3.16 (1.01)	61	3.27 (1.01)	71
Andere persönliche Attribute						
Ich bin für die Beratung von Versicherten zu Online-Gesundheitstrainings während persönlichen Besuchen oder am Telefon ausgebildet.	4.15 (0.79)	11	3.37 (0.97)	77	3.48 (0.98)	88 ¹
Ich bin für die Beratung von Versicherten zu personalisierten telefonischen Coachings während persönlichen Besuchen oder am Telefon ausgebildet.	4.21 (0.83)	11	3.24 (1.01)	77	3.38 (1.04)	88 ¹
In den nächsten vier Wochen werde ich die versicherten Personen während Firmenbesuchen oder am Telefon in jedem Fall zu den Online-Gesundheitstrainings beraten.	3.79 (1.02)	11	3.39 (1.78)	77	3.44 (1.78)	88 ¹
In den nächsten vier Wochen werde ich die versicherten Personen während Firmenbesuchen oder am Telefon in jedem Fall zu den personalisierten telefonischen Coachings beraten.	3.91 (0.80)	11	3.52 (1.63)	77	3.78 (1.70)	88 ¹
Wie stark ist Ihre Absicht, die Versicherten während persönlichen Besuchen oder am Telefon zu den Online-Gesundheitstrainings zu beraten?	3.73 (1.17)	11	3.47 (0.97)	77	3.50 (1.00)	88 ¹
Wie stark ist Ihre Absicht, die Versicherten während persönlichen Besuchen oder am Telefon zu den personalisierten telefonischen Coachings zu beraten?	4.03 (0.91)	11	3.03 (1.11)	77	3.17 (1.13)	88 ¹

V. Implementierungsprozess

Für diese Kategorie wurden keine Items erhoben.

Anmerkung. ¹Aufgrund eines Programmierfehlers in der Online-Befragung wurde das Item nicht allen Mitarbeitenden angezeigt.

²Anstatt eines einzelnen Items wurden mehrere Items oder eine komplette Testbatterie-Messung genutzt, um das entsprechende Konstrukt zu erfassen. Tabelle in Anlehnung an „Using the Consolidated Framework for Implementation Research to evaluate a nationwide depression prevention project (ImplementIT) from the perspective of health care workers and implementers: Results on the implementation of digital interventions for farmers“ von J. Freund, D. D. Ebert, J. Thielecke, L. Braun, H. Baumeister, M. Berking und I. Titzler, 2023, *Digital Mental Health* (4), p. 14-15, (<https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.1083143>).

3.3 Charakteristiken der Interventionen (Merkmale der internet- und telefonbasierten Präventionsangebote)

Qualitative Ergebnisse. Mitarbeitende, die am Beratungs- und Einstierungsprozess beteiligt waren, beschrieben fünf Förderfaktoren in Bezug auf die Merkmale der internet- und telefonbasierten Präventionsangebote (siehe Abbildung 1). Vorteile liegen insbesondere in der „flexiblen Nutzung“ (Nennung von 5/71 der SVLFG-Mitarbeitenden, 7.0 %), dem „Angebot einer Krisenhotline“ (5/71, 7.0 %), der „Ortsunabhängigkeit“ (4/71, 5.6 %) und der „Anonymität“ (4/71, 5.6 %) der digitalen Interventionen sowie in der „Vielseitigkeit der Angebote“ (3/71, 5.6 %). Das Implementierungsteam beschrieb eine „hohe Qualität und Wirksamkeit der internet- und telefonischen Gesundheitsangebote“ (5/7, 71.4 %) und „Vorteile der internet- und telefonischen Angebote während der Covid-19 Pandemie“ (2/7, 28.6 %) als Förderfaktoren und „technische Probleme mit Zugangs-codes/der Online-Plattform von GET.ON“ (1/7, 14.3 %) als Implementierungsbarrieren (siehe Abbildung 2).

Quantitative Ergebnisse. Insgesamt können die durchschnittlichen Bewertungen aller Mitarbeitenden als hoch bezeichnet werden, was darauf hindeutet, dass die Merkmale der internet- und telefonbasierten Präventionsangebote die Implementierung erleichtern. Die Bewertungen des Implementierungsteams lassen eine wahrgenommene starke Forschungsevidenz und den hohen Nutzen einer Pilotimplementierungsphase (beide Mittelwerte über 4.20) erkennen (siehe Tabelle 1). Die Kosten für die Implementierung wurden seitens dem Implementierungsteam als eher hoch eingestuft ($M=3.40$) und die Implementierung wurde über alle Items hinweg als ein eher komplexer Prozess beschrieben ($M \geq 3.60$). Unter den Mitarbeitenden des Implementierungsteams und des Telezentrums wurde der relative Vorteil des telefonischen Einzelfall-Coachings ($4.20 \leq M \leq 4.73$) als hoch und der des internetbasierten Interventionsprogramms als neutral ($3.47 \leq M \leq 3.67$) bewertet, während Außendienstmitarbeitende beide internet- und telefonbasierten Interventionen gleich bewerteten ($M=3.77$; siehe Tabelle 2).

3.4 Äußeres Setting (Aspekte außerhalb der SVLFG-Organisation)

Qualitative Ergebnisse. Es konnten fünf Förderfaktoren und acht Barrieren bzgl. dem äußeren Setting aus der Perspektive der am Einstierungsprozess beteiligten Mitarbeitenden im Außendienst und Telezentrum ermittelt werden (siehe Abbildung 1). Angestellte nahmen eine „Akzeptanz von Gesundheitsangeboten bei psychischen Belastungen“ (16/71, 23.0 %) sowie ein „Interesse

an digitalen Angeboten“ (10/71, 14.0 %) unter den Versicherten wahr. Der „leichte Zugang zu digitalen Gesundheitsangeboten“ (2/71, 2.8 %), „der schnelle Kontakt zu Versicherten“ (6/71, 8.4 %) und „Vorwissen über Gesundheitsangebote unter den Versicherten“ (3/71, 4.2 %) ist aus Sicht der Angestellten hilfreich. Gleichzeitig beschrieben die Mitarbeitenden „Hemmungen bei der Nutzung des Internets“ (16/71, 23.0 %), „Zeitmangel der Versicherten“ (21/71, 21.0 %), „Skepsis gegenüber Angeboten für psychische Belastungen“ (12/71, 17.0 %) und „Priorisierung anderer Aufgaben/Themen“ (9/71, 13.0 %) unter den Versicherten. Weitere genannte Barrieren in Bezug auf die SVLFG-Versicherten waren „schlechte Internetverbindung/Fehlender PC“ (7/71, 9.9 %), eine „mangelnde Problemeinsicht“ (7/71, 9.9 %), „fehlende Anspruchsberechtigung/Versicherungsstatus“ (5/71, 7.0 %) und „Hemmungen der Versicherten bei der Anmeldung“ (4/71, 5.6 %). Basierend auf den Fokusgruppen mit dem Implementierungsteam (siehe Abbildung 2) wurden „positive Rückmeldungen von teilnehmenden Versicherten“ (3/7, 42.9 %) als Förderfaktor für die Implementierung beschrieben (siehe Abbildung 2). Zeitgleich konnten drei Barrieren, einschließlich „Unsicherheit und Stigma bzgl. psychischen Belastungen unter Versicherten“ (3/7, 42.9 %), „Hemmungen bei der Nutzung des Internets/Telefons“ (4/7, 57.1 %) und „Schwierigkeiten Versicherte zu erreichen/anzurufen“ (1/7, 14.3 %) identifiziert werden.

Quantitative Ergebnisse. Die durchschnittlichen Bewertungen von Items, die das äußere Setting aus Sicht des Implementierungsteams bewerten, lagen über 4.25 (siehe Tabelle 1). Das deutet darauf hin, dass diese Domäne förderlich für die Implementierung ist. Die Bewertungen des Implementierungsteams weisen darauf hin, dass die Bedürfnisse und Präferenzen der Versicherten berücksichtigt wurden bei der Entscheidung internet- und telefonische Gesundheitsangebote zu implementieren, und weiterhin, dass Angestellte, die im Einstierungsprozess involviert waren, sich der Bedürfnisse und Präferenzen der Versicherten bewusst waren.

3.5 Inneres Setting (Aspekte innerhalb der SVLFG-Organisation)

Qualitative Ergebnisse. Zwei Förderfaktoren und sieben Barrieren in Bezug auf das innere Setting konnten unter den Mitarbeitenden im Außendienst und Telezentrum, die im Einstierungsprozess eingebunden waren, identifiziert werden (siehe Abbildung 1). Teilnehmende betonten die „gute Zusammenarbeit innerhalb der SVLFG“ (9/71, 13.0 %) und die „Verfügbarkeit von passenden Info-Materialien für die Beratung“ (12/71, 17.0 %). Allerdings wurde von „Bedarf an weiterer Entwicklung des Info-Materials“ (14/71, 20.0 %), „Bedarf an

Schulungen/Informationen“ (13/71, 18.0 %), „fehlender Unterstützung durch Führungskräfte“ (9/71, 4.2 %) sowie „fehlendem Einbezug in aktuelle Entwicklungen des Projekts“ (12/71, 17.0 %) berichtet. Weitere identifizierte Barrieren beziehen sich auf „Zeitmangel während der Beratung“ (12/71, 17.0 %), „bürokratischer Aufwand“ (5/71, 7.0 %) und „Probleme während des Einstellungsprozesses“ (3/71, 4.2 %). Vier förderliche und fünf hinderliche Faktoren wurden in den Fokusgruppen mit dem Implementierungsteam berichtet (siehe Abbildung 2). Sie beschrieben eine „gute Zusammenarbeit, Austausch und Kommunikation innerhalb der SVLFG“ (5/7, 57.1 %), die „Vereinfachung des Einstellungsprozesses“ (2/7, 28.6 %), „weniger Zeitdruck aufgrund der Covid-19 Pandemie“ (2/7, 28.6 %), da viele Veranstaltungen aufgrund der Pandemie abgesagt werden mussten und die „Versorgung mit Schulungsmaterialien“ (1/7, 14.3 %) als hilfreich. „Zeitmangel und hohe Arbeitsbelastung unter Außendienstmitarbeitenden aufgrund neuer Aufgaben“ (5/7, 57.1 %), ein „komplizierter Einstellungsprozess zu digitalen Angeboten“ (5/7, 57.1 %), „hohe Arbeitsbelastung aufgrund neuer Verantwortungen für das Implementierungsteam“ (2/7, 28.6 %), „weniger Kontakt mit Außendienstmitarbeitenden aufgrund der Covid-19 Pandemie“ (2/7, 28.6 %) und eine „fehlende interne Vernetzung und Austausch innerhalb der SVLFG“ (1/7, 14.3 %) wurden vom Implementierungsteam als Barrieren wahrgenommen.

Quantitative Ergebnisse. Das Implementierungsteam bewertete einige Aspekte mit neutraler bis hoher Zustimmung ($3.80 \leq M \leq 4.80$; siehe Tabelle 1) insbesondere Vernetzung und Kommunikation, Veränderungskraft, Vereinbarkeit mit Werten und bestehenden Arbeitsprozessen, die relative Priorität der internet- und telefonbasierten Interventionen und der Zugang zu Wissen und Informationen. Strukturelle Eigenschaften wurden als hinderlich bewertet ($M=2.0$). Unter den in den Einstellungsprozess involvierten Mitarbeitenden (siehe Tabelle 2) kann die Bereitschaft zur Implementierung als neutral mit Mittelwerten von 3.48 für Außendienstmitarbeitende und 3.68 für Telezentrumsmitarbeitende beschrieben werden. Das Führungseengagement des direkten Vorgesetzten ($M=4.15$) und des Implementierungsteams ($M=3.90$) wurde von den Angestellten im Telezentrum als neutral bis hoch empfunden. Unter Außendienstmitarbeitenden wurde das Führungseengagement von direkten Vorgesetzten ($M=2.90$) und des Implementierungsteams ($M=3.36$) als „verbesserungsbedürftig“ bis „neutral“ bewertet. Dies gilt auch für die Bewertung der Verfügbarkeit ausreichender Ressourcen durch die Außendienstmitarbeitenden ($2.84 \leq M \leq 3.75$).

3.6 Charakteristiken der Individuen (Merkmale der SVLFG-Mitarbeitenden)

Qualitative Ergebnisse. Die Analysen zeigten einen Förderfaktor und fünf Barrieren in Bezug auf Charakteristiken der Individuen unter den am Einstellungsprozess beteiligten Mitarbeitenden (siehe Abbildung 1). Die Angestellten beschrieben „persönliche Beratungen“ (10/71, 14.0 %) als vorteilhaften Aspekt. Gleichzeitig beschrieben die Mitarbeitenden Barrieren, wie „Pandemie-bedingte Reduktion an Vor-Ort-Kontakten zu Versicherten“ (13/71, 18.0 %), „Fehlen von Beratungsgesprächen“ (6/71, 8.5 %), „Ansprache von Themen der psychischen Gesundheit“ (11/71, 15.0 %), „mangelnde Routine in der Beratung zu Gesundheitsangeboten“ (9/71, 13.0 %) und „Schwierigkeiten, Relevanz von digitalen Gesundheitsangeboten einzuschätzen“ (8/71, 11.0 %). Im Implementierungsteam konnten in Bezug auf diese Kategorie ein Förderfaktor und drei Barrieren identifiziert werden (siehe Abbildung 2). Das Implementierungsteam beschrieb „positive Rückmeldungen von SVLFG-Mitarbeitenden zum Projekt“ (1/7, 14.3 %) als förderliche, und „Unsicherheit und fehlender Mut unter den Angestellten, zu internet- und telefonbasierten Gesundheitsangeboten zu beraten“ (2/7, 28.6 %), „wenig Wissen über internet- und telefonbasierte Gesundheitsangebote“ (1/7, 14.3 %) und „kein Hinweis zu internet- und telefonbasierten Gesundheitsangeboten von Angestellten“ (1/7, 14.3 %) als hinderliche Aspekte in der Implementierung.

Quantitative Ergebnisse. Berichte zu „Wissen und Überzeugungen bzgl. der Intervention“, „andere persönliche Eigenschaften“ und „individuelle Stufe der Veränderung“ können unter den am Beratungs- und Einstellungsprozess beteiligten Mitarbeitenden als neutral bis hoch aufgefasst werden ($3.03 \leq M \leq 4.93$; siehe Tabelle 2). Während Bewertungen zu „Selbstvertrauen“ neutrale bis hohe Zustimmungsraten unter den Angestellten im Telezentrum aufgezeigt haben ($3.91 \leq M \leq 4.88$), waren die meisten entsprechenden Antworten unter Außendienstmitarbeitenden unter 3.0 ($2.72 \leq M \leq 2.91$), was auf Raum für Verbesserungen hindeutet. Insgesamt wird die Glaubwürdigkeit der Interventionen durch die Mitarbeitenden, die im Einstellungsprozess involviert waren, als hoch bewertet ($M > 4.44$). Die Mitarbeitenden gaben an, dass sie von den Präventionsmaßnahmen eine Verbesserung der Symptome um mindestens 49.5 erwarteten.

3.7 Implementierungsprozess

Qualitative Ergebnisse. Die Analysen zeigten den Förderfaktor „gestiegene mediale Präsenz der internet- und telefonbasierten Gesundheitsangebote“ (3/71, 4.2 %) und eine Barriere bzgl. der „Unübersichtlichkeit der SVLFG-Internetseite“ (5/71, 7.0 %) unter den im Einstierungsprozess beteiligten Mitarbeitenden (siehe Abbildung 1). Darüber hinaus beschrieb das Implementierungsteam (siehe Abbildung 2) sechs förderliche und einen hinderlichen Faktor: eine „klare Rollenzuweisung und Priorisierung von Aufgaben“ (4/7, 57.1 %), „gezielte Öffentlichkeitsarbeit, um psychische Gesundheitsprobleme von Stigma zu befreien“ (3/7, 42.9 %), „Mundpropaganda unter Versicherten“ (3/7, 42.9 %), „gute Zusammenarbeit mit externen Anbietern“ (2/7, 28.6 %), „Wechsel von Vor-Ort-Veranstaltungen zu digitalen Formaten“ (1/7, 14.3 %) und „Durchführung von Präsenzveranstaltungen nach der Covid-19 Pandemie“ wurden als Förderfaktoren und „durch Pandemie verursachte Veranstaltungsstornierungen und reduzierter Kontakt zu Versicherten“ (5/7, 71.4 %) wurde als Barriere für den Implementierungsprozess wahrgenommen.

Quantitative Ergebnisse. In Bezug auf den Implementierungsprozess lagen die Durchschnittswerte für das Implementierungsteam zwischen 2.08 und 5.0 über alle Konstrukte hinweg (siehe Tabelle 1). Die Zustimmung im Implementierungsteam war für „Champions“ (z. B. Personen, die sich für die Unterstützung der Implementierung engagieren, $M=4.0$) am höchsten und wiederum für „externe Berater in der Organisationsentwicklung“ (z. B. Personen außerhalb der SVLFG, $M=2.08$) und „Einbindung“ ($M=2.67$) am niedrigsten, was auf Raum für Verbesserungen hindeutet.

Reportingdaten zu Disseminationsaktivitäten. Wie die Reportingdaten zur Verbreitung von Informationen zeigen (siehe Abbildung 3), können die meisten der innerhalb von 4,5 Jahren durchgeführten 510 dokumentierten Disseminationsaktivitäten als Strategien im Bereich Schulungen ($n=277$ Aktivitäten) eingestuft werden, gefolgt vom Einbezug lokaler Meinungsführer ($n=48$ Aktivitäten) und Marketingmaßnahmen ($n=47$ Aktivitäten). Der Einbezug lokaler Meinungsführer ermöglicht Veranstaltungen, die den Austausch mit zentralen Akteuren der Gemeinschaft fördern und lokale Initiativen verbreiten (z. B. Veranstaltungen mit dem Bauernverband oder Landfrauen).

Abbildung 3. Disseminationsaktivitäten von April 2019 bis September 2022 ($N=510$), kategorisiert gemäß der EPOC-Taxonomie (Grimshaw et al., 2004).



Anmerkung. Mental Health (4), p. 16, (<https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.1083143>). Eine Aktivität kann mehreren Kategorien zugeordnet werden. Abbildung in Anlehnung an „Using the Consolidated Framework for Implementation Research to evaluate a nationwide depression prevention project (ImplementIT) from the perspective of health care workers and implementers: Results on the implementation of digital interventions for farmers“ von J. Freund, D. D. Ebert, J. Thielecke, L. Braun, H. Baumeister, M. Berking und I. Titzler, 2023, *Digital Mental Health* (4), p. 16, (<https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.1083143>)

4 Diskussion und Fazit

Aus Sicht des Implementierungsteams wie auch von den am Beratungs- und Einstierungsprozess beteiligten Mitarbeitenden scheinen die Charakteristiken der Interventionen, d. h. die Merkmale der internet- und telefonbasierten Präventionsangebote den größten positiven Einfluss auf die Implementierung von digitalen Interventionen zu haben. Der relative Vorteil von digitalen Interventionen, die Qualität der Interventionen und die Stärke der Evidenz scheinen förderliche Aspekte bei der Implementierung von internet- und tele-gestützten Interventionen im landwirtschaftlichen Bereich zu sein. Im Vergleich dazu wurden das äußere und innere Setting der SVLFG-Organisation, Charakteristiken der Individuen (Mitarbeitenden) und der Implementierungsprozess von allen Mitarbeitendengruppen weniger konsistent als förderlich für die Umsetzung der digitalen Präventionsangebote angesehen. Die meisten der qualitativ ermittelten Barrieren standen im Bezug zum äußeren Setting, besonders zu „Patientenbedürfnisse und -ressourcen“. Die Mitarbeitenden berichteten, bei den Versicherten unter anderem Hemmungen bei der Nutzung digitaler Interventionen und Skepsis gegenüber Angeboten bei psychischen Belastungen wahrgenommen zu haben. Gleichzeitig spiegeln förderliche Faktoren die Akzeptanz von Gesundheitsangeboten bei psychischen Belastungen und das generelle Interesse der Versicherten wider, das von Mitarbeitenden im Einstierungsprozess zur Kenntnis genommen wurde. Ebenso konnten auf Basis der quantitativen Bewertungen in den Bereichen "Patientenbedürfnisse und -ressourcen" sowie "externe Politik und Anreize" überwiegend positive Aspekte für die Implementierung ermittelt werden (z. B. Berücksichtigung von Bedürfnissen und Präferenzen der Versicherten während der Implementierung; förderlicher Einfluss regionaler, staatlicher oder nationaler Politik sowie gesetzlicher Vorgaben auf die Umsetzung). Hinsichtlich des inneren Settings beziehen sich viele Barrieren auf „verfügbare Ressourcen“ und „Zugang zu Wissen und Informationen“, einschließlich des Bedarfs an Schulungen und Informationen zu den Interventionen sowie weiterführende Schulungsmaterialien, welche gewünscht werden. Obwohl von mehreren Fortbildungsveranstaltungen als Disseminationsaktivitäten berichtet wurde und Einführungsveranstaltungen und Schulungen durchgeführt wurden, scheint es noch mehr Bedarf an weiteren Informationen und fortlaufenden Schulungen für die Mitarbeitenden zu geben. Viele quantitativ bewertete Konstrukte des inneren Settings innerhalb der SVLFG-Organisation ("Veränderungskraft", "Kompatibilität", "relative Priorität der neuen Angebote") trugen jedoch auch dazu bei, die Implementierung aus Sicht der Mitarbeitenden der SVLFG zu fördern. Weitere Barrieren für die Implementierung wurden in Bezug auf Charakteristiken der Individuen

identifiziert. Mitarbeitende der SVLFG, die in den Einstierungsprozess involviert waren, haben angeführt, dass sie wenig Routine in der Beratung zu Gesundheitsangeboten sowie Schwierigkeiten beim Erkennen und Ansprechen von Themen der psychischen Gesundheit haben. Die deskriptiven Ergebnisse zeigen unterschiedliche Zustimmungsraten in den verschiedenen Berufsgruppen. Während Mitarbeitende im Telezentrum die meisten Konstrukte mit hoher Zustimmung ($M > 4.0$) bewerteten, können die Zustimmungsraten in der Gruppe der Außendienstmitarbeitenden als neutral für „Wissen und Überzeugungen bzgl. der Intervention“ und „andere persönliche Eigenschaften“ und als eher hinderlich für „Selbstvertrauen“ eingestuft werden.

In Bezug auf den Implementierungsprozess konnten in den Fokusgruppen mit dem Implementierungsteam in erster Linie Förderfaktoren identifiziert werden, einschließlich einer klaren Aufgabenteilung und gezielten Aktivitäten in der Öffentlichkeitsarbeit, um psychische Gesundheitsprobleme von Stigma zu befreien. In den quantitativen Bewertungen konnten durch das Implementierungsteam Förderfaktoren zu der aktiven Unterstützung der Implementierung durch Expertinnen und Experten und formell ernannte interne Implementierungsleitende sowie Barrieren in Bezug auf die Einbindung und Information der Mitarbeitenden über die digitalen Gesundheitsangebote festgestellt werden.

Im Evaluationszeitraum wurden 510 Disseminationsaktivitäten durchgeführt, die meisten davon im Bereich Fortbildungsveranstaltungen, Einbezug lokaler Meinungsführer und Marketing, während andere Strategien wie Audit und Feedback bisher kaum genutzt wurden.

Da es Unterschiede zwischen den Online-Gesundheitstrainings von GET.ON und dem Telefonischen Einzelfallcoaching von IVP geben könnte, wurden einige Konstrukte für jede Intervention separat erfasst. Die Ergebnisse beider Interventionen sind mit neutralen bis hohen Zustimmungsraten grundsätzlich vergleichbar, mit leicht höheren Zustimmungsraten zugunsten des Telefonischen Einzelfallcoachings in Bezug auf „Stärke und Qualität der Evidenz“, „relativer Vorteil“ und „Wissen und Überzeugungen“ über die Intervention. Dies wurde in der Wahrnehmung des Implementierungsteams und der Mitarbeitenden im Telezentrum besonders deutlich. Die derzeitige Power der Studie (Stichprobengröße) sowie die ungleichgroßen Gruppenstichproben ließen jedoch keinen Schluss zu. Wie die Ergebnisse der begleitenden randomisierten und kontrollierten Studien zeigen, tragen beide Interventionen dazu bei, depressive Symptome nach der Behandlung wirksam zu reduzieren.

Bei der Betrachtung der Einflussfaktoren ist es wichtig zu berücksichtigen, dass während des Implementierungsprozesses und fast ein Jahr nach Beginn der Datenerhebung die Covid-19 Pandemie als unvorhergesehenes und unkontrollierbares Ereignis eingetreten ist, dessen Effekte sich in einigen Konstrukten zeigen. Einerseits mussten aufgrund der Pandemie Einführungsveranstaltungen, Messeauftritte und Fortbildungsveranstaltungen abgesagt werden, was zu reduzierten Vor-Ort-Kontakten mit den Versicherten und weniger Kontakt zwischen den Außendienstmitarbeitenden und dem Implementierungsteam geführt hat. Andererseits erwiesen sich digitale Interventionen während der Pandemie als nützlich und wichtig, da sie im Vergleich zu Vor-Ort-Dienstleistungen weiterhin angeboten werden konnten. Das Implementierungsteam gab an, dass die Absage von Veranstaltungen auch Zeitdruck genommen hat, was sich wiederum positiv auf die Planung neuer Implementierungsaktivitäten auswirkte. Des Weiteren konnten die Implementierungsaktivitäten angepasst und geplante Vor-Ort-Veranstaltungen in digitaler Form umgesetzt werden. Jedoch wurde auch die Durchführung von Vor-Ort-Veranstaltungen ab 2022 vom Implementierungsteam als vorteilhaft empfunden.

In der Studie wurden verschiedene Berufsgruppen befragt und untersucht. Es ist insbesondere evident, dass es oft eine Überlappung der Erfahrungen zwischen verschiedenen Berufsgruppen gibt; z. B. berichteten sowohl das Implementierungsteam wie auch in den Einstellungsprozess eingebundene Mitarbeitende mehrere Barrieren in Bezug auf das äußere und innere Setting der SVLFG-Organisation. In vielen Bereichen ergänzen sich die Ergebnisse der Berufsgruppen gegenseitig gut (z. B. gaben Mitarbeitende im Einstellungsprozess, die täglichen Kontakt mit Versicherten haben, mehr förderliche und hinderliche Faktoren im Bereich „Patientenbedürfnisse und -ressourcen“ an). Da die Arbeitsbereiche der Mitarbeitenden (Angestellte im Telezentrum, Außendienstmitarbeitende, Innendienstmitarbeitende und Implementierungsteam) und damit die Schwerpunkte, Erfahrungen und Aufgaben in der Implementierung unterschiedlich sind, trägt dies zu einer umfangreichen Analyse des Implementierungsprozesses bei.

Fazit: Die vorliegende Studie trägt zum Verständnis der förderlichen und hinderlichen Faktoren im Rahmen der Implementierung von internet- und telefonbasierten Interventionen zur Depressionsprävention bei SVLFG-versicherten der „grünen Berufe“ aus der Perspektive der SVLFG-Mitarbeitenden (Beraterinnen und Berater im Telezentrum oder im Außen-/Innendienst bzw. Implementierungsteam) bei. Durch die Untersuchung wurde verdeutlicht, dass der Einsatz verschiedener Methoden zu Datenerhebung zu einem umfassenden

Verständnis des Implementierungsprozesses beitragen kann. Die internetbasierten Interventionen und das telefonbasierte Coaching wurden von den Mitarbeitenden der SVLFG weitgehend akzeptiert. Jedoch weisen die Ergebnisse auf einige Hindernisse hin, aus denen Empfehlungen zu Verbesserung digitaler Präventionsangebote abgeleitet werden können. Die Studie unterstreicht die Komplexität des Implementierungsprozesses und die Notwendigkeit, die verschiedenen Einflussfaktoren aus unterschiedlichen beruflichen Perspektiven zu berücksichtigen, um eine erfolgreiche Implementierung langfristig zu sichern.

Autorinnen

Dr. phil. Ingrid Titzler, M.Sc.-Psych.
Psychologische Psychotherapeutin
Wissenschaftliche Projektleitung ‚Mit uns im Gleichgewicht‘
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl für
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Nägelsbachstr. 25a, 91052 Erlangen
ingrid.titzler@fau.de

Dr. phil. Johanna Freund, M.Sc.-Psych.
Studienkoordinatorin Implementierungsstudie
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl für
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Nägelsbachstr. 25a, 91052 Erlangen
johanna.freund@fau.de

Autorinnenhinweis: Dieser Artikel stellt eine deutsch-sprachige Zusammenfassung für die Leserschaft von „Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft“ dar und ist in ausführlicher Version als englischsprachiger Open-Access-Artikel in einem Wissenschaftsjournal nach einer Peer-Review-Begutachtung publiziert worden (Freund et al., 2023). Der englischsprachige Artikel ist abrufbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36761450/>

Quellen

- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., & Farahnak, L. R. (2014). The implementation leadership scale (ILS): development of a brief measure of unit level implementation leadership. *Implementation Science*, 9(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-45>
- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Torres, E. M., Finn, N. K., & Roesch, S. C. (2016). Validation of the Implementation Leadership Scale (ILS) in Substance use Disorder Treatment Organizations. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 68, 31–35. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.05.004>
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., ... Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303–1317. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>
- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: Comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184(6), 526–533. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.6.526>
- Braun, L., Freund, J., Thielecke, J., Baumeister, H., Ebert, D. D., & Titzler, I. (2022). Barriers to and Facilitators of Engaging With and Adhering to Guided Internet-Based Interventions for Depression Prevention and Reduction of Pain-Related Disability in Green Professions: Mixed Methods Study. *JMIR Mental Health*, 9(11), e39122. <https://doi.org/10.2196/39122>
- Braun, L., Titzler, I., Ebert, D. D., Buntrock, C., Terhorst, Y., Freund, J., Thielecke, J., & Baumeister, H. (2019). Clinical and cost-effectiveness of guided internet-based interventions in the indicated prevention of depression in green professions (PROD-A): study protocol of a 36-month follow-up pragmatic randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1), 278. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2244-y>
- Braun, L., Titzler, I., Terhorst, Y., Freund, J., Thielecke, J., Ebert, D. D., & Baumeister, H. (2021a). Are guided internet-based interventions for the indicated prevention of depression in green professions effective in the long run? Longitudinal analysis of the 6- and 12-month follow-up of a pragmatic randomized controlled trial (PROD-A). *Internet Interventions*, 26, 100455. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100455>
- Braun, L., Titzler, I., Terhorst, Y., Freund, J., Thielecke, J., Ebert, D. D., & Baumeister, H. (2021b). Effectiveness of guided internet-based interventions in the indicated prevention of depression in green professions (PROD-A): Results of a pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 278, 658–671. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.066>
- CFIR guide (2022). Available at: <https://cfirguide.org/>. (n.d.).
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Damschroder, L. J., & Hagedorn, H. J. (2011). A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 194–205. <https://doi.org/10.1037/a0022284>
- Deville, G. J., & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(2), 73–86. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(00\)00012-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(00)00012-4)
- Ebert, D. D., Van Daele, T., Nordgreen, T., Karekla, M., Compare, A., Zarbo, C., Brugnera, A., Øverland, S., Trebbi, G., Jensen, K. L., Kaehlke, F., & Baumeister, H. (2018). Internet- and Mobile-Based Psychological Interventions: Applications, Efficacy, and Potential for Improving Mental Health. *European Psychologist*, 23(2), 167–187. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000318>
- Elf, M., Nordmark, S., Lyhagen, J., Lindberg, I., Finch, T., & Åberg, A. C. (2018). The Swedish version of the Normalization Process Theory Measure S-NoMAD: translation, adaptation, and pilot testing. *Implementation Science*, 13(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0835-5>
- Finch, T. L., Girling, M., May, C. R., Mair, F. S., Murray, E., Treweek, S., McColl, E., Steen, I. N., Cook, C., Vernazza, C. R., Mackintosh, N., Sharma, S., Barbary, G., Steele, J., & Rapley, T. (2018). Improving the normalization of complex interventions: part 2 - validation of the NoMAD instrument for assessing implementation work based on normalization process theory (NPT). *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 135. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0591-x>
- Freund, J., Buntrock, C., Braun, L., Thielecke, J., Baumeister, H., Berking, M., Ebert, D. D., & Titzler, I. (2022). Digital prevention of depression for farmers? A qualitative study on participants' experiences regarding determinants of acceptance and satisfaction with a tailored guided internet intervention program. *Internet Interventions*, 29(December 2021), 100566. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100566>
- Freund, J., Ebert, D. D., Thielecke, J., Braun, L., Baumeister, H., Berking, M., & Titzler, I. (2023). Using the Consolidated Framework for Implementation Research to evaluate a

nationwide depression prevention project (ImplementIT) from the perspective of health care workers and implementers: Results on the implementation of digital interventions for farmers. *Frontiers in Digital Health*, 4. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.1083143>

Freund, J., Titzler, I., Thielecke, J., Braun, L., Baumeister, H., Berking, M., & Ebert, D. D. (2020a). Implementing internet- and tele-based interventions to prevent mental health disorders in farmers, foresters and gardeners (ImplementIT): study protocol for the multi-level evaluation of a nationwide project. *BMC Psychiatry*, 20(1), 424. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02800-z>

Grimshaw, J., Thomas, R., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C., Vale, L., Whitty, P., Eccles, M., Matowe, L., Shirran, L., Wensing, M., Dijkstra, R., & Donaldson, C. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8(6). <https://doi.org/10.3310/hta8060>

Huijg, J. M., Gebhardt, W. A., Crone, M. R., Dusseldorp, E., & Presseau, J. (2014). Discriminant content validity of a theoretical domains framework questionnaire for use in implementation research. *Implementation Science*, 9(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-11>

Hussain-Shamsy, N., Shah, A., Vigod, S. N., Zaheer, J., & Seto, E. (2020). Mobile Health for Perinatal Depression and Anxiety: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4), e17011. <https://doi.org/10.2196/17011>

Judd, F., Jackson, H., Fraser, C., Murray, G., Robins, G., & Komiti, A. (2006). Understanding suicide in Australian farmers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0007-1>

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), 159. <https://doi.org/10.2307/2529310>

Lattie, E. G., Adkins, E. C., Winkquist, N., Stiles-Shields, C., Wafford, Q. E., & Graham, A. K. (2019). Digital Mental Health Interventions for Depression, Anxiety, and Enhancement of Psychological Well-Being Among College Students: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(7), e12869. <https://doi.org/10.2196/12869>

Lin, T., Heckman, T. G., & Anderson, T. (2022). The efficacy of synchronous teletherapy versus in-person therapy: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(2), 167–178. <https://doi.org/10.1037/cps0000056>

Martínez-Pérez, B., De La Torre-Díez, I., & López-Coronado, M. (2013). Mobile Health Applications for the Most Prevalent

Conditions by the World Health Organization: Review and Analysis. *J Med Internet Res* 2013;15(6):E120 <https://www.jmir.org/2013/6/E120>, 15(6), e2600. <https://doi.org/10.2196/JMIR.2600>

Muñoz, R. F., Cuijpers, P., Smit, F., Barrera, A. Z., & Leykin, Y. (2010). Prevention of major depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(Volume 6, 2010), 181–212. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV-CLINPSY-033109-132040/CITE/REFWORKS>

Onwuameze, O. E., Paradiso, S., Peek-Asa, C., Donham, K. J., & Rautiainen, R. H. (2013). Modifiable risk factors for depressed mood among farmers. *Annals of Clinical Psychiatry : Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 25(2), 83–90.

R Core Team. (2019). R: A language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. Available at: <http://www.r-project.org/>.

Roy, P., Tremblay, G., Oliffe, J. L., Jbilou, J., & Robertson, S. (2013). Male farmers with mental health disorders: A scoping review. *Australian Journal of Rural Health*, 21(1), 3–7. <https://doi.org/10.1111/ajr.12008>

Schang, L., Schüttig, W., & Sundmacher, L. (2016). Unterversorgung im ländlichen Raum – Wahrnehmung der Versicherten und ihre Präferenzen für innovative Versorgungsmodelle. In J. Böcken, B. Braun, & R. Meierjürgen (Eds.), *Gesundheitsmonitor 2016: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen; Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK*. (pp. 58–85). Verlag Bertelsmann Stiftung.

Shea, C. M., Jacobs, S. R., Esserman, D. A., Bruce, K., & Weiner, B. J. (2014). Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. *Implementation Science*, 9(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-7>

Simkin, S., Hawton, K., Fagg, J., & Malmberg, A. (1998). Stress in farmers: a survey of farmers in England and Wales. *Occupational and Environmental Medicine*, 55(11), 729–734. <https://doi.org/10.1136/oem.55.11.729>

Sohng, H. Y., Kuniyuki, A., Edelson, J., Weir, R. C., Song, H., & Tu, S.-P. (2013). Capability for Change at Community Health Centers Serving Asian Pacific Islanders: An Exploratory Study of a Cancer Screening Evidence-based Intervention. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(12), 7451–7457. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.12.7451>

Terhorst, Y., Braun, L., Titzler, I., Buntrock, C., Freund, J., Thielecke, J., Ebert, D., & Baumeister, H. (2020). Clinical and cost-effectiveness of a guided internet-based Acceptance and Commitment Therapy to improve chronic pain-related

disability in green professions (PACT-A): study protocol of a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ Open*, 10(9), e034271. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034271>

Thielecke, J., Buntrock, C., Freund, J., Braun, L., Ebert, D. D., Berking, M., Baumeister, H., & Titzler, I. (2023). How to promote usage of telehealth interventions for farmers' mental health? A qualitative study on supporting and hindering aspects for acceptance and satisfaction with a personalized telephone coaching for depression prevention. *Internet Interventions*, 34(April), 100671. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100671>

Thielecke, J., Buntrock, C., Titzler, I., Braun, L., Freund, J., Berking, M., Baumeister, H., & Ebert, D. D. (2020). Clinical and Cost-Effectiveness of Personalized Tele-Based Coaching for Farmers, Foresters and Gardeners to Prevent Depression: Study Protocol of an 18-Month Follow-Up Pragmatic Randomized Controlled Trial (TEC-A). *Frontiers in Psychiatry*, 11, 125. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00125>

Thielecke, J., Buntrock, C., Titzler, I., Braun, L., Freund, J., Berking, M., Baumeister, H., & Ebert, D. D. (2022). Telephone coaching for the prevention of depression in farmers: Results from a pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 30(6), 918–930. <https://doi.org/10.1177/1357633X221106027>

Thielecke, J., Titzler, I., Braun, L., Ebert, D. D., Freund, J., Baumeister, H., Berking, M., & Buntrock, C. (in press). Does telephone coaching improve farmers' mental health in the long term? Results of the 12- and 18-month follow-up of a pragmatic randomized controlled trial. *Occupational Health Science*.

Titzler, I., Thielecke, J., Braun, L., Freund, J., Buntrock, C., Baumeister, H., Ebert, D. D., & Berking, M. (2023). "Mit uns im Gleichgewicht" – Wissenschaftliche Evaluation des Präventionsprojekts zu internet- und telebasierten Gesundheitsangeboten bei psychisch beeinträchtigten Versicherten in den grünen Berufen. *Soziale Sicherheit in Der Landwirtschaft*, 1, 19–27.

VERBI GmbH (2022). MAXQDA 2022. Available at: <https://www.maxqda.de/>.

Wann ist das Umkehren auf einem Weg zur oder von der Arbeit unfallversichert?

Karl Friedrich Köhler

Der nachstehende Beitrag befasst sich mit der Frage, wann Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Umkehr auf einem grundsätzlich nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII versicherten Weg versichert sind. Ausführungen zum Beweisrecht in diesen Fällen schließen den Beitrag ab.

1 Einleitung

Nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII ist bekanntlich auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit versichert. Doch wie verhält es sich, wenn der Versicherte auf einem solchen Weg umkehrt, also noch vor Erreichen des Ortes der versicherten Tätigkeit in seine Wohnung bzw. vor Erreichen der Wohnung an den Ort der versicherten Tätigkeit zurückfährt? Gründe dafür können in einer geänderten Handlungstendenz (er hat es sich – aus welchen Gründen auch immer – anders überlegt), in dem Umstand, einen vergessenen Gegenstand zu holen oder in einer plötzlich auftretenden Krankheit (Übelkeit) liegen.

Der in der Praxis verbreitete Grundsatz, wonach ein Rückweg das versicherungsrechtliche Schicksal des Hinwegs teile, [1] wird vom BSG inzwischen abgelehnt, sodass er bei der Beantwortung der Frage nach dem Versicherungsschutz auf Umkehrwegen nicht weiterhilft. Vielmehr ist jeder Weg, ausgehend von der jeweiligen objektivierten Handlungstendenz, für sich zu beurteilen. [2] Maßgeblich ist demnach nur die in der zuletzt ausgeübten Verrichtung nach außen erkennbare Handlungstendenz auf dem aktuell zurückgelegten Weg. [3] Wie sogleich zu zeigen sein wird, ist der Grundsatz, wonach der Rückweg das rechtliche Schicksal des Hinwegs teile, tatsächlich zu weitgehend und würde auch Fälle erfassen, die eindeutig nicht vom Sinn und Zweck der unfallversicherungsrechtlichen Wegeunfallversicherung gedeckt sind.

2 Umkehr zur Verrichtung von Tätigkeiten, die bei natürlicher Betrachtung noch im inneren Zusammenhang mit dem Zurücklegen des Weges stehen – kurzfristige Unterbrechung

Das BSG hat in ständiger Rechtsprechung entschieden, dass ganz kurze und geringfügige Unterbrechungen den Zusammenhang des Weges mit der Betriebstätigkeit selbst dann nicht beseitigen, wenn sie eigenwirtschaftlicher Natur sind. Ob das der Fall ist, ist in „natürlicher Betrachtungsweise“ [4] wertend zu entscheiden.

Ein grundsätzlich versicherter Weg bleibt auch bei einer Unterbrechung versichert, wenn diese im inneren Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit steht. Kurze und geringfügige Unterbrechungen beeinträchtigen den Versicherungsschutz nicht, solange sie Teil des Weges sind und die Fortbewegung z. B. zur Arbeitsstätte nicht wesentlich beeinflussen. Maßstab ist die allgemeine Verkehrsauffassung. Private Besorgungen gelten als geringfügige Unterbrechungen, wenn sie zeitlich und räumlich noch als Teil des Weges nach oder von dem Ort der Tätigkeit anzusehen sind bzw. die Besorgung hinsichtlich ihrer zeitlichen Dauer und der Art ihrer Erledigung keine erhebliche Zäsur in der Fortbewegung in Richtung auf die Arbeitsstätte bzw. Wohnung darstellen, gleichsam also „im Vorbeigehen“ oder „ganz nebenher“ erledigt werden können. [5] Wird der Weg zur oder von der Arbeitsstätte durch eine Privatbesorgung mehr als nur geringfügig unterbrochen, besteht während der Unterbrechung kein Versicherungsschutz. [6]

Eine Unterbrechung ist nur dann geringfügig, wenn sie zeitlich und räumlich den Weg zur Arbeit nur unwesentlich unterbricht, so dass praktisch von einer dauernden Ausübung der versicherten Tätigkeit – dem Weg zur Arbeit oder zurück – ausgegangen werden kann. Eine feste Zeitgrenze gibt es nicht. [7]

Der räumliche Bereich bleibt gewahrt, wenn die unterbrechende Tätigkeit höchstens wenige Meter vom Ort der Unterbrechung entfernt stattfindet. Als solch unschädliche Tätigkeiten sind angesehen worden: [8] Das Ziehen von Zigaretten an einem Automaten am Straßenrand oder der Kauf von Zigaretten oder Zeitungen an einem Kiosk am Straßenrand; eine kurze Handreichung, um ein Fahrrad schnell wieder fahrbereit zu machen; das Einwerfen eines Briefes in einen Briefkasten auf der gegenüberliegenden Straßenseite; das Öffnen der Tür einer Straßenbahn für einen Fahrgast; das Hineinheben eines Kinderwagens in ein Verkehrsmittel für eine andere Person; der Weg in entgegengesetzte Richtung des ursprünglichen Zielortes, um das Verschlossensein des eigenen Pkw zu prüfen; das Holen eines im KFZ des Versicherten vergessenen Schlüssels für die Außenhaustür oder das Schließen des Hoftors auf dem Rückweg vom Auto. Nicht mehr als geringfügige und daher unversicherte Unterbrechungen gelten: eine private Unterhaltung von zehn

Minuten Dauer während des Weges; das Betreten eines Geschäfts, um Brötchen und Butter zu besorgen; die Rückkehr von 30 Metern, um den Inhalt einer Plastiktüte am Wegrand zu untersuchen; ein privater Einkauf im Betrieb, der 160 Meter vom Arbeitsplatz entfernt ist und zehn Minuten dauert. Wollte man diese Kasuistik kritisieren, wäre zu bedenken, dass nur zwei Alternativen existieren, die eine leichtere Abgrenzung ermöglichen. Entweder man bezöge jede private Unterbrechung, unabhängig von ihrem Zweck und ihrer Zeitdauer in den Versicherungsschutz nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII ein, oder aber jede noch so kleine Unterbrechung hätte den Verlust des Versicherungsschutzes auf dem Weg nach oder von dem Ort der versicherten Tätigkeit zur Folge. Die erste Alternative ist unfallversicherungsrechtlich unzulässig und die zweite würde den natürlichen Gegebenheiten auf dem Weg nach oder von dem Ort der Tätigkeit widersprechen. [9] Man sollte daher überlegen, ob es nicht angebracht ist, in den Fällen der nur ganz geringfügigen Unterbrechung auf diesen Begriff zu verzichten.

Ausschlaggebend für das Bestehen des Unfallversicherungsschutzes ist seit dem Urteil des BSG vom 9. 12. 2003 [10] ohnehin die Handlungstendenz des Versicherten, d. h. die von ihm vollzogene kleinste Handlungseinheit. [11] Nur wenn eine solche als erhebliche Zäsur in der Fortbewegung in Richtung auf das Endziel beobachtet werden kann, ruht der Versicherungsschutz auf dem Weg, sodass es auf die Geringfügigkeit nicht mehr ankommt. Ist eine Richtungsänderung zu beobachten, liegt i. d. R. keine Geringfügigkeit mehr vor. [12] Bei Autofahrten stellt schon das Abbiegen, Blinken, Anhalten oder gar Aussteigen aus dem Auto eine kleinste objektivierte und beobachtbare Handlungseinheiten dar, die ein Abstellen auf das Merkmal der „geringfügigen Unterbrechung“ überflüssig macht. [13]

3 Umkehr wegen geänderter Handlungstendenz

Der von § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII geforderte innere Zusammenhang ist bei Wegeunfällen gegeben, wenn die Zurücklegung des Weges der Aufnahme der versicherten Tätigkeit bzw. nach Beendigung dieser Tätigkeit dem Erreichen der Wohnung oder eines dritten Ortes dient. Dabei ist wertend zu entscheiden, ob das Handeln des Versicherten zum Weg zur oder von der Arbeitsstätte gehört. Versicherungsschutz besteht, wenn der Weg erkennbar zu dem Zweck zurückgelegt wird, den Ort der Tätigkeit oder nach deren Beendigung im typischen Fall die eigene Wohnung zu erreichen. Der Versicherungsschutz nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII wird allerdings nicht schon dadurch begründet, dass der Versicherte auf dem unmittelbaren Weg zwischen

seiner Wohnung und dem Ort der versicherten Tätigkeit einen Unfall erleidet. [14] Maßgebend für die Beurteilung, ob eine konkrete Verrichtung der grundsätzlich versicherten Fortbewegung dient, ist vielmehr die objektivierte Handlungstendenz des Versicherten. Das objektiv beobachtbare Handeln muss subjektiv – zumindest auch – auf die Erfüllung des Tatbestands der versicherten Tätigkeit ausgerichtet sein. Die subjektive Handlungstendenz als von den Tatsachengerichten festzustellende innere Tatsache muss sich somit im äußeren Verhalten des Handelnden (Verrichtung) widerspiegeln, so wie es objektiv beobachtbar ist. [15]

Kehrt der Versicherte auf einem nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII versicherten (Hin-)Weg noch vor Erreichen des Ortes der versicherten Tätigkeit um, weil er sich aus eigenwirtschaftlichen Gründen inzwischen entschlossen hat, die Arbeit an diesem Tag doch nicht aufzunehmen, so liegt darin eine Änderung seiner Handlungstendenz, die negative Auswirkung auf seinen Versicherungsschutz haben muss. Versichert ist immer nur ein betriebsdienlicher Weg. Seit dem Urteil vom 9. 12. 2003 [16] stellt das BSG für den Versicherungsschutz auf Arbeitswegen auf die erkennbare subjektive Handlungstendenz des Versicherten ab. Der Versicherungsschutz auf einem Weg zwischen Wohnung und Arbeitsstelle wird danach unterbrochen, sobald der Versicherte seine Absicht, sich auf dem versicherten Weg nicht weiter fortbewegen zu wollen, nach außen sichtbar (Wendemanöver) dokumentiert. Nicht versichert sind also Fälle, in denen der innere Zusammenhang des geschützten Weges durch das Umkehren auf einem solchen Weg völlig aufgehoben und durch eine andere, eigenwirtschaftliche Handlungstendenz des Versicherten (z. B. Kauf von Lebensmitteln, privater Behördengang usw.) ersetzt wird. [17] Der nunmehr zurückgelegte Umkehrweg ist somit nicht versichert.

Der Fall ist nicht anders zu beurteilen als der, in dem der Versicherte sich während der Fahrt zum Ort der versicherten Tätigkeit entschließt, diesen nicht aufzusuchen und stattdessen von der Fahrstrecke in eine andere Richtung abweicht, die ihn nicht zu seiner Wohnung führt, um sich einer eigenwirtschaftlichen Tätigkeit (etwa der Verfolgung eines anderen Kraftfahrers zur Sicherung von Schadensersatzansprüchen) [18] zuzuwenden. Bewegt sich der Versicherte also nicht auf einem direkten Weg in Richtung seines versicherten Zielortes, sondern in entgegengesetzter Richtung von seinem Ziel fort, befindet er sich auf einem sog. Abweg. [19] Damit wird der innere Zusammenhang des ursprünglich nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII geschützten Weges aufgehoben und durch eine andere Handlungstendenz ersetzt. [20] Dies gilt unabhängig von der Länge der nunmehr beabsichtigten Wegstrecke. [21]

Wird demnach der direkte Weg mehr als geringfügig unterbrochen und ein solcher Abweg allein aus eigenwirtschaftlichen Gründen zurückgelegt, besteht kein Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung. [22]

4 Umkehr aus Vergesslichkeit

Oftmals kehren Versicherte auf ihrem Weg zur Arbeit um, weil sie zu Hause etwas vergessen haben. Für den Versicherungsschutz auf solchen Umkehrwegen ist entscheidend, dass es sich bei dem vergessenen Gegenstand um einen solchen handelt, den der Versicherte zur Ausführung seiner versicherten Tätigkeit benötigt. Ist dies der Fall, besteht auf dem Rückweg – bis zur Außenhaustür des Wohngebäudes – und auf dem erneuten Hinweg zur Arbeit UV-Schutz gem. § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII. [23] Im Wohngebäude des Versicherten besteht dagegen kein UV-Schutz, weil Wege i. S. d. § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII an der Außenhaustür enden. [24]

4.1 Holen eines vergessenen Gegenstandes, der zur Verrichtung der versicherten Tätigkeit benötigt wird

In der Rechtsprechung ist anerkannt, dass ein versicherter Arbeitsweg nicht nur einmal am Tag zurückgelegt werden kann, sondern auch mehrfach, wenn das wiederholte Zurücklegen des Weges durch die versicherte Tätigkeit bedingt und ihr damit zuzurechnen ist. [25] Auch ein Rückweg des Versicherten, um vergessene oder verlorene Gegenstände zu holen oder zu suchen, die zur Ausübung der versicherten Tätigkeit benötigt werden, unterbricht den Versicherungsschutz grundsätzlich nicht. [26] So hat das BSG bereits im Urteil vom 11. 8. 1988 [27] den Unfallversicherungsschutz eines Mopedfahrers bejaht, der auf dem Weg von seiner Arbeitsstätte zu seiner Wohnung eine kleine Strecke zurückfuhr, um einen verlorenen Teil der Fahrausrüstung zu suchen. Der Versicherungsschutz besteht aber nur fort, wenn der erneute Weg (Rückweg) betrieblich veranlasst ist. [28] Letzteres hat das BSG z. B. angenommen, wenn der Versicherte an seinem Arbeitsplatz bemerkt hatte, dass er zu Hause befindliche Unterlagen oder Werkzeuge für die weitere betriebliche Tätigkeit benötigte. [29]

Die betriebliche Zurechenbarkeit eines wiederholten Weges von und zur Arbeitsstätte mit der versicherten Tätigkeit ist ferner bejaht worden, wenn von dem Ort der Tätigkeit zur Wohnung zurückgekehrt werden muss, um den vergessenen, für die Verrichtung der versicherten Tätigkeit erforderlichen Spindschlüssel, eine Brille, die im Betrieb erforderliche oder übliche Arbeitsklei-

dung o. ä. zu holen, oder eine längere Zeit zwischen zwei Arbeitsschichten überbrückt werden soll. [30] Auch das Zurückfahren in die Wohnung ist bei einem Berufskraftfahrer versichert, wenn die vergessene Brieftasche, in der sich die Fahrerkarte, der Führerschein und der Sozialversicherungsausweis des Versicherten befanden, geholt werden sollte, denn diese Unterlagen waren für die Aufnahme seiner Tätigkeit als Kraftfahrer erforderlich. [31]

Rechtsprechung und Literatur haben den UV-Schutz auf Umkehrwegen bejaht, wenn die Versicherten folgende Gegenstände holen wollten:

- Arbeitsgeräte, [32]
- Aktentasche mit Arbeitspapieren, [33]
- Zahnprothese, die der Versicherte als Verkäufer für seine Arbeit benötigte, [34]
- Lesebrille, die der Versicherte für seine Arbeit benötigte, [35]
- Schlüssel für Umkleidespind und Werkzeugschrank, [36]
- schriftliche Betriebsunterlagen, ohne die der Versicherte seiner betrieblichen Tätigkeit in der Bauüberwachung nicht hätte nachgehen können, [37]
- Personalausweis und Führerschein, die der auf Dienstreise befindliche Versicherte auf dem Weg zu seiner Unterkunft (Hotel) im Auto liegengelassen hatte. Diese Papiere benötigte er zur störungsfreien Abwicklung der Dienstreise. [38]

4.2 Holen eines vergessenen Gegenstandes, der nur zu eigenwirtschaftlichen Zwecken benötigt wird

Kein Versicherungsschutz besteht dagegen, wenn der Versicherte auf dem Weg zum Ort der Tätigkeit umkehrt, weil er einen vergessenen Gegenstand holen will, der eigenwirtschaftlich Verwendung finden soll. [39]

Das Holen vergessener persönlicher Gegenstände (Brieftasche, Geld, Reisepass, Führerschein, Fahrzeugpapiere, Wohnungsschlüssel) im Betrieb nach Arbeitsende und Erreichen der Wohnung dient der versicherten Tätigkeit erkennbar nicht, sondern nur eigenen, persönlichen Belangen des Versicherten. Dieser benötigt die Gegenstände nicht für seine Arbeit am folgenden Tag, noch dazu, wenn diese an derselben Stelle aufzunehmen ist, an dem die Gegenstände zurückgelassen

wurden. [40] Das BSG hat den UV-Schutz für einen Rückweg zur Wohnung wegen einer vergessenen Geldbörse mit der Begründung verneint, dass dies dem unversicherten persönlichen Bereich des Versicherten zuzurechnen sei und zwar selbst dann, wenn er mit dem Geld in der Mittagspause Mineralwasser zur Erhaltung seiner Arbeitskraft kaufen wollte. [41]

Das Hessische LSG [42] hatte darüber zu entscheiden, ob nach dem Vortrag des Klägers davon ausgegangen werden könne, dass er sich zur Rückkehr in den Betrieb entschloss, um einem eventuellen Diebstahl seiner Brieftasche im Interesse des Betriebsklimas und Betriebsfriedens vorzubeugen. Das Gericht brauchte dabei nicht zu entscheiden, ob es sich bei dem Entfernen der Brieftasche aus dem unverschlossenen Spind objektiv überhaupt um eine den Interessen des Betriebes wesentlich dienende Maßnahme gehandelt hätte oder der Kläger subjektiv aufgrund objektiver Umstände jedenfalls berechtigterweise davon hätte ausgehen können. Denn allein der Umstand, dass der Kläger die Gegenstände nicht an beliebiger Stelle, sondern am Ort seiner versicherten Tätigkeit und dort in einem offenen, wegen eines Defekts nicht verschließbaren Spind vergessen hatte, stellt entgegen seiner Ansicht keine Besonderheit dar, die einen rechtlich wesentlichen Zusammenhang mit der versicherten Betriebstätigkeit begründen könnte. Deshalb ging weder die Handlungstendenz des Klägers dahin, eine dem Unternehmen dienende Verrichtung zu erbringen, noch wurde das beabsichtigte, persönlichen Zwecken dienende Vorhaben infolgedessen zumindest maßgeblich durch Maßnahmen bzw. pflichtwidrige Unterlassungen des Arbeitsgebers veranlasst und geprägt. Der wesentliche Auslöser für die Rückfahrt in den Betrieb war und blieb ein in der Sphäre des Klägers liegender Grund, nämlich seine eigene Vergesslichkeit.

Anders verhält es sich jedoch auf Dienstreisen. Nach der Rechtsprechung des BSG [43] besteht Versicherungsschutz während eines zum Zwecke des Holens vergessener Papiere (Reisepass, Personalausweis, Führerschein, Kraftfahrzeugpapiere) während eines anlässlich einer Dienstreise zurückgelegten Weges. Zur Begründung hat das BSG ausgeführt, der Versicherte habe zum einen die Papiere benötigt, um sich während der Dienstreise gegenüber Geschäftspartnern und dem Hotel ausweisen und sich bei der Bank Bargeld besorgen zu können. Zum anderen stehe das Mitführen der Fahrzeugpapiere im inneren Zusammenhang mit der Dienstreise, weil der Pkw im betrieblichen Interesse benutzt wurde. Auch das Mitführen des Führerscheins ist zum ordnungsgemäßen Zurücklegen des Arbeitsweges auf einer Dienstreise erforderlich.

4.3 Vergessener Urlaubstag

Mit Urteil vom 27. 3.1990 [44] hatte das BSG darüber zu entscheiden, ob ein Arbeitnehmer, der an einem Tag, an dem er Urlaub hatte, dies aber vergessen hatte, auf dem Rückweg vom Betrieb, in dem er die Arbeit nicht aufgenommen hatte, nachdem er seinen Irrtum bemerkt hatte, versichert ist. Das BSG hat den Versicherungsschutz des vergesslichen Arbeitnehmers mit folgender Begründung verneint:

Grundsätzlich könne Versicherungsschutz auch auf dem Weg nach und von dem Ort der Tätigkeit bestehen, wenn es gar nicht zu einer Arbeitsaufnahme gekommen sei, der Versicherte gleichwohl aber der Meinung war, eine Arbeitspflicht habe bestanden. Allein die subjektive Vorstellung des Versicherten reiche jedoch nicht aus, um den erforderlichen Zusammenhang zwischen dem Weg und der Tätigkeit herzustellen. Vielmehr sei zusätzlich erforderlich, dass diese Vorstellung in den objektiv gegebenen Verhältnissen im Einzelfall eine ausreichende Stütze finde. [45] Erst dann, wenn der Versicherte infolge objektiver Umstände sich in der berechtigten Überzeugung befinde, betriebliche Belange zu fördern, bestehe die für den Unfallversicherungsschutz notwendige Verknüpfung zum geschützten Risikobereich. Solche Umstände lägen nach dem vom LSG festgestellten Sachverhalt nicht vor. Vielmehr sei der Irrtum allein in der Person des Versicherten begründet.

Sowohl die Personalabteilung als auch der für den Versicherten zuständige stellvertretende Meister hätten dem Versicherten am Freitag auf den Beginn des gewährten Urlaubs am kommenden Montag ausdrücklich hingewiesen und darauf aufmerksam gemacht, dass der Resturlaub für das zurückliegende Jahr im März zumindest angetreten sein müsse, andernfalls er verfalle. Anhaltspunkte, die auf Seiten des Versicherten Zweifel an dem Zeitpunkt des Urlaubsbeginns aufkommen lassen konnten, seien aus den Feststellungen des LSG nicht ersichtlich. Soweit der Versicherte sich daher in einem Irrtum befand, sei dieser allein auf Gründe in seiner Sphäre – etwa ein Vergessen – zurückzuführen. Hatte die Fahrt am Montag auch ihre Grundlage in dem Beschäftigungsverhältnis des Versicherten, so reiche dies allein jedenfalls im Rahmen der Prüfung des inneren Zusammenhangs zur versicherten Tätigkeit nicht aus, wenn wie hier der Versicherte von der arbeitsvertraglichen Pflicht, seiner Arbeit nachzugehen, für die Dauer des Urlaubs befreit sei und aus den gesamten Umständen anzunehmen sei, dass ihm der Beginn des Urlaubs bekannt war oder hätte bekannt sein müssen. Fehle es an einer objektiven Grundlage, z. B. an der Aufnahme der Arbeit unter Verschiebung des Urlaubs auf den nächsten Tag, so liege in dem Weg von dem Ort der – nicht aufgenommenen – Tätigkeit keine dem Betrieb

dienende Handlung und damit auch kein Arbeitsunfall vor.

Dem ist zuzustimmen.

5 Umkehr wegen Krankheit

Zuweilen kommt es vor, dass Versicherte während der Fahrt zur Arbeit umkehren, weil sie sich krank fühlen. Entweder es überkommt sie eine plötzliche Übelkeit oder sie bemerken erst während der Fahrt, dass sie eigentlich arbeitsunfähig sind, sodass sie umkehren, um ihre Krankheit zu Hause auszukurieren. Zu diesen Fällen liegen unterschiedliche LSG-Entscheidungen vor.

5.1 Urteile des Bayerischen LSG, 12. 7. 2001, L 17 U 305/00, juris und des LSG Nordrhein-Westfalen, 20. 7. 2021, L 15 U 594/20, juris

In dem vom Bayerischen LSG entschiedenen Fall befand sich die Klägerin nicht auf dem Weg zur Arbeit, sondern krankheitsbedingt auf einem Umkehrweg nach Hause. Ihr Umkehren allein vermochte aber, wie das LSG entschied, nicht den inneren Zusammenhang mit dem Beschäftigungsverhältnis auf dem einmal aufgenommenen geschützten Arbeitsweg zu beseitigen. Die beschäftigungsbezogene Handlungstendenz der Klägerin sei nämlich nicht durch eine andere privatwirtschaftlich geprägte Handlungstendenz ersetzt worden. [46] Insbesondere habe die durch Übelkeit erforderliche Umkehr den bei Fahrtantritt bestehenden inneren Zusammenhang mit dem Beschäftigungsverhältnis nicht verdrängt. Machten plötzlich auftretende Hindernisse eine Umkehr erforderlich, bleibe der Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung erhalten. [47] Denn dann werde die ursprüngliche Handlungstendenz nicht durch eine andere, insbesondere privatwirtschaftlich orientierte Handlungstendenz ersetzt. [48] Hierin unterscheide sich der vorliegende Fall von der Umkehr, um eine vergessene Geldbörse zum Erwerb von Sprudel zu holen. [49]

Unter Hinweis auf die Entscheidung des Bayerischen LSG vom 12. 7. 2001 führt auch Keller [50] aus, dass der Versicherungsschutz nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII auf dem Weg vom Tätigkeitsort nicht dadurch in Frage gestellt werde, dass es zuvor nicht zur Arbeitsaufnahme gekommen sei bzw. plötzlich vor Arbeitsaufnahme, auch bereits während des Weges, auftretende Hindernisse (z. B. Übelkeit) die Rückkehr des Versicherten erforderlich gemacht haben.

Das LSG Nordrhein-Westfalen befand – ebenfalls mit Hinweis auf die zuvor zitierte Entscheidung des Bayeri-

schen LSG –, dass sich eine Versicherte nicht bereits deshalb auf einem unversicherten Weg befand, weil sie den Ort der Tätigkeit nie erreicht hatte. Versicherungsschutz bestehe vielmehr auch, wenn der Ort der Tätigkeit gar nicht erreicht wird, weil sich im Gesundheitszustand der Versicherten Umstände gezeigt haben, welche die Umkehr erforderlich machten. [51] Versicherungsschutz bestehe lediglich dann nicht, wenn die Versicherte auf dem Weg zum Ort der Tätigkeit aus eigenwirtschaftlichen Gründen umkehrt.

Ob der Versicherungsschutz bei einer wegen gesundheitlicher Probleme erfolgten Umkehr auf Umstände beschränkt ist, die plötzlich und unvorhergesehen auf dem Weg zur Arbeit auftreten, brauchte das LSG Nordrhein-Westfalen nicht zu entscheiden. Denn dass die Umkehr der Klägerin auf dem Weg zur Arbeitsstätte überhaupt auf Umständen in ihrem Gesundheitszustand beruhte, welche die Umkehr erforderlich machten, ließ sich nicht im Vollbeweis, d. h. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, feststellen. [52]

D. h., Versicherungsschutz hätte bestanden, wenn die Versicherte umgekehrt sei, „weil sich (in ihrem) Gesundheitszustand Umstände gezeigt haben, welche die Umkehr erforderlich machten“, was im zu beurteilenden Fall jedoch nicht nachgewiesen sei. So bestünde unter anderem die ernsthaft in Betracht zu ziehende Möglichkeit, dass die Versicherte nicht nach Hause, sondern direkt zum Arzt fahren wollte, was als eigenwirtschaftlich respektive privat gelte und daher nicht unter Unfallversicherungsschutz stehe. [53]

Damit erkennt das LSG aber an, dass das gesundheitsbedingte Umkehren auf einem Weg zur Arbeit noch vor Erreichen der Arbeitsstätte versichert ist, wenn der oder die Versicherte wieder nach Hause fährt. Lediglich aus Gründen des im konkreten Fall nicht zu führenden Beweises einer krankheitsbedingten Umkehr wurde die Klage abgewiesen.

5.2 LSG Niedersachsen-Bremen, 21. 2. 2024, L 3 U 52/23, juris

Das LSG Niedersachsen-Bremen sah den Fall einer krankheitsbedingten Umkehr dagegen als nicht versichert an, weil es zur Feststellung eines inneren Zusammenhangs der Fahrt zurück nach Hause mit der betrieblichen Tätigkeit nicht ausreiche, dass der Kläger, der sich an den Unfall nicht mehr erinnern könne, aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen folgere, er sei deshalb nicht mehr in Richtung Arbeitsstätte gefahren, weil er krankheitsbedingt arbeitsunfähig gewesen sei und möglichst schnell nach Hause gewollt habe.

Aber selbst für den Fall, dass dieses Vorbringen als zutreffend unterstellt wird, habe vorliegend kein Versicherungsschutz bestanden. Es habe an dem erforderlichen inneren Zusammenhang des Wegs mit der betrieblichen Tätigkeit gefehlt. Ein Fall des klassischen „Heimwegs“ im Anschluss an die Tätigkeit liege nicht vor, weil der Kläger das Werksgelände gar nicht erreicht hatte. Solange der Kläger in Richtung Arbeitsstätte gefahren sei, um dort eine betriebliche Tätigkeit aufzunehmen, habe er unter Versicherungsschutz gestanden. Der innere Zusammenhang zur betrieblichen Tätigkeit sei aber in dem Moment gelöst worden, als er sich dazu entschlossen habe, die Nachtschicht aus gesundheitlichen Gründen nicht anzutreten, um sich eben wegen dieser Gründe arbeitsunfähig nach Hause zu begeben. Von da an sei er (ausschließlich) eigenwirtschaftlich unterwegs gewesen.

Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG könnten zwar auch die grundsätzlich dem persönlichen Lebensbereich und nicht der versicherten Tätigkeit zuzuordnenden Maßnahmen der Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit in den Versicherungsschutz einbezogen sein, doch setze das – unter anderem – voraus, dass die Verrichtung auch dazu diene, weiterhin betriebliche Arbeit verrichten bzw. den Weg dorthin zurücklegen zu können. [54] Es müsse den Versicherten (zumindest auch) darauf ankommen, die betriebliche Tätigkeit aufnehmen oder fortsetzen zu können. Davon könne vorliegend mangels tatsächlicher Anknüpfungspunkte nicht ausgegangen werden. Im Gegenteil, der Kläger gehe selbst davon aus und trage entsprechend vor, dass er krankheitsbedingt arbeitsunfähig und deshalb auf dem Heimweg gewesen sei.

Kehre ein Versicherter vor dem Erreichen der Arbeitsstätte wieder um, befinde er sich weder auf einem Weg zur Arbeitsstätte noch auf einem Weg von der Arbeitsstätte. Der in § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII erwähnte Anknüpfungspunkt („Ort der versicherten Tätigkeit“) könne damit zur Begründung des inneren Zusammenhangs zur betrieblichen Tätigkeit nicht herhalten. Eine Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf die über die unmittelbar im Gesetz angelegten Wege hinaus komme, wie die zitierte ständige Rechtsprechung des BSG zeige, nur in Betracht, wenn der Zusammenhang zur betrieblichen Tätigkeit gewahrt bleibt. Hier liege der von dem Kläger infrage gestellte Unterschied zum vorliegenden Fall: Seine Fahrt unmittelbar vor dem Unfall habe, immer sein Vorbringen als zutreffend unterstellt, allein dem Zweck gedient, krankheitsbedingt so schnell wie möglich wieder zu Hause zu sein. Irgendwelche Berührungspunkte zur betrieblichen Tätigkeit hätten damit eindeutig nicht bestanden.

5.3 Würdigung

Die Entscheidungen des Bayerischen LSG und des LSG Nordrhein-Westfalen überzeugen nicht, während derjenigen des LSG Niedersachsen-Bremen zuzustimmen ist. Entscheidend ist dabei, dass ein krankheitsbedingtes Umkehren auf dem Weg zur Arbeit letztlich eigenwirtschaftlich ist.

Es entspricht gängiger Rechtsprechung und Praxis, dass auch Wege zum Arzt – obgleich mittelbar betriebsdienlich – keine dem Unternehmen dienenden, sondern eigenwirtschaftliche, private Tätigkeiten sind, es sei denn, dass der Arztbesuch unerwartet notwendig geworden war, um den schon begonnenen Weg zur Arbeit fortzusetzen oder die Arbeit überhaupt aufnehmen zu können. [55] Wie zahlreiche sonstige Verrichtungen des täglichen Lebens, die gleichzeitig sowohl den privaten Interessen des Versicherten als auch den fremdnützigen Belangen des Unternehmers dienen, sind gesundheitsfördernde Maßnahmen grundsätzlich dem persönlichen Lebensbereich und nicht der versicherten Tätigkeit wertend zuzurechnen. Sie stehen daher nicht unter Unfallversicherungsschutz, solange das Gesetz dies nicht ausnahmsweise aus Gründen des sozialen Schutzes ausdrücklich anordnet. [56]

Ein betrieblicher Zusammenhang wird aber auch in dieser Fallkonstellation vom BSG ausnahmsweise dann bejaht, wenn der Arztbesuch als Vorbereitungshandlung mit der eigentlichen versicherten Tätigkeit so eng verbunden ist, dass er bei natürlicher Betrachtungsweise mit ihr eine Einheit bildet. Hierfür ist neben einem besonders engen sachlichen auch ein besonders enger örtlicher und zeitlicher Zusammenhang erforderlich, der die Vorbereitungshandlung nach den Gesamtumständen selbst bereits als Bestandteil der versicherten Tätigkeit erscheinen lässt. [57] So hat das BSG etwa Unfallversicherungsschutz angenommen beim Beschaffen von Medikamenten, wenn dies dazu diene, trotz einer während der Dienstzeit plötzlich aufgetretenen Gesundheitsstörung die betriebliche Tätigkeit fortsetzen zu können bzw. bei unmittelbar vor Dienstantritt aufgetretenen Beschwerden den Dienstantritt erst zu ermöglichen. [58] Der Versicherte wollte aber in dem vom LSG Niedersachsen-Bremen entschiedenen Fall nicht zum Arzt, sondern krankheitsbedingt nach Hause fahren.

Im Falle eines von dem Versicherten beabsichtigten Arztbesuches liegt unzweifelhaft eine Änderung seiner Handlungstendenz vor, die – wie vorstehend gezeigt – dazu führt, dass sein ursprünglich ins Auge gefasster Weg unterbrochen wird. Er befindet sich dann seit dem Abbiegen bzw. der Umkehr auf einem unversicherten Abweg. Dies gilt auch im Falle des Umkehrens, um die eigene Wohnung zu erreichen, mag dies auch als ein

Hinderungsgrund für die Arbeitsaufnahme erscheinen. Auch in diesem Fall ist die Richtungsänderung (Umkehr) des Versicherten von der Vorstellung geprägt, etwas „anderes“ zu tun als zur Arbeit zu fahren. Der Versicherte hat die Fahrt zur Arbeit willentlich abgebrochen und ist umgekehrt, um wieder nach Hause zu gelangen. Dies führt dazu, dass der Weg nach Hause – ebenso wie der zum Arzt – nicht versichert ist.

Der Versicherungsschutz des Verletzten auf seinem unfallbringenden Rückweg hängt also davon ab, ob der Weg für sich genommen im inneren Zusammenhang mit dem Beschäftigungsverhältnis stand. Dieser Zusammenhang kann sich zwar, wie das BSG entschieden hat, z. B. daraus ergeben, dass plötzlich ein Hindernis aufgetreten war, das die Umkehr erforderlich machte. [59] Bei diesem Hindernis muss es sich allerdings bei verständiger Würdigung um ein verkehrstechnisches handeln (z. B. Eisglätte), also nicht um ein solches, welches auf einen Entschluss des oder der Versicherten zurückgeht. Es ist nicht einzusehen, dass der Weg zum Arzt grundsätzlich unversichert, der Weg nach Hause dagegen versichert sein soll. In beiden Fällen liegt kein mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängender unmittelbarer Weg nach oder von dem Ort der Tätigkeit vor, wie es § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII verlangt.

6 Beweislast

Für die Unfallversicherung gibt es keine spezielle Beweislastregel, sodass die für das Zivilrecht entwickelte „Normentheorie“ [60] Anwendung findet. [61]

Sie geht vom Bestehen einer materiellen Grundnorm aus, die die anspruchsbegründenden Tatsachen nennt und stellt dem Gegennormen gegenüber, die bei Vorliegen aller rechtsbegründenden Tatsachen für den jeweiligen Anspruch dennoch „schädlich“ sind, weil sie Sondertatbestände [62] enthält, welche die tatsächlichen Merkmale des gegebenen rechtsbegründenden Sachverhalts um Zusatztatsachen erweitern. [63] Jedoch können Sachverhalte, bei denen die rechtsbegründenden Tatsachen fehlen, nicht zugleich rechtsbegründend oder rechtsvernichtend sein, [64] sodass die Berufung des Unfallversicherungsträgers auf das Fehlen einer anspruchsbegründenden Tatsache lediglich ein tatsächliches Bestreiten und keinen rechtshindernden oder rechtsvernichtenden Einwand enthält. [65]

Die Beweislast für die rechtsbegründenden Tatsachen trägt, wer ein Recht geltend macht; bestreitet ein anderer dieses Recht aufgrund rechtshindernder oder rechtsvernichtender Tatsachen einer Gegennorm, so trägt er für diese die Beweislast. Nur wenn der Versicherte die rechtsbegründenden Tatsachen beweisen

kann, stellt sich überhaupt die Frage nach eventuell rechtshindernden oder rechtsvernichtenden Tatsachen.

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls, dass die anspruchsbegründenden Merkmale des § 8 SGB VII, nämlich „versicherte Tätigkeit“, „Verrichtung zur Zeit des Unfalls“, „Unfallereignis“ sowie „Gesundheitserst- bzw. Gesundheitsfolgeschaden“ im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, feststehen müssen. Für sie liegt demnach die Beweislast bei den Versicherten bzw. im Todesfall bei ihren Hinterbliebenen. Dieser Beweisgrad ist erfüllt, wenn kein vernünftiger, die Lebensverhältnisse klar überschauender Mensch noch zweifelt, wenn also kein vernünftiges Zweifelsgefühl mehr besteht. [66] Demgegenüber genügt für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen der Grad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit, nicht jedoch die Glaubhaftmachung und erst recht nicht die bloße Möglichkeit. [67] Die Nichterweislichkeit bzw. die tatsächliche Unaufklärbarkeit der anspruchsbegründenden Tatsachen – einschließlich der zum Unfallereignis führenden Kausalkette – geht nach den Regeln der objektiven Beweislast zulasten des Versicherten. [68]

Eine (geschriebene noch eine ungeschriebene) Gegennorm zu § 8 SGB VII existiert nicht. Alles, woran die Anerkennung eines Arbeitsunfall scheitern kann, ist daher das Fehlen einer rechtsbegründenden Tatsache. Eine Beweislast des Unfallversicherungsträgers mit rechtshindernden oder rechtsvernichtenden Zusatztatsachen wurde noch nie begründet. Immer blieb es bei deren apodiktischen Behauptungen, jedoch wurde immer nur das Fehlen anspruchsbegründender Tatsachen gezeigt. [69]

Da es sich bei den Rechtsfiguren der eigenwirtschaftlichen Wegeabweichungen (Abwege, Umwege) lediglich um Unterarten entweder der zeitweiligen Lösung durch kurzfristige Unterbrechungen der versicherten Tätigkeit oder um die endgültige Lösung durch ihren Abbruch handelt, fehlt ihnen die „versicherte Tätigkeit“ als rechtsbegründende Tatsache. Sie sind schon allein deshalb keine rechtshindernden oder rechtsvernichtenden Tatsachen, weil sie nicht zu den Voraussetzungen eines Arbeitsunfall hinzukommen. [70] Lassen sich keine unfallversicherungsrechtlich zu akzeptierenden Gründe für eine Wegeabweichung feststellen, so trifft dies den Versicherten. [71] Das gilt selbst bei Unfällen auf einer direkten Wegestrecke, wenn das anspruchsbegründende Ziel des Weges unaufklärbar ist, z. B. in Fällen, in denen nicht geklärt werden konnte, ob tatsächlich eine Rückkehr von der Arbeit nach Hause geplant war. [72]

7 Fazit

Das Umkehren auf einem grundsätzlich nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII versicherten Weg ist – abgesehen von den Fällen einer nur geringfügigen Unterbrechung – zumeist eigenwirtschaftlich und damit unversichert. Das betrifft insbesondere die Fälle, in denen der Versicherte seine Handlungstendenz in Richtung einer privaten Tätigkeit geändert hatte, mag es sich dabei um das Holen eines zur Ausführung der versicherten Tätigkeit nicht benötigten vergessenen Gegenstandes, einen Arzt- oder Apothekenbesuch, der nicht dazu dient, die Aufnahme der versicherten Tätigkeit am Unfalltag zu ermöglichen, oder um einen plötzlich herbeigeführten Entschluss, den Ort der versicherten Tätigkeit wegen eines anderen privaten Vorhabens doch nicht erreichen zu wollen, handeln. Auch die krankheitsbedingte Rückfahrt nach Hause ist dem eigenwirtschaftlichen Bereich des Versicherten zuzurechnen.

Nur wenn der Versicherte auf seinem grundsätzlich versicherten Weg umkehrt, um Gegenstände zu holen, die er zur Verrichtung seiner versicherten Tätigkeit benötigt, ist das Umkehren versichert.

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. etwa Leube, SGB 2014, S. 395, 397.
- [2] BSG, 14. 11. 2013, B 2 U 27/12 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 51 Rn. 15; BSG, 9. 6. 2018, B 2 U 1/17 R, SozR 4-2700 § 2 Nr. 42 Rn. 22; anders noch BSG, 14. 12. 1999, B 2 U 3/99 R, SozR 3-2700 § 8 Nr. 1 Rn. 20.
- [3] Schur/Spellbrink, SGB 2014, S. 589, 592.
- [4] BSG, 7. 5. 2019, B 2 U 31/17 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 69, Rn. 20 mit Anm. Köhler, SGB 2020, S. 382 ff.; BSG, 18. 12. 1974, 2 RU 37/73, USK 7412.
- [5] St. Rspr., vgl. BSG, 7. 5. 2019, B 2 U 31/17 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 69 Rn. 20 m. Anm. Köhler, SGB 2020, S. 382 ff.; BSG, 12. 4. 2005, B 2 U 11/04 R, BSGE 94, 262.
- [6] Vgl. BSG, 9. 12. 2003, B 2 U 23/03 R, juris, m. w. N.
- [7] Hessisches LSG, 2. 2. 2016, L 3 U 108/15, juris.
- [8] Vgl. zu diesen Beispielen mit zahlreichen Nachweisen aus der Rechtsprechung: Ricke, in KassKomm, SGB VII, § 8 Rn. 42; Schur/Spellbrink, SGB 2014, S. 589, 593; Keller, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 8 Rn. 38a, vgl. auch die Nachweise in BSG, 9. 12. 2003, B 2 U 23/03 R, BSGE 91, 293 sowie in Bayerisches LSG, 10. 2. 2021, L 3 U 54/20, juris.
- [9] Krasney, in Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft der Verkehrsrechtsanwälte im Deutschen Anwaltsverein, Homburger Tagung 1984, S. 7, 17; ders., SGB 2013, S. 313, 317; ders., ZTR 2003, S. 12, 16..
- [10] B 2 U 23/03 R, BSGE 91, 293.
- [11] BSG, 17. 12. 2015, B 2 U 8/14 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 55 Rn. 14 m. w. N.
- [12] Wagner, jurisPR-SozR 9/2023 Anm. 4.
- [13] Vgl. ausführlich Wagner, in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 3. Aufl. 2022, § 8 Rn. 218 und Keller, in Hauck/Noftz SGB VII, § 8 Rn. 38a.
- [14] Vgl. z. B. Schlaeger, DGVU Forum 9/2021, S. 48.
- [15] Vgl. BSG, 30. 1. 2020, B 2 U 2/18 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 70 Rn. 24 ff. m. w. N.; BSG, 6. 10. 2020, B 2 U 9/19 R, SozR 4-1500 § 55 Nr. 27, Rn. 20.
- [16] BSG, 9. 12. 2003, B 2 U 23/03 R, juris; vgl. dazu Köhler, SGB 2004, S. 533, 542.
- [17] Vgl. BSG, 28. 6. 1991, 2 RU 70/90, juris.

- [18] BSG, 27. 3. 1990, 2 RU 36/89, SozR 3-2200 § 550 Nr. 1. Mit Urteil vom 17. 2. 2009 (B 2 U 26/07, juris) hat das BSG auch den Versicherungsschutz bei Regulierungsgesprächen nach einem Verkehrsunfall verneint, da hier die Handlungstendenz des Versicherten im Unfallzeitpunkt nicht auf die Fortsetzung des versicherten Weges, sondern auf die Wahrung eigener Schadensersatzinteressen gerichtet ist.
- [19] Vgl. BSG, 5. 5. 1998, B 2 U 40/97 R, SozR 3-2200 § 550 Nr. 18; BSG, 19. 3. 1991, 2 RU 45/90, SozR 3-2200 § 548 Nr. 8.
- [20] Vgl. BSG, 2. 7. 1996, 2 RU 16/95, SozR 3-2200 § 550 Nr. 14.
- [21] Vgl. BSG, 19. 3. 1991, 2 RU 45/90, SozR 3-2200 § 548 Nr. 8; BSG, 21. 1. 1997, 2 RU 11/96, juris.
- [22] Vgl. BSG, 5. 7. 2016, B 2 U 16/14 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 58, Rn. 19; BSG, 7. 9. 2004, B 2 U 35/03 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 6; BSG, 11. 9. 2001, B 2 U 34/00 R, SozR 3-2700 § 8 Nr. 9.
- [23] Saarländisches LSG, 9. 6. 2010, L 2 U 50/09, UVR 2010, S. 1119 mit zahlreichen Hinweisen auf die BSG-Rechtsprechung.
- [24] LSG Nordrhein-Westfalen, 29. 6. 1999, L 15 U 293/98, juris Rn. 22.
- [25] BSG, 4. 9. 2007, B 2 U 24/06 R, juris Rn. 14; BSG, 29. 1. 1959, 2 RU 198/56, juris Rn. 20.
- [26] Vgl. BSG, 11. 8. 1988, 2 RU 80/87, juris Rn. 16 m. w. N.; Sächsisches LSG, 13. 10. 2021, L 6 U 189/18, juris Rn. 18; vgl. auch Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, § 8 Rn. 12.12., 12.32, 12.30, 12.34.
- [27] 2 RU 80/87, juris.
- [28] Vgl. BSG, 20. 3. 2007, B 2 U 19/06 R, juris; LSG Baden-Württemberg, 9. 3. 2017, L 6 U 2131/16, juris Rn. 56.
- [29] BSG, 20. 3. 2007, B 2 U 19/06 R, juris Rn. 13.
- [30] BSG, 25. 1. 1977, 2 RU 99/75, SozR 2200 § 550 Nr. 25.
- [31] LSG für das Saarland, 9. 6. 2010, L 2 U 50/09, juris Rn. 24.
- [32] LSG Nordrhein-Westfalen, 23. 11. 2020, L 17 U 811/17, juris Rn. 42.
- [33] BSG, 7. 11. 2000, B 2 U 39/99 R, SozR 3-2700 § 8 Nr. 3, Rn. 23.
- [34] BSG, 26. 5. 1977, 2 RU 97/75, juris.
- [35] BSG, 25. 1. 1977, 2 RU 99/75, juris = BLB-Rdschr. 1/78.
- [36] LSG Baden-Württemberg, 15. 4. 2010, L 6 U 3210/09, juris Rn. 32.
- [37] BSG, 7. 11. 2000, B 2 U 39/99 R, juris.
- [38] BSG, 12. 6. 1990, 2 RU 57/89, BLB-Rdschr. 57/91.
- [39] Vgl. BSG, 25. 1. 1977, 2 RU 57/75, SozR 2200 § 550 Nr. 24; LSG Baden-Württemberg, 24. 10. 2012, L 2 U 5220/10, juris Rn. 30; LSG Saarland, 18. 11. 2014, L 2 U 48/12, juris.
- [40] Hessisches LSG, 5. 4. 1995, L 3 U 580/94, juris Rn. 16.
- [41] BSG, 25. 1. 1977, 2 RU 57/75, SozR 2200 § 550 Nr. 24.
- [42] Hessisches LSG, 5. 4. 1995, L 3 U 580/94, juris Rn. 16.
- [43] Urteil vom 12. 6. 1990, 2 RU 57/89, juris.
- [44] BSG, 2 RU 37/89, juris.
- [45] Hinweis u. a. auf BSG, 28. 2. 1964, 2 RU 30/61, BSGE 20, 215, 218; BSG, 30. 1. 1970, 2 RU 197/67, BSGE 30, 282, 283; Krasney, BG 1987, S. 383, 385; Watermann, Die Ordnungsfunktionen von Kausalität und Finalität im Recht, 1968, S. 149 f.
- [46] Bayerisches LSG, 12. 7. 2001, L 17 U 305/00, juris Rn. 17.
- [47] Hinweis auf BSG, 28. 6. 1991, 2 RU 70/90, juris; BSG, 11. 8. 1988, 2 RU 80/87, juris sowie BSG, SozR 3-2200 § 548 Nr. 3.
- [48] Bayerisches LSG, 12. 7. 2001, L 17 U 305/00, juris Rn. 24.
- [49] Hinweis auf BSG, 25. 1. 1977, 2 RU 57/75, SozR 2200 § 550 Nr. 24.
- [50] Vgl. Keller, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 8 Rn. 224b.
- [51] LSG Nordrhein-Westfalen, 20. 7. 2021, L 15 U 594/20, juris Rn. 25.
- [52] Zur Beweislast vgl. nachstehend unter 6.
- [53] Vgl. Mülheims, DGVU Forum 1-2/2022, S. 39.
- [54] Hinweis auf BSG, 7. 9. 2004, B 2 U 35/03 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 6, Rn. 13; BSG, 26. 6. 2001, B 2 U 30/00 R, SozR 3-2200 § 548 Nr. 43 S. 163 f.; BSG, 18. 3. 1997, 2 RU 17/96, SozR 3-2200 § 550 Nr. 16 S. 62.

- [55] Vgl. BSG, 5. 7. 2016, B 2 U 16/14 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 58, Rn. 16; LSG Berlin-Brandenburg, 7. 2. 2023, L 3 U 169/21, juris Rn. 29; Köstler, LGP 2017, 040; Schwirz, BGHM-Aktuell 2017, Nr. 2, S. 31; Sinß, A&G 2012, Nr. 5/6, S. 28 f.; Waltermann, NZS 2017, S. 38; Plagemann, jurisPR-SozR 8/2017 Anm. 2.
- [56] BSG, 28. 6. 2022, B 2 U 16/20 R, juris Rn. 20; BSG, 5. 7. 2016, B 2 U 16/14 R, juris Rn. 14.
- [57] Vgl. BSG, 23. 1. 2018, B 2 U 3/16 R, juris; BSG, 13. 11. 2012, B 2 U 27/11 R, juris; BSG, 17. 2. 2009, B 2 U 26/07 R, juris.
- [58] BSG, 26. 6. 1970, 2 RU 113/68, juris.
- [59] BSG, 28. 6. 1991, 2 RU 70/90, juris Rn. 21.
- [60] Vgl. dazu Laumen, in Prütting/Gehrlein, ZPO, 8. Aufl. 2016, § 286 Rn. 63 ff.; Zöller, ZPO, 31. Aufl. 2016, vor § 284 Rn. 17a.
- [61] Vgl. BSG, 2. 12. 2008, B 2 U 26/06 R, BSGE 102, 111 Rn. 31; BSG, 20. 12. 2016, B 2 U 16/15 R, juris Rn. 23 f.; Köhler, ZFSH/SGB 2009, S. 643 ff.
- [62] Ahrens, in Wieczorek/Schütze, ZPO, 4. Aufl. 2013, vor § 286 Rn. 77.
- [63] Ricke, SGB 2021, S. 333, 335.
- [64] Ricke, SGB 2021, S. 333, 335.
- [65] Vgl. Köhler, ZFH/SGB 2009, S. 643, 647.
- [66] BSG, 20. 1. 1987, 2 RU 27/86, SozR § 548 Nr. 84; BSG, 27. 6. 2006, B 2 U 5/05 R, SozR 4-5671 § 6 Nr. 2.
- [67] Vgl. BSG, 6. 5. 2021, B 2 U 15/19 R, juris; BSG, 4. 7. 2013, B 2 U 11/12 R, juris Rn. 12; BSG, 17. 12. 2012, B 2 U 8/14 R, juris Rn. 24.
- [68] Vgl. BSG, 17. 12. 2015, B 2 U 8/14 R, juris Rn. 25 m. w. N.
- [69] Ricke, SGB 2021, S. 333, 336.
- [70] Ricke, SGB 2021, S. 333, 337.
- [71] BSG, 20. 12. 2016, B 2 U 16/15 R, juris Rn. 23 f.; zu den Gründen einer irrtümlichen Wegeabweichung vgl. LSG Baden-Württemberg, 27. 9. 2018, L 6 U 418/18, juris Rn. 27.
- [72] BSG, 6. 10. 2020, B 2 U 9/19 R, SozR 4-1500 § 55 Nr. 27; Hessisches LSG, 2. 2. 2016, L 3 U 109/14, juris Rn. 39; Ricke, SGB 2021, S. 333, 337.

