

# Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft

1<sup>2016</sup>

## In diesem Heft

Dr. Christian Hetzel

Evaluation des SVLFG-Gesundheitsangebots  
„Trainings- und Erholungswoche für pflegende Angehörige“

Vanessa Hoffmann

Burnout in der Landwirtschaft

Jessica Carreno Louro

Über den Nutzen der aktiven Mitgliedschaft in internationalen  
Vereinigungen von Sozialversicherungsträgern

Karl Friedrich Köhler

Inklusion und Bewusstseinsbildung

Michael Kramer

§ 116 Absatz 6 SGB X – Die besondere Bedeutung des  
Haftungsprivilegs der Familienmitglieder für den Regress der  
landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Herausgeber  
Sozialversicherung  
für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau  
[www.svlfg.de](http://www.svlfg.de)



**Herausgeber**

Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau

[www.svlfkg.de](http://www.svlfkg.de)

Weißensteinstraße 70-72  
34131 Kassel

Telefon: 0561 9359-106  
Telefax: 0561 9359360-106

**Verantwortlich/Redaktion**

Dr. Erich Koch  
Nicole Sadtkowski-Männel

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

# Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft

1 2016

## **In diesem Heft**

- Dr. Christian Hetzel  
Evaluation des SVLFG-Gesundheitsangebots „Trainings-  
und Erholungswoche für pflegende Angehörige“ Seite 5
- Vanessa Hoffmann  
Burnout in der Landwirtschaft Seite 15
- Jessica Carreno Louro  
Über den Nutzen der aktiven Mitgliedschaft in internationalen  
Vereinigungen von Sozialversicherungsträgern – zugleich eine  
Vorstellung des AIM-Positionspapiers zur Gesundheitsförderung  
und Krankheitsprävention Seite 31
- Karl Friedrich Köhler  
Inklusion und Bewusstseinsbildung Seite 37
- Michael Kramer  
§ 116 Absatz 6 SGB X – Die besondere Bedeutung des  
Haftungsprivilegs der Familienmitglieder für den Regress der  
landwirtschaftlichen Sozialversicherung Seite 49



## Evaluation des SVLFG-Gesundheitsangebots "Trainings- und Erholungswoche für pflegende Angehörige"

Dr. Christian Hetzel

*Pflegende Angehörige sind eine vulnerable Zielgruppe sowie eine tragende Säule pflegerischer Versorgung. Daher hat die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) die „Trainings- und Erholungswoche für pflegende Angehörige“ entwickelt und bietet dieses Gesundheitsangebot regelhaft an mehreren Standorten an. In diesem Beitrag wird dargestellt, wie sich das subjektive Wohlbefinden der Teilnehmenden entwickelt.*

### 1 Die Schlussfolgerung vorab

Die Trainings- und Erholungswoche der SVLFG hat positive Effekte auf das Wohlbefinden der pflegenden Person, was zur Stabilisierung häuslicher Pflege beitragen dürfte. Dies ist nicht nur individuell, sondern auch gesellschaftlich bedeutsam, weil so der Einzug in ein Pflegeheim verzögert oder vermieden werden kann. Die Analysen weisen auf regionale Unterschiede und Verbesserungspotenziale in der Nachhaltigkeit hin, die der SVLFG Ansatzpunkte für die Qualitätssicherung bieten. Mit diesem Angebot hat die SVLFG eine innovative Regelintervention für ein gesellschaftlich bedeutsames Thema entwickelt, die andere Sozialversicherungen übernehmen oder weiterentwickeln können.

### 2 Hintergrund

Pflegende Angehörige sind eine wichtige Zielgruppe für Gesundheitsförderung und Prävention sowie eine tragende Säule pflegerischer Versorgungsstrukturen (z. B. [1]). Das subjektive Wohlbefinden ist daher eine zentrale Erfolgsgröße. Ein schlechtes subjektives Wohlbefinden ist oft mit einer erhöhten Depressivität verbunden [2].

In diesem Zusammenhang liefert das transaktionale Stressmodell [3] mit pflegebezogener Adaption (z. B. [4-7]) einen bewährten theoretischen Rahmen. Wesentlich dabei ist, dass primäre von sekundären Stressoren unterschieden werden (primär: direkt mit der Pflege Tätigkeit verbunden, sekundär: Rollenkonflikte mit Beruf und/oder Familie, persönliche Einschränkungen), dass im Stressprozess Wechselwirkungen von Bewältigungsstrategien und sozialer Unterstützung spezifiziert werden, dass Kontextfaktoren (z. B. Geschlecht, Alter, Pflegebedarf, Pflegehistorie, Pflegemotivation, Unterstützungsstrukturen im privaten und professionellen Umfeld, finanzielle Ressourcen) dabei wichtige Determinanten sind und dass chronisch andauernder Stress bei pflegenden Angehörigen zu negativen Konsequenzen, insbesondere Depressivität, führt.

In für Deutschland repräsentativen Untersuchungen zeigt sich immer wieder, dass bei pflegenden Angehörigen geringeres Wohlbefinden bzw. höhere Depressivität assoziiert ist, insbesondere mit höherer Pflegebedürftigkeit, mit dem Vorliegen einer demenziellen Erkrankung, mit geringeren finanziellen Ressourcen, mit einer längeren Pflegehistorie, mit geringerer Bildung und bei Frauen (z. B. [6, 8-12]). Das Alter ist in diesen Studien von nachrangiger Bedeutung, möglicherweise weil sich förderliche Faktoren (z. B. weniger berufliche Rollenkonflikte mit Erreichen des gesetzlichen Renteneintrittsalters) und hemmende Faktoren (z. B. mit dem Alter zunehmende chronische Erkrankungen) aufheben. Metaanalytisch wurden im Rahmen der häuslichen Pflege Zusammenhänge zwischen Depression und Belastung [13] bzw. Frauen [14] festgestellt. In einer Beobachtungsstudie von Angehörigen demenziell erkrankter Menschen konnten differenzierte Belastungsverläufe aufgezeigt werden, die insbesondere vom initialen Pflegebedarf abhängen und das subjektive Wohlbefinden beeinflussen [6].

Bei der häuslichen Pflege von demenziell erkrankten bzw. älteren Menschen gibt es zahlreiche Interventionsstudien sowie Metaanalysen (z. B. [13, 15-20]). Unterstützende und entlastende Interventionen für pflegende Angehörige reduzieren die subjektive Belastung der Pflegenden, reduzieren Depressivität, erhöhen das subjektive Wohlbefinden, verbessern Wissen und Pflegekompetenzen und reduzieren die Symptome der Gepflegten. Dennoch kommen die Autoren im Kern zu dem Schluss, dass die Befundlage zur Effektivität als heterogen und unzureichend zu bewerten ist. Denn Effektstärken seien meist gering und die methodische Qualität sei vielfach defizitär (z. B. fehlende Randomisierung der Untersuchungsgruppen, kleine Stichproben, kurze Untersuchungszeiträume). Zudem sei Kritik an der Konzeption der Interventionen angebracht. Beispielsweise kommen Kurz und Wilz [20] in ihrem Überblick zu dem Schluss, dass die meisten bisherigen Interventionen den Schwerpunkt auf problemorientierte Strategien (Wissensvermittlung, Verbesserung der Problemlösefähigkeit, Erweiterung des Hilfenetzes) legen, während emotionalen Anteilen der Angehörigenbelastung nicht genügend Aufmerksamkeit gewidmet wird. Zu den emotionalen Anteilen zählen insbesondere Bearbeitung von

Beziehungswandel und Verlusten, Veränderung von Einstellungen und Bewertungen sowie Anleitung zur Selbstfürsorge.

Überraschend ist, dass es national kaum Interventionen geschweige denn Interventionsstudien gibt, die auf die Gesundheitsförderung und Prävention von pflegenden Angehörigen ausgerichtet sind. Lüdecke und Autoren [21] erklären dies damit, dass Sozial- und Gesundheitspolitik überwiegend am Pflegebedürftigen selbst und kaum am pflegenden Angehörigen orientiert ist.

Eine Ausnahme ist die Trainings- und Erholungswoche der SVLFG, die die genannten Kritikpunkte zumindest in Teilen aufnimmt. Seit dem Jahr 2006 haben bundesweit an inzwischen elf Standorten mehr als 2000 Personen an dieser stationären Gruppenintervention teilgenommen. Dieses Angebot ist ein Alleinstellungsmerkmal in der gesetzlichen Sozialversicherung – vergleichbares gab („Pflegen und sich pflegen lassen“ der Techniker Krankenkasse, [22]) oder gibt es („Mach mal PAUSE“ der BARMER GEK, [www.pause-pflege.de](http://www.pause-pflege.de)) nur temporär. Der Verlauf des subjektiven Wohlbefindens nach der Trainings- und Erholungswoche wurde in zwei Regionen getrennt evaluiert [23, 24]. Demnach steigt das subjektive Wohlbefinden im Mittel zum ersten Erhebungszeitpunkt nach einem Monat deutlich, sinkt zum zweiten Erhebungszeitpunkt nach drei Monaten (aber weniger deutlich) und steigt geringfügig zum dritten Erhebungszeitpunkt nach sechs Monaten an. Allerdings wurden mittlere Veränderungen nur jeweils über zwei Messzeitpunkte getestet, aber nicht über den gesamten Beobachtungszeitraum. Zudem wurden interindividuelle Unterschiede nur für Aggregate der Ausgangsbelastung und des Pflegeverlaufs ermittelt. Weitere mögliche Personenheterogenitäten (z. B. nach Geschlecht oder Alter) wurden fallzahlbedingt nicht explizit analysiert. Nicht zuletzt fallen Unterschiede zwischen den Regionen sowohl im Ausgangsniveau als auch im Verlauf des Wohlbefindens auf, ohne dass diese vergleichend analysiert wurden.

### 3 Ziel und Hypothesen

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den Verlauf des subjektiven Wohlbefindens bis sechs Monate nach der Trainings- und Erholungswoche anhand der zusammengelegten Datensätze zu evaluieren. In der vorliegenden Arbeit sollen die Kernbefunde dargestellt und diskutiert werden (für Methodik und detaillierte Ergebnisse siehe [25]).

Das subjektive Wohlbefinden scheint unmittelbar nach der Intervention stark anzusteigen und dann abzufallen. Zunächst soll ein den Daten angemessener Verlauf des

Wohlbefindens (Wachstumskurve) modelliert werden (H1). Das Niveau der Wachstumskurve ist geringer, wenn die initiale Pflegebedürftigkeit höher ist (H2), wenn eine Demenz vorliegt (H3), wenn die finanziellen Ressourcen gering sind (H4), wenn der Pflegebeginn länger zurück liegt (H5) und bei Frauen (H6). Das Niveau ist unabhängig vom gesetzlichen Renteneintrittsalter (H7). Kommen im Zeitverlauf zusätzliche Stressoren hinzu, dann ist das Wohlbefinden geringer (H8a). Pflegenden Personen in stabilen Pflegesituationen (d. h. es kommen über den gesamten Beobachtungszeitraum keine zusätzlichen Stressoren dazu) können das Wohlbefinden deutlicher steigern als pflegenden Personen in Pflegesituationen mit zunehmenden Stressoren (H8b). Personen in Pflegesituationen mit zunehmenden Stressoren können das Wohlbefinden nachhaltig zumindest stabilisieren (H8c). Nicht zuletzt soll der Einfluss der Region (H9) sowohl auf das Niveau als auch auf den Verlauf des Wohlbefindens kontrolliert werden, um die oben beschriebenen Limitationen zu überwinden. H2-H9 sind nicht unabhängig voneinander. Daher soll der gleichzeitige Einfluss der genannten Variablen auf die Wachstumskurve modelliert werden. Dadurch wird der Einfluss der einzelnen Variablen auf die Wachstumskurve um den Einfluss der übrigen im Modell befindlichen Variablen adjustiert.

## 4 Methode

### 4.1 Konzept und Durchführung der Intervention

Die Trainings- und Erholungswoche ist eine stationäre Gruppenintervention für pflegende Angehörige mit dem Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention. Sie dauert sieben Tage und ist auf Gruppen bis maximal 15 pflegende Angehörige (ohne die pflegebedürftigen Personen) ausgerichtet. Gegenstand der Evaluation ist der Interventionszeitraum 2007/2008 in einer Einrichtung im Süden Deutschlands (Rehabilitationszentrum Klinik Rosenhof in Bad Birnbach) und 2009/2010 in zwei Einrichtungen im Westen Deutschlands (Gesundheitszentrum Saarschleife in Mettlach Orscholz, Klinik Lohrey in Bad Soden-Saalmünster). Das Angebot ist finanziert über gesetzliche Leistungen zuzüglich einem Eigenanteil von 99 Euro. Einschlusskriterien sind, dass eine Pflegestufe vorliegt und dass entweder die pflegende oder die gepflegte Person in der Krankenkasse der SVLFG versichert ist oder dass die gepflegte Person durch einen landwirtschaftlichen Arbeitsunfall zum Pflegefall geworden ist.

Zum Interventionsbeginn wird die eigene Pflegesituation im Hinblick auf pflegebezogene und psychologische Aspekte analysiert. Dies erfolgt in moderierten Gruppen-

diskussionen sowie optional in einem Einzelgespräch. Schwerpunkte bei den auf die Pflegeverrichtung bezogenen Informationen und Trainingsmaßnahmen erfolgen nach individuellen Bedarfen und in Abstimmung mit den Teilnehmenden (Informationen zu Krankheitsbildern, Umgang mit Demenz, Transfer- und Lagerungstechniken, Hygiene, Ernährung, Medikamente, Sterbebegleitung). Ergänzend werden Informationen zu gesetzlichen Leistungsansprüchen, Unfallschutz und Angeboten zur Unterstützung und Entlastung gegeben. Ziel der auf die psychologischen Aspekte bezogenen Anteile ist der Aufbau personaler Ressourcen sowie die erfolgreiche Bewältigung der mit der Pflege verbundenen primären und sekundären Stressoren (Auslöser von und Umgang mit Stress, Konfliktbewältigung, Kommunikation, Akzeptanz der Pflegesituation, Beziehung zur pflegebedürftigen Person, Aufbau von Selbstwirksamkeit und Gesundheitsverhalten). Konzeptionelle Basis sind die dargestellten Stresstheorien, die Quellen der Selbstwirksamkeit [26] sowie Elemente aus der Selbstmanagement-Therapie [27], insbesondere Aufbau von Änderungsmotivation, Zielvereinbarungen, Entwicklung von Handlungsplänen. Methodisch werden gruppentherapeutische Ansätze (Wirkmechanismen nach Yalom, für die Intervention detailliert dargestellt in [28]) eingesetzt und optionale Einzelgespräche geführt, um auf individuelle Bedarfe zu reagieren. Tägliche Angebote zu Entspannungstechniken (autogenes Training, progressive Muskelrelaxation), zu Bewegungsübungen für ein individuelles Heimprogramm und zur Freizeitgestaltung fördern den Aufbau gesundheitsförderlichen Verhaltens und lassen Erholungseffekte erwarten. Die auf die Pflegeverrichtung bezogenen Inhalte einschließlich emotionsorientierter Anteile werden von Pflegefachkräften und PhysiotherapeutInnen erbracht. Diplom-PsychologInnen leiten die gemeinsamen Gesprächsrunden, die optionalen Einzelgespräche und die Entspannungseinheiten. Folgende „Behavioral Change Techniques“ [29] sind bei der Intervention zentral: Zielverhalten setzen, Handlungsplanung, Barrierenidentifikation, Modelllernen, soziale Unterstützung anregen, Stressmanagement. Die Programmabläufe der drei Einrichtungen zeigen etwa folgende Zeitanteile: Pflegekurs einschließlich emotionsorientierter Anteile 50 Prozent, Psychologie einschließlich Entspannung 20 Prozent, Bewegung 20 Prozent, Informationen 10 Prozent.

Die ReferentInnen wurden von den Angebotsverantwortlichen der SVLFG auf die Interventionen vorbereitet. Zudem wurde ein Erfahrungsaustausch unter den Referenten organisiert. Dabei war handlungsleitend, dass die oben beschriebenen Schwerpunkte in allen Einrichtungen umgesetzt wurden und dass aber gleichzeitig noch Handlungsspielräume zur Individualisierung bestehen blieben. So wurde in den Einrichtungen der Westregion ein Einzelgespräch zur Ermittlung des individuellen Bedarfs verpflichtend am ersten Tag geführt,

während dies in der Südregion freigestellt wurde. Unterschiede ergaben sich in der zeitlichen Reihenfolge des Programmablaufs sowie bezüglich der Freizeitangebote, Entspannung und aktiven Erholung, weil hier die Ressourcen der Einrichtung bzw. der näheren Umgebung genutzt wurden.

Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte über allgemeine Öffentlichkeitsarbeit (Anzeigen in Regional- und Fachzeitschriften, Internetauftritt, Informationsveranstaltungen), über Ansprache durch Multiplikatoren (insbesondere örtlicher Berufsstand und SVLFG-Präventionsdienst) sowie persönliche Anschreiben von zufällig ausgewählten pflegebedürftigen Personen, die bei der SVLFG versichert sind (Ausschöpfungsquote etwa 10 Prozent, nach Eigenangaben der SVLFG).

## 4.2 Daten und Statistik

Gegenstand der Evaluation war die Effektivität der Trainings- und Erholungswoche bezüglich des subjektiven Wohlbefindens der Teilnehmenden für den genannten Interventionszeitraum. Erhebungszeitpunkte waren die Basiserhebung bei Interventionsbeginn (t0) sowie die Katamnese nach einem Monat (t1), drei Monaten (t2) und sechs Monaten (t3). Zudem wurde für t0 in der Westregion eine Vergleichsgruppe erhoben, die die SVLFG mithilfe von Anschreiben von zufällig ausgewählten Personen der Zielgruppe generierte. Die Daten wurden mittels Fragebögen erhoben. Für auftretende Fragestellungen beim Ausfüllen der Fragebögen bei t0 standen die Angebotsverantwortlichen der SVLFG vor Ort zur Verfügung, bei den Katamnesen telefonisch. Der Rücklauf erfolgte postalisch und portofrei.

Es wurden u.a. zwei erprobte Messinstrumente eingesetzt. Der WHO-5 Index [30] ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung des gegenwärtigen psychischen Wohlbefindens. Es wird in fünf Fragen mit sechsfach gestuften Likert-Skalen danach gefragt, inwieweit im Zeitraum der letzten zwei Wochen die folgenden Gefühle oder Stimmungen vorherrschend waren: a) ausgeglichene Laune, Fröhlichkeit, b) Entspannung, c) Aktivität und Vitalität, d) Energiegeladenheit und e) Interesse an Dingen (Antwortmöglichkeiten jeweils: die ganze Zeit, meistens, etwas, mehr als die Hälfte der Zeit, etwas weniger als die Hälfte der Zeit, ab und zu, zu keinem Zeitpunkt). Die psychometrischen Eigenschaften des WHO-5 gelten als ausgezeichnet [31]. Bei Personen mit Werten unter 13 gilt das Wohlbefinden als schlecht und zudem als guter Indikator für eine Depression nach ICD-10 [32]. Der Disability-Index ermittelt die Pflegebedürftigkeit sowohl in kognitiver als auch in funktionaler Hinsicht anhand von 17 dichotomisierten Items, davon zehn ADL (activities of daily living) des Barthel-Index und

sieben IADL (instrumental activities of daily living). Er gilt als valides Instrument [33].

Zudem wird bei jedem Messzeitpunkt erhoben, ob sich bestimmte Bedingungen verschlechtert haben (Hilfsbedürftigkeit, finanzielle Situation, Verfügbarkeit von Helfern, für die Pflege verfügbare Zeit) und ob eine Krisensituation aufgetreten ist.

Ausgewertet werden die 545 Messzeitpunkte von 145 Personen. Die Angaben erfolgten unmittelbar vor und nach der Intervention sowie nach einem, drei und sechs Monaten. Die mehrbenenanalytischen Modelle werden schrittweise aufgebaut, um am Ende ein Modell zu erhalten, das nur noch statistisch bedeutsame Variablen beinhaltet (zur Methode im Einzelnen siehe [25]). Bei Signifikanzen und Effektstärken (Cohen's *d*) gelten die üblichen Konventionen.

## 5 Ergebnisse

86 Prozent der Teilnehmenden sind Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 57,3 Jahre ( $SD=10,2$ ). Frauen sind im Mittel etwas jünger ( $M=56,7$ ;  $SD=10,3$ ) als Männer ( $M=61,2$ ;  $SD=8,7$ ). 36 Prozent entfallen auf die Westregion. 36 Prozent der Personen pflegen jemanden in Pflegestufe 1, 50 Prozent in Pflegestufe 2 und 14 Prozent in Pflegestufe 3. 40 Prozent der pflegebedürftigen Personen weisen die Diagnose Demenz auf. Das Ausgangsniveau des Wohlbefindens beträgt im Mittel 2,30 bzw. als Summenscore 11,5. 53,5 Prozent der Personen haben einen Wert unterhalb der Schwelle von 13, die als Indikator für eine klinisch relevante Depression gilt.

Die Vergleichsgruppe der Westregion ist bezüglich Geschlecht, Pflegebedarf, Demenz, Pflegedauer, Wohlbefinden strukturell ähnlich (für weitere Merkmale siehe [24]). Allerdings ist in der Interventionsgruppe der Anteil älterer Menschen deutlich geringer und das subjektive finanzielle Einkommen deutlich höher.

H1: Im finalen Modell ist eine kubische Wachstumsfunktion optimal. Dabei steigt das Wohlbefinden nach einem Monat im Mittel mit nahezu mittlerem Effekt ( $d=0,41$ ). Es sinkt aber nach drei bzw. sechs Monaten wieder, bleibt aber oberhalb des Basisniveaus (jeweils  $d=0,17$ ).

H2 (angenommen): Ist die Pflegebedürftigkeit bei der Basiserhebung *ceteris paribus* (also bei Konstanz der anderen Variablen) eine Einheit höher, dann ist das Niveau des Wohlbefindens 0,696 Einheiten tiefer ( $p<0,10$ ).

H3, 4, 5, 7 (jeweils nicht angenommen): Das Niveau des Wohlbefindens ist unabhängig davon, ob eine Demenz

vorliegt bzw. wie gut das finanzielle Auskommen ist bzw. wie lange der Pflegebeginn zurückliegt bzw. vom Eintritt in das gesetzliche Renteneintrittsalter.

H6 (angenommen): Bei Frauen ist im Vergleich zu Männern das Niveau des Wohlbefindens *ceteris paribus* um 0,455 Einheiten geringer. Der Effekt ist nahezu mittelgroß ( $d=0,43$ ).

H8a (angenommen): Steigt im Zeitverlauf der Index der Belastungen *ceteris paribus* um eine Einheit (d. h. kommen Belastungen dazu), dann ist das Niveau des Wohlbefindens signifikant um 0,448 Einheiten geringer.

H8b (angenommen): Pflegende Personen in stabilen Pflegesituationen können das Wohlbefinden deutlicher steigern als pflegende Personen in Pflegesituationen mit zunehmenden Belastungen. Im Ausgangsniveau sind beide Gruppen gleich, nach einem Monat ist der Unterschied nahezu mittelgroß ( $d=0,43$ ), nach drei Monaten fast groß ( $d=0,73$ ) und nach sechs Monaten wieder etwa so wie nach einem Monat ( $d=0,40$ ).

H8c in Verbindung mit H9 (angenommen): Personen in Pflegesituationen mit zunehmenden Belastungen können das Wohlbefinden zumindest nachhaltig stabilisieren. Da die Region sowohl auf das Basisniveau als auch auf den Verlauf des Wohlbefindens einen deutlichen Einfluss hat, werden die Befunde regional differenziert. In der Südregion wird nach einem Monat eine kleine Steigerung erreicht ( $d=0,28$ ) und mittelfristig das Basisniveau gehalten. In der Westregion sind die Effekte deutlicher und mittelfristig wird sogar eine Steigerung des Wohlbefindens erreicht ( $d=0,42$  bzw.  $d=0,30$ ); allerdings ist das Ausgangsniveau des Wohlbefindens in der Westregion sehr deutlich geringer ( $d=0,66$ ). In beiden Regionen steigt also das Wohlbefinden bei Personen mit stabilen Pflegesituationen deutlich bis sehr deutlich auch mittelfristig. Dies ist sowohl in den Effektstärken (Tab. 1) als auch grafisch (Abb. 1-3), Kontrollvariablen am Mittelwert konstant gehalten, augenscheinlich.

Für weitere Befunde sei auf Hetzel und Autoren [25] verwiesen.



Tab. 1: Effektstärken (Cohen's d) für die Entwicklung des Wohlbefindens und die Personenheterogenität (Modell 4b)

Längsschnitt	Basis zu 1 Monat	Basis zu 3 Monate	Basis zu 6 Monate	
insgesamt (Abb. 1)	,41	,17	,17	
Südregion, stabile Belastungen (Abb. 3)	,59	,52	,32	
Südregion, zunehmende Belastungen (Abb. 3)	,28	-,10	,04	
Westregion, stabile Belastungen (Abb. 3)	,85	1,04	,58	
Westregion, zunehmende Belastungen (Abb. 3)	,54	,42	,30	
Querschnitt	Basis	1 Monat	3 Monate	6 Monate
Südregion vs. Westregion	,66	,39	,13	,41
Männer vs. Frauen	,43	,43	,43	,43
geringe vs. hohe Pflegebedürftigkeit	,19	,19	,19	,19
stabile vs. zunehmende Belastungen (kumuliert)	,12	,43	,73	,40
stabile vs. zunehmende Belastungen (Zeitpunkt)	,17	,17	,17	,17

Anmerkungen: die Kontrollvariablen im Modell sind am Mittelwert konstant gehalten ; 25 Prozent- vs. 75 Prozent-Perzentil bei Pflegebedürftigkeit bzw. bei zeitpunktbezogener Belastung.

Abb. 1: Verlauf des Wohlbefindens für die Gesamtgruppe.

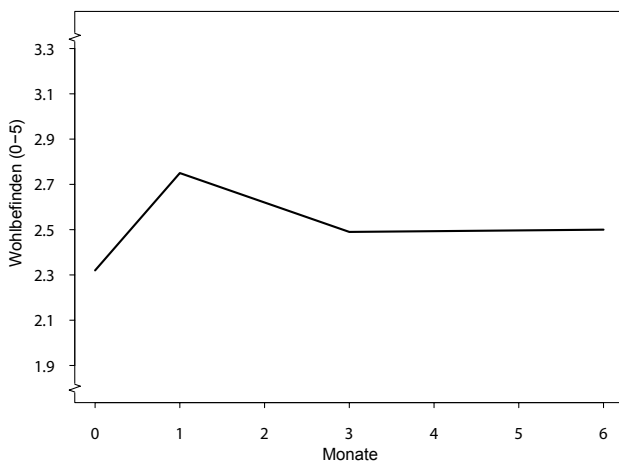


Abb. 2: Verlauf des Wohlbefindens nach Belastungsentwicklung (durchgezogene Linie für zunehmende Belastungen, gestrichelte Linie für stabile Belastungen).

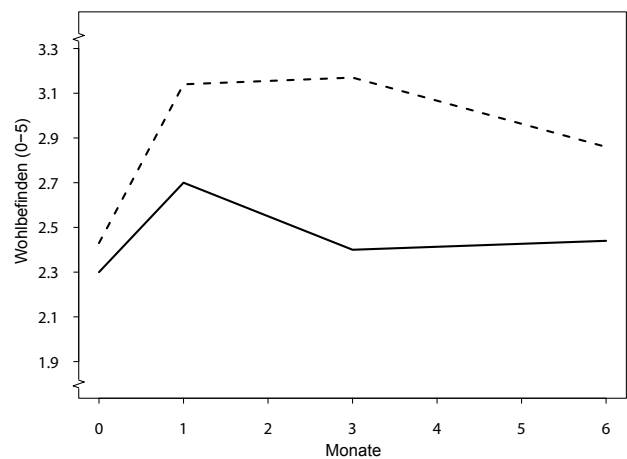
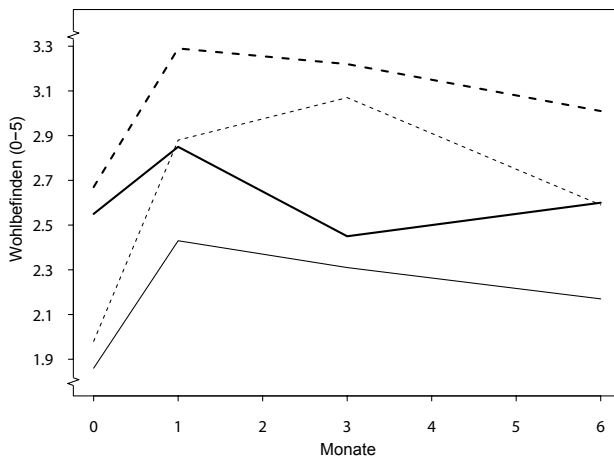


Abb. 3: Verlauf des Wohlbefindens nach Region und Belastungsentwicklung (dicke durchgezogene Linie für Westregion zunehmende Belastungen, dicke gestrichelte Linie für Westregion stabile Belastungen, dünne durchgezogene Linie für Südregion zunehmende Belastungen, dünne gestrichelte Linie für Südregion stabile Belastungen).



Das finale Modell kontrolliert zusammenfassend für Region, Geschlecht, Pflegebedürftigkeit (Disability-Index), zusätzliche Belastungen zwischen dem vorherigen und dem aktuellen Erhebungszeitpunkt sowie kumulierte Belastungen im Beobachtungszeitraum. Es erklärt 16,7 Prozent der Varianz des Wohlbefindens innerhalb der untersuchten Personen durch die Belastungen zum jeweiligen Messzeitpunkt und die drei Zeit-Variablen. Die einbezogenen Personenmerkmale erklären 19,4 Prozent der Varianz des Wohlbefindens zwischen den untersuchten Personen.

## 6 Diskussion

Mittels Mehrebenenmodellen wird der Verlauf des Wohlbefindens von pflegenden Angehörigen analysiert, die an einer Trainings- und Erholungswoche teilgenommen haben. Bei Beginn der Intervention liegt etwa jede zweite teilnehmende Person (53,5 Prozent) im Bereich einer klinisch relevanten Depression. Dieser Anteil ist noch etwas höher als in der Beobachtungsstudie von Zank [6] mit pflegenden Angehörigen von demenziell Erkrankten (35 Prozent). In jedem Fall ist er deutlich höher als in der Normierungsstichprobe, bei der je nach Alter und Geschlecht 10-22 Prozent der Personen dazu zählen [31]. Erhöhte Depressivität bei pflegenden Angehörigen ist vielfach nachgewiesen (siehe eingangs zitierte Literatur). Dies unterstreicht die Notwendigkeit von unter-

stützenden und entlastenden Angeboten für pflegende Angehörige.

Kernergebnis der vorliegenden Studie ist, dass die Erfolge in Bezug auf das Wohlbefinden kurzfristig (ein Monat) sehr deutlich und mittelfristig (bis sechs Monate) bei stabilen Belastungen noch immer deutlich scheinen. Bei zunehmenden Belastungen scheint das Wohlbefinden mittelfristig zumindest stabilisiert zu werden. Evaluationsmethodisch limitierend ist, dass keine längsschnittliche Kontrollgruppe eingesetzt wurde. Daher können nur Gesamtwirkungen (Bruttoeffekte) erfasst werden. Ohne eine belastbare Kontrollgruppe ist eine kausale Interpretation nur sehr eingeschränkt zulässig, weil die Effekte beispielsweise auf Stichprobenselektivität, die (nicht) eingeschlossenen Kovariaten und das Adjustierungsmodell zurückzuführen sind. Auch der statistische Regressionseffekt kann ohne adäquate Kontrollgruppe nicht kontrolliert werden. So könnte es sein, dass punktuell vornehmlich übermäßig stark belastete Personen teilnahmen. Typische Zufallsschwankungen im Wohlbefinden würden dann – auch ohne Intervention – tendenziell nur in eine Richtung (Verbesserung) stattfinden. Eine vorsichtige kausale Interpretation ist nach Ansicht der Autoren jedoch vertretbar, weil die Modelle zumindest für wesentliche Kovariaten methodisch angemessen adjustiert sind, weil Zufallseffekte spezifiziert werden, weil die Stichprobenselektivität gering ist und weil die Analysen in Längsschnittperspektive systematische Veränderungen mit der Intervention in Verbindung bringen. Die Bewertung der dargestellten Effekte baut in Anlehnung an Zank [6] darauf, dass ohne Interventionsteilnahme bei konstanter Pflegesituation der Wohlbefindensverlauf stabil sei und dass bei zunehmenden Pflegebelastungen das Wohlbefinden sinke. Zudem dürften alternative Erklärungen, dass die Entwicklung unspezifisch auftritt, also beispielsweise sozial erwünschte Antworten, Kursleitereffekte, Hawthorne-Effekt oder Placebo-Effekt, die beschriebenen Effekte nicht vollständig erklären. Dagegen steht, dass die Studie mit einem fundierten Konzept in drei unterschiedlichen Einrichtungen mit unterschiedlichen, aber vergleichbar kompetenten Kursleitenden durchgeführt wurde. Zudem werden die teils deutlichen Effektstärken mit validen Instrumenten ermittelt.

Die fehlende Nachhaltigkeit der kurzfristig sehr deutlichen Effekte ist zu diskutieren. Erstens, der konzeptionelle Rahmen der Intervention ist als angemessen zu werten, weil er zentrale theoretische und empirische Aspekte zum Umgang mit Depressivität bzw. zur Förderung von Wohlbefinden berücksichtigt. Allerdings lag im Interventionszeitraum kein Manual vor, so dass die Gewichtung der einzelnen methodisch-didaktischen Aspekte kaum belegbar ist. Es könnte also sein, dass alternative Gewichtungen zu deutlicheren Effekten und nachhaltigeren Ergebnissen führen. Hier könnte ein

Abgleich mit dem Konzept für eine zweiwöchige Intervention [22] lohnenswert sein, wobei auch dort die Nachhaltigkeit begrenzt ist. Zweitens sind wie bei Dlugosch und Mücke [22] keine systematischen Aktivitäten im Nachgang zur Trainings- und Erholungswoche angelegt, die zu einer Verstetigung der Effekte beitragen könnten. Insbesondere niederschwellige Aktivitäten (z. B. regelmäßige Informations- und Motivationsschreiben), zugehende professionelle Beratung durch psychosoziale und pflegebezogene Fachkräfte, Telefon- oder E-Coaching, Förderung der Selbsthilfe (z. B. Teilnahme an Angehörigengruppen) und Folgeseminare wären auf Praktikabilität und Effektivität zu überprüfen. Das Potenzial läge darin, dass in Anlehnung an [27] die in der Intervention begonnenen Selbstmanagementphasen fortgeführt werden können (Evaluation der Fortschritte, Erfolgsoptimierung). Möglicherweise wären für besonders belastete Personen bzw. für Personen mit klinisch relevanter Depressivität auch intensive psychotherapeutische Ansätze sinnvoll (z. B. [34]). Insbesondere individuellen Interventionen sowie Interventionen in der unmittelbaren Lebensumgebung wird eine hohe Bedeutung beigemessen [20].

Auffällig sind die regionalen Unterschiede. Die deutlichen initialen Unterschiede im Wohlbefinden könnten in der Teilnehmendenstruktur (substanzielle Korrelation der Region zu Alter) begründet sein, was möglicherweise auf regional unterschiedliche Akquisestrategien zurückzuführen ist. Eine Folge von initialen Unterschieden ist, dass Steigerungen von einem niedrigeren Niveau aus leichter möglich sind als von einem höheren Niveau. Dies zeigt sich auch hier, so dass bei angenommenem gleichem Ausgangsniveau die regionalen Kurven annähernd parallel sein dürften. Insofern scheinen die regionalen Unterschiede der Wohlbefindensverläufe eher im Niveau zu liegen als in den Steigungen. Gleichwohl bestehen kleine Steigungsunterschiede, die möglicherweise auf mangelnde Treatmentintegrität zurückzuführen sind. Unterschiede in der Akquise und im Treatment könnten darin begründet sein, dass zum Interventionszeitpunkt die Durchführungsverantwortung bei dem jeweiligen SVLFG-Regionalträger lag. Es gab zwar die beschriebenen Ansätze zur Standardisierung, aber es existierte keine verbindliche zentrale Fachstelle zur Qualitätssicherung. Inzwischen ist die SVLFG ein Bundesträger [35] und das Angebot ist einheitlich manualisiert (internes Dokument der SVLFG). Allerdings gäbe es auch alternative Erklärungen für die regionalen Unterschiede, beispielsweise regionale Bedingungen (Strukturwandel im Agrarsektor, Mentalität, institutionelles Umfeld etc.), betriebliche Bedingungen der Teilnehmenden (Betriebsgrößen und -ausrichtungen, wirtschaftliche Perspektiven etc.), persönliche Bedingungen (Vorerfahrungen, Copingstrategien, soziale Unterstützung, berufliche Anforderungen etc.) und zeitliche Veränderungen der Rahmenbedingungen zwischen den Interventions-

zeiträumen. Derartige Merkmale sind aber nicht operationalisiert.

Hypothesengemäß scheinen Belastungen das Wohlbefinden bedeutsam zu beeinflussen. Allerdings werden beim Merkmal Belastungen eher objektive Belastungen erfasst. Subjektive Bewertungen sind nicht operationalisiert, obwohl sie stresstheoretisch bedeutsam sind. So zeigt Zank [6], dass objektive und subjektive Belastungen einschließlich deren Verläufe zumindest in Teilen unabhängig voneinander sind. Außerdem wird mit der dichotomen Betrachtung des Belastungsgeschehens im Beobachtungszeitraum (keine bzw. mindestens eine zusätzliche Belastung) die Realität grob vereinfacht. Hier sollte weitere Forschung ansetzen.

Einige Hypothesen können nicht bestätigt werden. Das bedeutet aber nicht, dass die entsprechenden Variablen keinen Einfluss auf das Wohlbefinden haben. So beträgt beispielsweise bei der pflegebedürftigen Person die Korrelation zwischen demenzieller Erkrankung und Disability-Index  $r=0,29$ . Der Effekt der Demenz auf das Wohlbefinden wird also zu einem bedeutsamen Anteil durch den Disability-Index erklärt und leistet keinen zusätzlichen statistisch bedeutsamen Beitrag zur Prognose des Wohlbefindens. Ähnlich verhält es sich bei Region und Alter ( $r=0,20$ ).

Die erklärte Varianz ist auf beiden Analyseebenen höchstens 20 Prozent und damit gering. Dies deutet darauf hin, dass wesentliche erklärende Variablen fehlen. Ansatzpunkte liefern die eingangs dargestellten Theorien und empirischen Befunde. So könnte das Gesundheitsverhalten und die Angebotsnutzung einschließlich der psychologischen Determinanten das Modell bereichern. Auch individuelle Bewältigungs- und Anpassungsprozesse, soziale Unterstützung und Pflegemotivation sind nicht operationalisiert, beeinflussen aber den Stressprozess bedeutsam.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie dürften mindestens für pflegende Angehörige in der Land- und Forstwirtschaft sowie im Gartenbau verallgemeinerbar sein. Erstens sind die Drop-Out-Analysen weitgehend unauffällig bzw. erklärbar. Zweitens ist trotz der Freiwilligkeit der Teilnahme an der Intervention der Selektionsbias relativ gering, weil er sich auf Alter und finanzielles Einkommen beschränkt. Des Weiteren gibt es eine epidemiologische Studie in der bayerischen Land- und Forstwirtschaft für die Altersgruppe ab 55 Jahren [36], die für die hier untersuchte Südregion repräsentativ ist. Der Vergleich der Pflegenden in dieser Studie mit der vorliegenden Interventionsgruppe zeigt, dass zwar die Interventionsgruppe gesundheitlich etwas beeinträchtigt ist. Dieser Unterschied ist aber zumindest in Teilen auf Geschlechts- und Altersunterschiede der pflegenden

Person sowie die Pflegebedürftigkeit der zu pflegenden Person zurückzuführen (im Einzelnen siehe [23]).

Der Vergleich zentraler Strukturdaten deutet zudem darauf hin, dass die Ergebnisse auch für weitere Branchen bzw. für pflegende Angehörige im Allgemeinen generalisierbar sein könnten. So sind die pflegebedürftigen Personen der Interventionsgruppe zwar deutlich bedürftiger als die einer Repräsentativuntersuchung zur häuslichen Pflege in Deutschland [33], aber dies dürfte darin begründet sein, dass die Seminarteilnahme das Vorhandensein einer Pflegestufe voraussetzt, während in der Vergleichsuntersuchung dies nicht der Fall ist. Der Frauenanteil (73 Prozent) und das Durchschnittsalter der pflegenden Personen (59 Jahre), die Pflegedauer (8,2 Jahre) sowie der Anteil der pflegebedürftigen Personen mit mindestens leichten kognitiven Einschränkungen (48 Prozent) ist mit repräsentativen Daten für Deutschland vergleichbar (Angaben aus [9]). Auch der hohe Anteil der Personen mit klinisch relevanter Depression gibt die gesundheitliche Lage pflegender Angehöriger gut wieder. Allerdings ist fraglich, ob die sozioökonomische Lebenslage in einem landwirtschaftlichen Familienbetrieb des ländlichen Raums – dies ist charakteristisch für die Interventionsgruppe – für die Allgemeinbevölkerung generalisierbar ist.

Neben den bereits aufgeführten gibt es weitere methodische Limitationen, die bei Hetzel und Autoren [25] nachzulesen sind.

Dr. Christian Hetzel  
Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation  
an der Deutschen Sporthochschule Köln  
Eupener Str. 70  
50933 Köln

## Quellen

- [1] Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2015). BARMER GEK Pflegereport 2015 - Schwerpunktthema: Pflegen zu Hause. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 36. Siegburg: Asgard-Verlagsservice GmbH.
- [2] Eid, M. & Larsen, R. (2008). The science of subjective well-being. New York: Guilford.
- [3] Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- [4] Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- [5] Aneshensel, C., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S. & Whitlatch, C. (1995). Profiles in Caregiving. *The Unexpected Career*. London: Academic Press.
- [6] Zank, S. (2010). Belastung und Entlastung von pflegenden Angehörigen. *Psychotherapie im Alter*, 7, 431-444.
- [7] Gräßel, E. & Adabbo, R. (2011). Perceived Burden of Informal Caregivers of a Chronically Ill Older Family Member Burden in the Context of the Transactional Stress Model of Lazarus and Folkman. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 24, 143-154.
- [8] Schulze, E. & Drewes, J. (2004). Die gesundheitliche Situation Pflegender in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Auswertung des Lebenserwartungssurvey des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BIB) beim Statistischen Bundesamt. Wiesbaden: BIB.
- [9] Schneekloth, U. & Wahl, H. W. (2005). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- [10] Schäufele, M., Köhler, L., Lode, S. & Weyerer, S. (2007). Welche Faktoren sind mit subjektiver Belastung und Depressivität bei Pflegepersonen kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen assoziiert? Ergebnisse einer repräsentativen Studie in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 20, 197-210.

- [11] Techniker Krankenkasse (2013). Bleib locker, Deutschland! – TK-Studie zur Stresslage der Nation. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- [12] COMPASS (2015). Befragungsergebnisse Pflegeberatung und Belastung Angehöriger. [http://www.compass-pflegeberatung.de/fileadmin/user\\_upload/Kurzauswertung\\_Forsa-Befragung\\_20150715.pdf](http://www.compass-pflegeberatung.de/fileadmin/user_upload/Kurzauswertung_Forsa-Befragung_20150715.pdf), Abruf: 07.08.2015.
- [13] Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267.
- [14] Pinquart, M. & Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61B, 33–45.
- [15] Pinquart, M. & Sörensen, S. (2002). Interventionseffekte auf Pflegenden Dementer und andere informelle Helfer: Eine Metaanalyse. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 15, 85-100.
- [16] Pinquart, M. & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr*, 18, 577–595.
- [17] Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., Lyketsos, C. & Livingston, G. (2007). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *J Affect Disorders*, 101, 75 – 89.
- [18] Coon, D. W. & Evans, B. (2009). Empirically based treatments for family caregiver distress: What works and where do we go from here? *Geriatric Nursing*, 30, 426-436.
- [19] Mantovan, F., Ausserhofer, D., Huber, M., Schulc, E. & Them, C. (2010). Interventionen und deren Effekte auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz - Eine systematische Literaturübersicht. *Pflege*, 4, 223-239.
- [20] Kurz, A. & Wilz, G. (2011). Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz. Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. *Nervenarzt*, 82, 336-342.
- [21] Lüdecke, D., Kofahl, C., Mestheneos, E., Triantafyllou, J. & Döhner, H. (2005). Pflegende Angehörige: Ein vernachlässigtes Thema in europäischer Gesundheits- und Sozialplanung? *Gesundheitswesen*, 67, V45.
- [22] Dlugosch, G. E. & Mücke, M. (2006). „Pflegen und sich pflegen lassen“ – Evaluation eines Seminarangebotes für pflegende Angehörige. In Loidl-Keil, R. & Lasowski, W. (Hrsg.), *Evaluationen im Gesundheitswesen – Konzepte, Beispiele, Erfahrungen* (279-329). München, Mehring: Rainer Hampp Verlag.
- [23] Hetzel, C. (2010). Personen in belastenden Situationen (PibS): Eine Trainings- und Erholungswoche für pflegende Angehörige als Angebot der Land- und forstwirtschaftlichen Sozialversicherung Niederbayern / Oberpfalz und Schwaben (LSV NOS) – Evaluationsbericht. Landshut: LSV NOS.
- [24] Hetzel, C. (2012). Evaluationsbericht: Personen in belastenden Situationen (PibS). In *Landwirtschaftliche Pflegekasse Hessen Rheinland-Pfalz und Saarland (LPK HRS)* (Hrsg.), *Auszeit für pflegende Hände* (26-67). Kassel: LPK HRS.
- [25] Hetzel, C., Opfermann-Kersten, M. & Holzer, M. (2016). Das subjektive Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen nach einer Trainings- und Erholungswoche: Mehrebenenmodelle für längsschnittliche Daten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 24, 13-28.
- [26] Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- [27] Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2005). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Heidelberg: Springer.
- [28] Engel, J. & Engel, M. (2012). Warum Gruppen wirken. In *Landwirtschaftliche Pflegekasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland (LPK HRS)* (Hrsg.), *Auszeit für pflegende Hände* (88-97). Kassel: LPK HRS.
- [29] Michie, S., Ashford, S., Sniehotta, F., Dombrowski, S., Bishop, A. & French, D. (2011). A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: the CALO-RE taxonomy. *Psychology and Health*, 26, 1479–1498.
- [30] Bech, P. (2004). Measuring the dimensions of psychological general well-being by the WHO-5. *QoL Newsletter*, 32, 15-16.
- [31] Brähler, E., Mühlan, H., Albani, C. & Schmidt, S. (2007). Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica*, 53, 83-96.
- [32] Henkel, V., Mergl, R., Kohnen, R., Maier, W., Möller, H. J. & Hegerl, U. (2003). Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *British Medical Journal*, 326, 200–201.

[33] Döhner, H., Kofahl, C., Lüdecke, D. & Mnich, E. (2007). Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage (Eurofamcare). The National Survey Report for Germany. Hamburg: Institute for Medical Sociology.

[34] Wilz, G. & Kalytta, T. (2012). Evaluation eines kognitiv-behavioralen Gruppenkonzepts für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten. *Psychother Psych Med*, 62, 359–366.

[35] Koch, E. (2014). Das agrarsoziale Sicherungssystem. *ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 49, 567-568.

[36] Hetzel, C. (2012). Arbeitsbedingungen und Gesundheit bei älteren Personen in Familienunternehmen. Bamberg: University of Bamberg Press.

## Burnout in der Landwirtschaft

Vanessa Hoffmann

*Internationale Untersuchungen belegen immer wieder die hohe psychosoziale Belastung von Landwirten und Landwirtinnen. Beispielsweise wird ein erhöhtes Suizidrisiko für Menschen, die in der Landwirtschaft tätig sind, beschrieben. Der folgende Beitrag ist die Abschlussarbeit der Verfasserin für den Bachelorstudiengang „Ökologische Agrarwissenschaften“ an der Universität Kassel/ Witzenhausen. Die Arbeit stellt eine Sammlung der Erfahrungen aus dem Umgang mit burnouterkrankten Landwirten dar. Für die Ausarbeitung wurden Vertreter und Vertreterinnen der agrarsozialen Sicherungssysteme, der Wissenschaft und der Beratungspraxis aus Frankreich, Finnland, Österreich und Deutschland qualitativ befragt.*

### 1 Einleitung

In der Landwirtschaft ist, wie in kaum einem anderen Wirtschaftszweig, das Gelingen der Produktion engstens an unvorhersehbare Faktoren wie die natürlichen Begebenheiten Boden, Wind und Wetter geknüpft. Durch große Veränderungen während der letzten Jahrzehnte in Technik, Gesellschaft und Politik sind sowohl die Anforderungen an die Betriebe als auch die Arbeitsbedingungen in der Landwirtschaft einem ständigen Wandel unterworfen. Diese technischen Entwicklungen bedingen einen Strukturwandel der Betriebe. Außerdem verändern sich Märkte und Verbraucheransprüche, was wiederum Auswirkungen auf die Landwirtschaft hat. All diese Faktoren bedingen ein wachsendes psychisches Belastungsrisiko für die Betriebsleiter.

Am auffälligsten sind die vielfältigen Veränderungen durch die fortschreitende Mechanisierung und Technisierung der modernen Landwirtschaft. Dies hat sicherlich an erster Stelle zu einer Erleichterung der Lebens- und Arbeitsbedingungen geführt. Ein anderer Aspekt dieser Entwicklung ist jedoch, dass immer weniger Betriebe mit immer weniger Menschen mehr landwirtschaftliche Produkte erzeugen. Inwieweit sich diese veränderten Rahmen- und Arbeitsbedingungen auf die Lebensqualität und seelische Gesundheit der Landwirte auswirken, ist weitgehend unbekannt.

Erste Studien in europäischen Nachbarländern berichten von einem erhöhten Suizidrisiko in der Landwirtschaft. Laut britischen Erhebungen weisen Landwirte das zweithöchste Suizidrisiko nach Mitarbeitern aus dem Gesundheitswesen auf [1]. Das französische Forschungsinstitut INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE bestätigt ebenfalls das erhöhte Risiko für Landwirte, das um 20 Prozent höher als das der französischen Durchschnittsbevölkerung liegt [2]. Österreichischen Untersuchungen zufolge sind Landwirte die „am meisten gefährdete Berufsgruppe“ [3] bezüglich Suizids. Auch in Australien begehrt laut PAGE ET AL. jeden vierten Tag ein Landwirt Selbstmord [4].

Trotz dieser bedrückenden Befunde zeichnet die Literatur ein kontroverses Bild über die psychische Verfassung der Landwirte. Gemäß finnischen Untersuchungen liegt das Stressniveau bei Landwirten unter dem von Angestellten und ist in den letzten Jahren gesunken [5]. Laut MELBERG „erzeugt“ die Tätigkeit in der Landwirtschaft sogar „etwas nachhaltig Positives für die mentale Gesundheit“ [6]. Darüber hinaus bezeugt HETZEL, dass Landwirte sich seltener durch ihr psychisches Befinden beeinträchtigt fühlen als Beschäftigte aus dem gewerblich-technischen Bereich [7].

Auf der anderen Seite denken britische Landwirte häufiger als die übliche Bevölkerung, das Leben sei nicht lebenswert [8]. Untersuchungen der Europäischen Union zufolge sind Landwirte, neben den hohen körperlichen Risiken, einem höheren Risiko ausgesetzt psychisch zu erkranken als der Durchschnitt der Befragten [9, 10]. Mehrere Studien aus England bestätigen des Weiteren, dass Landwirte unter einem Stressniveau leiden, das höher liegt als das der Vergleichsgruppen [11, 12]. Es besteht Einigkeit darüber, „dass Stress für das Verständnis des Burnout-Syndroms ein Schlüsselphänomen ist“ [13]. Erste Untersuchungen zum Thema Burnout in der Landwirtschaft aus Österreich, Frankreich und Neuseeland beschrieben eine hohe Gefährdung für Landwirte [14, 15, 16].

Ziel der vorliegenden Arbeit soll eine erste Annäherung an das Thema „Burnout in der Landwirtschaft“ sein. Zu Beginn wird dafür ein Stimmungsbild der Experten abgebildet, wie Burnout ein häufiges Phänomen in der Landwirtschaft ist. Die Sammlung der Erfahrungen aus dem Umgang mit ausgebrannten Landwirten konzentriert sich hauptsächlich auf die Angebote beispielsweise in Form von Seminaren, Workshops oder Rehabilitationsangeboten, die Landwirten mit psychosozialen Problemen zur Prävention und Behandlung zur Verfügung stehen. Mitunter werden erste Aspekte herausgearbeitet, die eine Inanspruchnahme verstärken oder verhindern. Um eine möglichst zielgruppenspezifische und wirksame Behandlung für Landwirte mit einer Burnouterkrankung zu ent-

wickeln, wurde zudem untersucht, bei welchen Personen die Betroffenen Hilfe suchen und zu welchem Zeitpunkt dies stattfindet. Außerdem wird überprüft, inwiefern Hilfestellungen auch die landwirtschaftlichen Betriebe in die Behandlung mit einbeziehen. Ferner wurde ergründet, über welches Wissen Landwirte, aber auch Personen, die beruflich mit Landwirten zu tun haben (Steuerberater, Fachberater, Bankangestellte, Vertreter), über den Prozess der psychischen Erkrankung informiert sind und fortgebildet werden. Um einen Ausblick zu generieren, wurde den Experten zum Schluss der Gespräche noch Raum gegeben, mögliche Forderungen an Politik und Wissenschaft zu stellen.

In der vorliegenden Arbeit wird von landwirtschaftlichen Unternehmern gesprochen und dabei Bezug auf die Betriebsleiter und Betriebsleiterinnen genommen. Synonym wird auch der Begriff „Landwirt“ gebraucht. Ausgeschlossen aus der Fragestellung sind angestellte Personen und Saisonarbeitskräfte. Ebenso wurde in dieser Arbeit kein Fokus auf geschlechtliche Unterschiede gelegt. Länderspezifische Besonderheiten wurden darüber hinaus nicht beachtet, da diese Arbeit eine offene Sammlung und keinen Vergleich anstrebt. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die Sprachform des Maskulinums angewendet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form gleichermaßen auch für die weibliche Form verstanden werden soll.

## 2 Arbeit in der Landwirtschaft

### 2.1 Strukturwandel

In Abbildung 1 ist die Entwicklung der Betriebszahlen in Deutschland seit 1979 dargestellt. Wie aus der Grafik ersichtlich ist, schrumpft die Zahl der Betriebe in Deutschland kontinuierlich. Parallel dazu steigt die Fläche, die pro Hof bewirtschaftet wird, stetig an. Im Durchschnitt verfügen die deutschen Betriebe 2015 über 59 ha (Hektar) landwirtschaftliche Fläche (LF), 2010 hingegen waren es noch 56 ha LF [17].

Tabelle 1 zeigt die Entwicklung der Betriebe zwischen 2010 und 2013 nach Größenklassen. Daraus geht hervor, dass die Betriebe mit unter 100 ha LF zurückgehen, Betriebe mit über 100 ha LF hingegen eine positive Entwicklung aufzeigen. Trotzdem bilden die Betriebe mit weniger als 50 ha LF über 80 Prozent der Betriebe insgesamt [17].

Abgesehen von den Wirtschaftsjahren 2008/09 und 2009/10 entwickelte sich das Einkommen der landwirt-

Abbildung 1: Anzahl der Betriebe (in 1.000 Betrieben) seit 1979, Quelle: [18]



schaftlichen Betriebe in den letzten Jahren positiv [17]. Betrachtet man jedoch die Gewinne der Unternehmen, aufgeteilt nach den Größenklassen laut Standardoutput (SO), zeigen sich Unterschiede (vgl. Tabelle 2). Nur rund 26 Prozent der Betriebe (mit SO > 250 000 €) erzielen eine positive Veränderung ihrer Gewinne zum Vorjahr. Unternehmen mit einem SO unter 250 000 € verbuchen enorme Rückgänge in ihren Gewinnen. Die Gewinne plus Personalaufwand liegen in allen Größenklassen im positiven Bereich. Der Gewinn plus Personalaufwand gilt „als Einkommensmaßstab, der für die landwirtschaftlichen Betriebe aller Rechtsformen vergleichbar ist“ [20], da er den Unterschied berücksichtigt, dass in Betrieben der Rechtsform juristischer Personen alle Personen im Unternehmen bei der Gewinnermittlung schon entlohnt wurden. Doch auch hier verzeichnen die Betriebe über 100 000 € SO deutlich höhere Veränderungen ihrer Gewinne (plus Personalaufwand) als Betriebe mit einem SO unter 100 000 €.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Betriebszahlen sinken, während die Betriebsgrößen steigen. Trotz des allgemeinen positiven Trends bei der Einkommensentwicklung zeigt sich bei genauerer Betrachtung, dass ein Teil der Betriebe am Trend nicht teilhat und vor allem kleinere Betriebe in der Anzahl zurückgehen.

### 2.2 Arbeitskräfte und Arbeitszeiten

Auf den meisten landwirtschaftlichen Betrieben ist das familiäre Leben stark mit dem Arbeitsleben verbunden.



Tab. 1 Betriebszahlen 2010 und 2013 nach Größenklassen, Quelle: [17]

Betriebsgröße von ... bis ha LF	Zahl der Betriebe (1.000)		jährliche Änderung* 2013 gegen 2010 in %
	2010	2013	
unter 5**	27,4	24,6	- 4
5 - 10	47,3	44,6	- 2
10 - 20	63,2	59,0	- 2
20 - 50	76,1	71,5	- 2
50 - 100	51,6	50,2	- 1
100 - 200	22,8	23,7	+ 1
200 - 500	7,2	7,8	+ 3
500 - 1000	2,1	2,2	+ 2
1000 und mehr	1,5	1,5	0
<b>insgesamt</b>	<b>299,1</b>	<b>285,0</b>	<b>- 1,6</b>

\* Nach Zinsszins, \*\* Betriebe mit Tierbeständen oder Spezialkulturen, die für sich eine Auskunftspflicht begründen (einschließlich Betriebe ohne LF)

Tab. 2 Einkommen der Haupterwerbsbetriebe nach wirtschaftlicher Betriebsgröße 2013/ 2014, Quelle: [17]

Betriebsgröße in 1.000 €	Anteil der Betriebe in %	Gewinn je Unternehmen		Gewinn plus Personalaufwand	
		€	Veränderungen geg. Vorjahr (%)	€	Veränderungen geg. Vorjahr (%)
50 - 100 (kleinere)	29,8	29.626	- 0,6	22.424	+ 0,5
100- 250 (mittlere)	43,9	55.940	- 36,6	34.590	+ 2,4
> 250 (größere)	26,3	113.989	+ 1,7	44.876	+ 2,1
<b>insgesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>63.380</b>	<b>+ 1,4</b>	<b>36.390</b>	<b>+ 2,4</b>

„Die Landwirtschaft ist ein Wirtschaftsbereich, in dem die Arbeitsleistung überwiegend von Unternehmern und ihren Familienangehörigen erbracht wird.“ [17]. Zwar schrumpft die Zahl der Familienarbeitskräfte, trotzdem bilden sie immer noch 50 Prozent der Arbeitskräfte in der Landwirtschaft. Die Zahl der langfristig Beschäftigten hingegen steigt an (2015: 20 Prozent, Wachstum +4 Prozent). Die restlichen 30 Prozent der 1,02 Mio. Arbeitskräfte bilden Saisonarbeitskräfte [17]. Arbeiteten 1895 von 100 Personen noch 38 in der Land- und Forstwirtschaft, sind es heute (2014) nur noch zwei Personen.

Jedoch kann eine Person, die momentan in der Landwirtschaft tätig ist, weit mehr Menschen durch ihre Arbeit ernähren als noch vor 100 oder 50 Jahren. (1900: 4 Personen, 1950: 10 Personen und 2014: 145 Personen) [22].

Durch die enge familiäre Zusammenarbeit auf vielen Betrieben sind die innerfamiliären Beziehungen einem Rollenkonflikt zwischen Arbeits- und Familienbeziehungen ausgesetzt. Zudem leben und arbeiten auf einem landwirtschaftlichen Betrieb oft mehrere Generationen gemeinsam [23]. Da der landwirtschaftliche Betrieb die

Lebensgrundlage aller Familienmitglieder ist, sind oft alle unmittelbar von dessen Wirtschaftlichkeit abhängig. Somit ist die landwirtschaftliche Großfamilie „als System zu behandeln. Die Bedürfnisse und Erwartungen der beiden Generationen sind verschlungen und voneinander abhängig.“ [24].

Außerdem arbeiten die meisten Landwirte als selbstständige Unternehmer sieben Tage die Woche, ohne viel Urlaub und Erholung. 70 Prozent der Landwirte aus England und Wales, die von SIMKIN ET AL. untersucht wurden (n=500), arbeiteten mehr als zehn Stunden pro Tag. Inbegriffen darin sind 20 Prozent der selbstständigen Unternehmer mit Arbeitstagen über 15 Stunden [11]. HETZEL zufolge arbeiten in Deutschland 35 Prozent „der Befragten [...] mindestens 41 Stunden je 7 Tage“ [25], wobei etwas mehr als 20 Prozent in der Befragung angeben, über 51 Stunden zu arbeiten [25].

Weiter ist und wird der ländliche Raum vom demographischen Wandel stärker betroffen sein als urbane Lebensräume [17]. Diese Bevölkerungsentwicklung macht sich heute schon in der Landwirtschaft bemerkbar. Das „Durchschnittsalter der Landwirte beträgt 53 Jahre“, titelte 2013 die Top Agrar und bezieht sich dabei auf Zahlen der AgriDirect Deutschland GmbH. Landwirte, die jünger als 35 Jahre alt sind, bilden 4,2 Prozent der Berufsgruppe. 9,1 Prozent hingegen sind älter als 65 Jahre [26]. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass mit zunehmendem Alter (über 65 Jahre) die Risiken für die mentale Gesundheit [9] und die Selbstmordgefahr zunehmen [27].

### 2.3 Inanspruchnahme von Hilfe

JUDD ET AL. beschreiben in ihrer Arbeit Barrieren, die Landwirte hindern, Hilfe aufzusuchen. Die drei wichtigsten Ergebnisse sind: „Hilfe von Freunden und Familie wird bevorzugt, beschränkte Akzeptanz für Gesundheitsangebote für psychische Erkrankungen und Stigmatisierung psychischer Krankheiten sowie beschränkter Zugang zu Gesundheitssystemen und -hilfe“ [28]. Dass bei Problemen lieber mit Familienmitgliedern oder Freunden gesprochen wird als mit professionellen Hilfskräften, bestätigen auch neuseeländische Wissenschaftler [16]. Laut PECK ET AL. wird Hilfe am ehesten bei Familie, Freunden und Berufskollegen gesucht oder „einfach weitergemacht“. An zweiter Stelle der Liste stehen Veterinäre [29]. Zudem kommentiert SWISHER: Die „Landwirtschaft ist mehr als die Summe ihrer Aufgaben; sie ist auch eine Lebensweise, mit ihren eigenen Wertvorstellungen und einer Struktur von gegenseitigen Abhängigkeiten“ [30]. Aus seiner Studie „Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen“ folgert SIEGRIST, dass die „kompetente Erfassung und Bewertung von Informationen zu psychosozialen Arbeitsbelas-

tungen [...] zu einem Bestandteil ärztlicher Anamnese und Diagnostik werden“ sollte [31]. Bei der Konzeption von Hilfsangeboten sollte daher der soziokulturelle Hintergrund der Landwirtschaft mit einbezogen werden [32].

### 2.4 Lebens- und Arbeitszufriedenheit

Trotz langer Arbeitstage ist die Mehrheit (63 Prozent) der deutschen Landwirte mit ihrem Leben zufrieden [25]. Auch australische Forscher beschreiben Landwirte als Menschen mit einer sehr hohen positiven Einstellung, also „enthusiastisch, aufgeweckt und aktiv“ [28]. HETZEL bestätigt das auch für deutsche Landwirte. In der Untersuchung von 2012 liegt die Lebenszufriedenheit der Landwirte über der neutralen Mitte, was dem bundesweiten Durchschnitt entspricht [7].

Bei Untersuchungen von SAARNI ET AL. hingegen lagen Landwirte bei allen untersuchten Indikatoren zum Wohlbefinden unter dem Durchschnitt. Analysiert wurden die Kategorien: Quality of Life (QoL) beziehungsweise Health-Related Quality of Life (HRQoL) [33]. Auch bei der Untersuchung der Arbeitsfähigkeit schneiden Landwirte unterdurchschnittlich ab. Ihr Work ability index (WAI) liegt mit 37.9 Punkten etwas unter dem Mittelwert von 40.0, fällt aber, genauso wie die übrigen Untersuchten, in die Kategorie der „guten Arbeitsfähigkeit“ (37-43 Punkte) [33].

Durch die Auswertung von 5.000 Fragebögen bestätigt HETZEL, dass 39 Prozent der deutschen Landwirte eine gute oder sehr gute Arbeitsfähigkeit haben. 85 Prozent der Befragten haben Spaß an ihrer Arbeit [25]. Auch österreichische Wissenschaftler validieren diese positive Einstellung der Landwirte. Die landwirtschaftlichen Unternehmer (n=61) sind mit der „Arbeitssituation generell ‚zufrieden‘“ [34]. Auch qualitative Studien aus Großbritannien betonen den „einzigartigen Arbeitsethos“ [10] der Landwirte (n=60). Zu dem landwirtschaftlichen Betrieb besteht oftmals eine enge emotionale Beziehung. So stehen Landwirte dem Familienerbe häufig sehr loyal gegenüber und sind bereit, auch bei wirtschaftlich schwierigen Situationen den Betrieb weiter zu führen [10]. Im bundesweiten Vergleich liegen Landwirte bei der Einschätzung ihrer Arbeitsfreude weit höher als der Durchschnitt [7].

## 3 Das Burnout

### 3.1 Definition

Obwohl Burnout seit einigen Jahren in aller Munde ist, fehlt „eine normierte, einheitliche und verbindliche

Begriffsbildung“ [35]. Burnout ist im medizinischen Klassifikationssystem ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) nicht mit einer eigenen Kategorie aufgelistet. Unter Z 73.0 findet sich der Begriff neben „körperlicher oder psychischer Belastung“, „Stress“ und „unzulängliche soziale Fähigkeiten“ [36]. Das bedeutet, dass bei der Abrechnung mit der Krankenkasse Burnout nicht alleinig als Diagnose angegeben werden kann, sondern als „Zusatz“ zu anderen psychischen Krankheiten genannt wird [13; 35]. Da eine präzise Definition fehlt, kann „Burnout [...] alles und nichts“ sein [13]. So droht die Gefahr, dass Burnout ein „Allerweltswort“ wird, das als „Mülleimer der Konzepte“ dient [37]. Auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) kritisiert die „isolierte Betrachtung des Burnout-Beschwerdebilds“ und plädiert für eine Sichtweise, in der „die dynamischen Zusammenhänge der arbeitsplatzbezogenen und individuellen Auslöserbedingungen einschließlich eventuell bestehender Krankheiten berücksichtigt“ werden [35].

Wissenschaftlich wurde der Begriff Burnout erstmalig von FREUDENBERGER 1974 gebraucht. In seinem Artikel „Staff Burn-out“ beschreibt er unter anderem psychische Symptome, betroffene Personen und mögliche Präventionsmaßnahmen [38]. Erste Versuche, die Krankheit genauer einzugrenzen, stammen aus den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts [13]. Zu Beginn verknüpfte man Burnout mit pflegenden, helfenden Berufen; diese Verbindung wurde jedoch nach und nach aufgehoben [13, 38]. Mittlerweile gibt es zahlreiche Studien über Burnout in allen möglichen Berufsfeldern und auch im privaten Bereich [13]. Auch dass Zusammenhänge „wie Begeisterung für den Beruf, für ein Ziel, für die Karriere sowie Engagement, Optimismus, Erwartung von Selbsterfüllung und Erfolg und dergleichen mehr typisch seien, [fand] keinerlei empirischen Beleg“ [39].

Aktuelle Erklärungsmodelle sind umfassender und lassen sich nach KÖRNER in drei grundlegende Erklärungsrichtungen einteilen: „1.) Differentialpsychologische, individuenzentrierte Ansätze; 2.) Arbeits- und organisationspsychologische Ansätze; 3.) Soziologische-sozialwissenschaftliche Ansätze.“ [40]. In der ersten Gruppe der Erklärungsmodelle steht die Persönlichkeit der ausgebrannten Person im Vordergrund. Beschrieben werden unter anderem Personen, die ein inneres Bedürfnis verspüren zu helfen und empathisch sind. Diese Erklärung entspricht am meisten dem umgangssprachlichen Gebrauch von Burnout. Der zweiten Gruppe liegen Erklärungen zu Grunde, welche die Lücke zwischen Anforderungen im Beruf und den persönlichen Fähigkeiten als Ursache für Stress und Burnout sehen. In der dritten Gruppe wird eine gesellschaftliche Betrachtung der Erkrankung angestrebt, in die mitunter die Veränderungen des Arbeitsalltages inbegriffen sind [40, 41]. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass alle drei Modelle

„Burnout relativ eng mit arbeitsbezogenem Stress im Kontext der psychosozialen oder pädagogischen Berufe sowie mit dem Ausmaß beruflicher Zufriedenheit in Zusammenhang bringen.“ [41].

Bleibt die Eingrenzung von Burnout schwierig, finden sich in der Literatur nichtsdestotrotz viele Symptombeschreibungen. BURISCH teilt die Symptome in sechs Kategorien ein. Tabelle 3 listet diese Kategorien auf, wobei einige Symptome ergänzt wurden. Da „insgesamt [...] mehr als 130 Symptome festgehalten werden“ [41] konnten, ist die Auflistung sicherlich nur eine Auswahl der möglichen Beschwerden.

### 3.2 Burnout in der Landwirtschaft

Über das Vorkommen der Erkrankung Burnout in der deutschen Landwirtschaft gibt es bislang kaum Forschung. Erste Hinweise ergeben ein alarmierendes Bild. Im Durchschnitt kennt jeder von LOHMANN befragte Berater für ökologische Landwirtschaft zwei bis drei Fälle von Burnouterkrankungen aus der Beratungspraxis [42]. Ein Modell, um psychosoziale Arbeitsbelastung aufzuzeigen, ist das Modell beruflicher Gratifikationskrisen. Hier wird ein „Missverhältnis aus Anstrengung und Belohnung“ [25] gesehen. Gerät dieser Tauschprozess in ein Ungleichgewicht, spricht man von einer Gratifikationskrise. Personen, die unter einer solchen Krise leiden, haben ein doppelt so hohes Risiko für eine „Manifestation einer klinisch relevanten depressiven Symptomatik“ [31]. Bei Landwirten weisen 31 Prozent der durch HETZEL Befragten ein erhöhtes Risiko für eine Gratifikationskrise auf [25]. Laut einer Umfrage in Österreich leiden dort über die Hälfte (57,9 Prozent) der Landwirte an Burnout [14]. Das französische Forschungsinstitut „Technologia“ schreibt Landwirten das höchste Risiko für Burnout in den untersuchten Berufsgruppen zu. 23,5 Prozent der Unternehmer leiden laut der Untersuchung an Burnout oder einer beruflichen Erschöpfung [15]. Wissenschaftler aus Neuseeland sprechen von 11 Prozent (2011/12) beziehungsweise 26 Prozent (2012/13) betroffener Landwirte [16]. All diese Zahlen weisen auf eine Problematik in der Landwirtschaft hin, dürfen aber auf keinen Fall direkt miteinander verglichen werden, da ihnen unterschiedliche Testmethoden zu Grunde liegen.

## 4 Methodik und Analyse

Auf Grund der geringen Datenlage zum Phänomen Burnout in der Landwirtschaft schien die Anwendung qualitativer Forschung prädestiniert, weil sie „die Aufdeckung der für den jeweiligen Gegenstand relevanten Einzelfaktoren, zum anderen die Konstruktion von möglichen Zusammenhängen“ [43] anstrebt. Durch fünf

Tab. 3 Kategorien der Symptome von Burnout, modifiziert nach Burisch (2014)

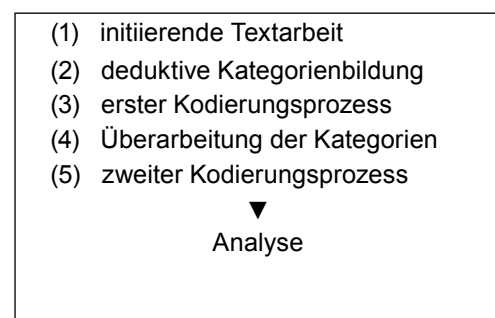
Kategorien	Symptomatik	Literatur
1. Kategorie	erhöhter Energieeinsatz, nach der Arbeit nicht mehr abschalten können, Erschöpfung vermehrtes Engagement für Ziele emotional niedergeschlagen, erschöpft	Burisch, 2014:30ff Hedderich, 2009:23ff Pines u.a., 1992:27ff
2. Kategorie	geringere Selbstachtung, keine Befriedigung mehr (v. a. aus der Arbeit), dehumanisierende Einstellung zu den Menschen (Klienten) Rückzug (emotional, kognitiv, verhaltensmäßig) erhöhte Ansprüche (Eifersucht, Partnerprobleme, Konzentration auf eigene Ansprüche) Klienten wird die Verantwortung für ihre Probleme zugeschoben materielle Dinge, Freizeit, Ausgleich zur Arbeit werden wichtiger veränderter Lebensstil	Pines u.a., 1992:27ff. Burisch, 2014:30ff.  Hedderich, 2009:23ff. Maslach & Jackson, 1981:99 Burisch, 2014:30ff
3. Kategorie	Schuldzuweisungen in zwei Richtungen: - an sich selbst → Depression: Probleme und Ursachen werden bei sich gesucht - an andere/anderes → Aggression: Ungeduld, Intoleranz, Misstrauen, Reizbarkeit	Burisch, 2014:30ff
4. Kategorie	Abbau von Motivation, Kreativität Rückzug auf Gewohnheiten, alte Denkweisen, eingespielte Gruppen Verstärkung der Symptome aus Kategorie 3	Burisch, 2014:30ff.
5. Kategorie	psychosomatische Reaktionen häufiger krank, schneller krank, Verspannungen, Schmerzen, veränderte Essgewohnheiten, Schlafstörungen	Burisch, 2014:30ff. Pines u.a., 1992:27ff.
6. Kategorie	Verzweiflung, Aufgabe, Suizid	Burisch, 2014:30ff.

Experteninterviews sollte eine möglichst offene Annäherung an die Thematik gewährleistet werden, um erste Informationen zu erhalten und dadurch auch eine Grundlage für zukünftige Forschungsfragen zu schaffen [44]. Durch die zeitliche Begrenzung dieser Arbeit kam eine Befragung von betroffenen Landwirten nicht in Frage. Die Forschung nach Ursachen und Quantität der Erkrankung speziell in der Landwirtschaft wurde bewusst ausgeschlossen, da eine solche Fragestellung nach Ansicht der Autorin einen anderen Forschungsrahmen verlangt hätte. Um die vorliegende Forschungsfrage umfassend zu bearbeiten, wurden fünf Vertreter und Vertreterinnen der agrarsozialen Sicherungssysteme, der Wissenschaft und der Beratungspraxis aus Frankreich, Finnland, Österreich und Deutschland interviewt. Die Auswahl der Gesprächspartner fand im engen Kontakt mit Mitarbeitern der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) statt. Nach MALHOTRA ET AL. wird diese Auswahlmethode „Judgmental sampling“ [45] genannt. Obgleich die Auswahlmethodik „billig, gewöhnlich und schnell [ist], erlaubt [sie] aber keine allgemeine Generalisierung auf eine bestimmte Bevölkerung“ [45]. Diese Einschränkung kann bewusst in Kauf genommen

werden, da die Arbeit, wie oben bereits erwähnt, als erste Grundlage für weitere Forschungsvorhaben dienen soll.

Als Grundlage der Analyse dienten die Transkripte der fünf Interviews. Bei der Analyse wurde nach folgendem Ablaufmodell gearbeitet (Abbildung 2).

Abbildung 2: Fünf Schritte der Analyse, Quelle: [46]



Im ersten Schritt wurde der Text „sorgfältig gelesen“ [46], um den Inhalt der Interviews zu verstehen und sich mit dem Datenmaterial vertraut zu machen (1). Ziel des ersten Schrittes ist es, „ein erstes Gesamtverständnis für den jeweiligen Text auf der Basis der Forschungsfrage(n) zu entwickeln“ [46]. Im Anschluss daran wurden erste Kategorien deduktiv gebildet (2) und ein erster Kodierungsprozess durchgeführt (3). Für die Kategorisierung wurde das Programm MAXQDR verwendet. Daraufhin wurden die Kategorien nach Analyse der kodierten Textstellen in Bezug auf die Fragestellung nochmals überarbeitet (4). Eine Auflistung der Kategorien mit Definitionen und Ankerbeispielen findet sich im Anhang der Bachelorarbeit. Beispielhaft wird hier die Kategorie „Kommunikation“ dargestellt (Tabelle 4). Im letzten Schritt wurde das Datenmaterial ein zweites Mal kodiert (5) [43].

tion“ dargestellt (Tabelle 4). Im letzten Schritt wurde das Datenmaterial ein zweites Mal kodiert (5) [43].

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Quantitative Analyse

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die verwendeten Kategorien mit zugehörigen Definitionen. Insgesamt wurden acht Kategorien aufgestellt. Bei zwei Kategorien, („Forderungen“ und „Angebote“) gab es zudem Subkate-

Tabelle 4: Beispiel der Kategorien anhand der Kategorie "Kommunikation"

Kommunikation	Kontaktaufnahme und Zeitpunkt der Kontaktaufnahme bei Problemen	„Ich denke die Familie.“  „Und insgesamt für beide Gruppen kann man sagen, dass man häufig erst dann zu einem sehr späten Stadium der Depression überhaupt mitbekommt, wie schlecht der Zustand dieser Person ist.“
---------------	---	---

Tabelle 5: Kategorien mit Definitionen und Häufigkeiten

Kategorien	Definition	Häufigkeit
Erfahrungen	Erfahrungen mit Burnout in der Landwirtschaft	9
Kommunikation	Kontaktaufnahme und Zeitpunkt der Kontaktaufnahme bei Problemen	8
Umgang	Umgang mit Burnout in der Landwirtschaft (Stigma) und dessen Folgen	12
Wissensstand	Wissensstand über Burnout bei Landwirten und bei Personen, die beruflich mit Landwirten Kontakt haben	9
	Fortbildungen für Personen, die beruflich mit dem landwirtschaftlichen Sektor Kontakt haben	9
Angebote	Angebote für Landwirte zum Thema Burnout/ psychische Belastung	22
	Erfahrungen mit vorhandenem Angebot	22
	Hürden, die Inanspruchnahme von Hilfe verhindern	10
Hilfestellung	Hilfestellungen für Familien und deren Betriebe	4
Ursachen	Ursachen von Burnout in der Landwirtschaft	7
Forderungen	allgemeine Forderungen und Wünsche	3
	Forderungen an die Politik	7
	Forderungen an die Wissenschaft	5
		127

gorien. In der Kategorie „Angebote“ wurde differenziert zwischen Beschreibungen der Hilfsangebote und Erfahrungen mit den durchgeführten Angeboten. Außerdem wurden genannte Barrieren, welche die Inanspruchnahme eines Angebotes verhindern, extra kodiert. Die Kategorie "Forderungen" wurde untergliedert zwischen Forderungen an die Politik, Wissenschaft und allgemeinen Forderungen an die Gesellschaft.

Am häufigsten sprechen die Experten über Angebote (Seminare, Workshops, Gesprächskreise, Vorträge, kreative Projekte), die Landwirten offeriert werden. Etwa genauso häufig werden Erfahrungen, welche mit dem Angebot gemacht wurden, wie beispielsweise die Akzeptanz oder Inanspruchnahme der Angebote, genannt. Zehn Aussagen wurden zum Thema Hürden gemacht, welche verhindern, dass angebotene Hilfe in Anspruch genommen wird. Etwa gleich häufig werden die Themen „Erfahrungen“, „Kommunikation“, „Umgang“, „Wissensstand“, „Fortbildungen“, „Ursachen“ und „Forderungen an die Politik“ angesprochen. Nur wenige Äußerungen wurden zu „Hilfestellungen“, „Forderungen“ und „Forderungen an die Wissenschaft“ ausgesprochen.

Eine genauere Aufschlüsselung der Kategorien gibt Tabelle 6, in der die Häufigkeiten der Aussagen auf die einzelnen Interviewpartner verteilt sind. Die Aufteilung ist bei den insgesamt häufiger genannten Kategorien etwas gleichmäßiger verteilt als bei den seltener gefundenen Kategorien. So äußern sich zu den Kategorien „Ursachen“ oder „Hilfestellung“ einzelne Experten gar nicht, wobei nach Hilfestellungen bei allen fünf Interviewpartnern gefragt wurde. Explizit wurde auf die Ursachen nur bei B4 eingegangen, da das Thema von dem Experten

angesprochen wurde. Die Kategorien „Angebote“, „Wissensstand“ und „Forderungen“ werden von allen Experten am meisten angesprochen. Zu den Themengebieten „Erfahrungen“, „Kommunikation“ und „Umgang“ wird insgesamt weniger, aber von allen Experten gleichermaßen häufig etwas gesagt.

## 5.2 Qualitative Inhaltsanalyse

### 5.2.1 Erfahrungen und Ursachen

Drei der fünf Experten bestätigen, dass sie in ihrer Arbeit Kontakt mit ausgebrannten Landwirten hatten. Über die Häufigkeit gibt es kontroverse Aussagen von „immer mal wieder untergekommen“ bis „das ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern bei uns durchaus nicht selten“. Ein Gesprächspartner verneinte deutlich, dass der Begriff in der Landwirtschaft gebräuchlich ist: „Mich hat kein einziges Mal ein Landwirt oder Bäuerin, sag ich mal so, angesprochen, dass sie gesagt hat, Sie, ich glaube, ich habe ein Burnout oder ich bin ausgebrannt, oder ich bin erschöpft, also tatsächlich nicht“. Ein Interviewpartner berichtet aber von Belastungen bei den Landwirten, die dann eher anders, zum Beispiel als Anstrengung ausgedrückt werden. Zudem taucht die psychische Belastung häufig in den Statistiken über die Gründe einer vorzeitigen Erwerbsminderungsrente auf. Zwei Interviewpartner berichten von Veränderungen in ihren Erfahrungen mit der Zeit. „Das ist etwas, was mir eigentlich schon, [...] mindestens seit 15 bis 20 Jahren immer mal wieder untergekommen ist“ und „jetzt so seit einem Vierteljahr [...] massiv mit dieser Diagnose zu tun haben“. In jün-

Tabelle 6: Häufigkeit der Kategorien nach interviewten Personen

Interviewpartner \ Kategorie	B1	B2	B3	B4	B5	gesamt
Erfahrungen	-	5	1	2	1	9
Kommunikation	3	1	2	1	1	8
Umgang	3	2	2	3	2	12
Wissensstand	2	5	3	6	2	18
Angebote	11	19	10	11	3	54
Hilfestellung	1	1	-	1	1	4
Ursachen	-	-	5	2	-	7
Forderungen	2	3	3	5	2	15

gerer Zeit scheint Burnout also immer häufiger in der Landwirtschaft benannt zu werden und somit auch mehr in den Fokus der Experten gerückt zu sein. Hinter der Erkrankung steht ein komplexes System. In fünf von sieben Aussagen zu den Ursachen von Burnout wird die wirtschaftliche Lage als ein Baustein in diesem System benannt. Entweder als ein Faktor, der eng mit der Erkrankung Burnout verflochten ist, oder als Baustein aus einer Reihe von anderen Problemen im Betrieb oder in der Familie. Wobei sicherlich auch die besonderen Verhältnisse zwischen Betrieb und Familie in der Landwirtschaft eine große Rolle spielen. Ein Interviewpartner erläutert, dass eine finanziell schlechte Situation für Landwirte bedeuten kann, dass sie „ihre Unabhängigkeit verlieren und die Autonomie, wenn sie wirklich in eine schlechte [...], wirtschaftliche Situation geraten, könnten sie den Hof verlieren“. Die enge Verbindung von Beruf und Familie kann bei einem intakten familiären Zusammenhalt ein Rückhalt sein, um Krisen im Betrieb abzufedern, führt aber umgekehrt bei zusätzlichen familiären Problemen zu einer Doppelbelastung. Zudem bedingt die beidseitige Abhängigkeit auch Rückkopplungen von beispielsweise familiären Problemen in das betriebliche Zusammenarbeiten und umgekehrt. Als weitere Komponente wird das gesellschaftliche Ansehen der Landwirte genannt, deren Arbeit aktuell im Zuge der Tierwohldiskussion mehrfach kritisiert wird und auf eine Hilflosigkeit bei den Landwirten trifft, weil „sie wirklich Angst haben vor der Situation und nicht wissen, was sie tun sollen“. So fehlt den Landwirten eine positive Rückmeldung für ihre Arbeit als wichtiger Aspekt für ihre Arbeitszufriedenheit.

### 5.2.2 Wissensstand und Umgang

Beim Umgang mit der Erkrankung Burnout scheint es in landwirtschaftlichen Gemeinschaften Unterschiede zu geben. Häufig wird erwähnt, dass über Burnout nicht gesprochen wird beziehungsweise keine Hilfe aufgesucht wird. Warum jedoch über die Krankheit geschwiegen wird, bewerten die Interviewpartner unterschiedlich. Eine Erklärung könnte die Erkrankung selbst sein, wobei der Betroffene „nicht erkennt, in welchem Prozess er ist, [und] dann sieht er ja auch nicht [die] Notwendigkeit in irgendeiner Unterstützungsmaßnahme“. Hilfe wird also nicht in Anspruch genommen, nicht weil das Wissen um Burnout fehlt, sondern weil die Selbsterkenntnis dazu fehlt. An anderer Stelle wird hingegen die Unwissenheit dafür verantwortlich gemacht, dass keine Hilfe aufgesucht wird. Die Betroffenen nehmen erst zu einem sehr späten Zeitpunkt Hilfsangebote wahr, was wiederum den Handlungsdruck enorm verstärkt, da zu diesem Zeitpunkt die Suizidgefahr erhöht ist. Außerdem spielt die innere Einstellung gegenüber psychischen Problemen eine Rolle: Eine Einstellung, dass keine externe Hilfe notwendig ist, da Probleme mit sich selber oder innerhalb der Familie gelöst werden. Der offene Umgang

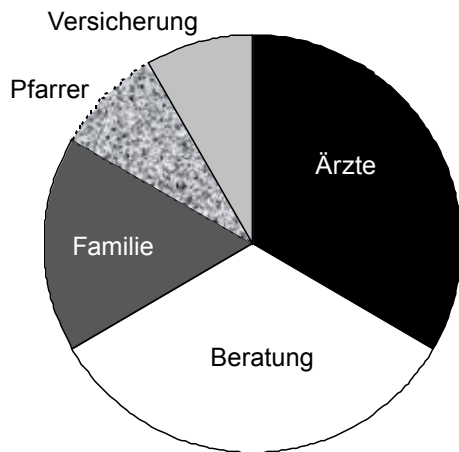
mit der eigenen Erkrankung könnte zum Imageverlust führen und sogar „Schadenfreude“ bei den Berufskollegen erzeugen. Wobei auch eine „starke Wandlung“ in der Bewertung von Berufskollegen angesprochen wird, da diese immer mehr Verständnis für die Erkrankung aufbringen. Burnout könnte auch unter den psychischen Erkrankungen eine besondere Rolle spielen, weil „hinter einem Burnout immer ein großer Leistungsaspekt steht, und den gibt man eher zu als eine Depression“. So scheint sich die Stigmatisierung langsam zu lösen und Burnout wird offener angesprochen. Ein Grund für diese Veränderung könnte auch die vermehrte Berichterstattung in der fachlichen Presse sein. In den letzten Jahren werden immer häufiger Artikel rund um das Thema Burnout veröffentlicht und dadurch der Umgang mit der Erkrankung verändert. Grundsätzlich wird die regelmäßige Berichterstattung von den Experten begrüßt und als positiv angesehen.

Ein anderweitiger Aspekt ist der Wissensstand um die Erkrankung Burnout nicht bei den Landwirten selbst, sondern bei Personen, die beruflich mit ihnen zusammenarbeiten. Teilweise berichten die Experten von Seminaren zum Umgang mit psychischen Erkrankungen für Berater, Pflegeberater, Betriebshelfer, Familienberater und Dorfshelferinnen. Diesen Personen wird auch ein Bewusstsein für psychosoziale Belastungen zugesprochen. Die Mehrzahl der angesprochenen Fortbildungen stecken noch im „Entwicklungsprozess“ und könnten in Zukunft „noch zielgruppenspezifischer“ annonciert werden. In anderen Fachrichtungen, beispielsweise dem Finanz- oder Versicherungssektor, bedingt die Aufgeschlossenheit der verantwortlichen Ausbilder die Vermittlung des Themas. In den Ausbildungen sind psychische Erkrankungen oder Burnout nicht grundsätzlich vorgesehen. In Finnland und Österreich gibt es ein solches Angebot nicht, wobei die Idee teils positiv, teils eher negativ bewertet wird. In Frankreich, wo seit einigen Jahren schon ein Netzwerk zur Erkennung und Prävention für psychische Erkrankungen und Suizid aufgebaut wird, sind eben solche Fortbildungen beispielsweise für Steuerberater, Veterinäre, Rechtsberater und Hausärzte in den nächsten Jahren zwischen 2016 und 2020 geplant.

### 5.2.3 Kontaktaufnahmen bei Erkrankung

Treten psychische Probleme in einer landwirtschaftlichen Familie auf, werden nach Meinung von zwei Experten als erstes Familienmitglieder informiert oder diese erkennen die Veränderungen von sich aus. Ein Experte meint, dass nicht ein spezieller Personenkreis als erste Anlaufstelle bestimmt werden kann, sondern dass vielmehr die Vertrauensebene einer Beziehung essentiell dafür ist. Die Vielfältigkeit der ersten Anlaufstellen beschreibt ein Interviewpartner: „Ich glaube nicht, dass es jetzt die erste Anlaufstelle gibt dafür.“ Abbildung 3 zeigt eine Aufteilung

Abbildung 3: Aufteilung der genannten Kontaktaufnahmen (n=12)



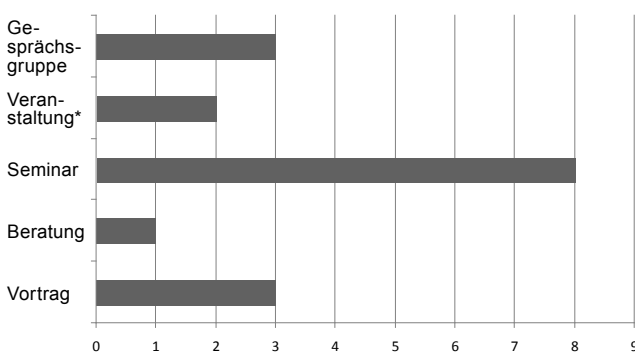
der von den Experten genannten Kontaktstellen (n=12). Am häufigsten wurden Beratungsstellen und Hausärzte genannt, gefolgt von Familienangehörigen, kirchlichen Institutionen und Versicherungen.

### 5.2.4 Angebote

Im Datenmaterial finden sich zwei Gruppen von Hilfsangeboten. Zum einen wird von Präventionsangeboten berichtet, zum anderen werden Einrichtungen und Behandlungen vorgestellt, die in einer aktuellen Notsituation helfen sollen.

Insgesamt wurden 17 Präventionsangebote beschrieben. Abbildung 4 zeigt, welche Veranstaltungsformen für die Angebote gewählt wurden. Demnach werden insgesamt am häufigsten Seminare zur Vorsorge von Burnout angeboten.

Abbildung 4: Verteilung der genannten Vorsorgeangebote (n=17)



\* z. B. Theater, Kino, Wohlfühltag

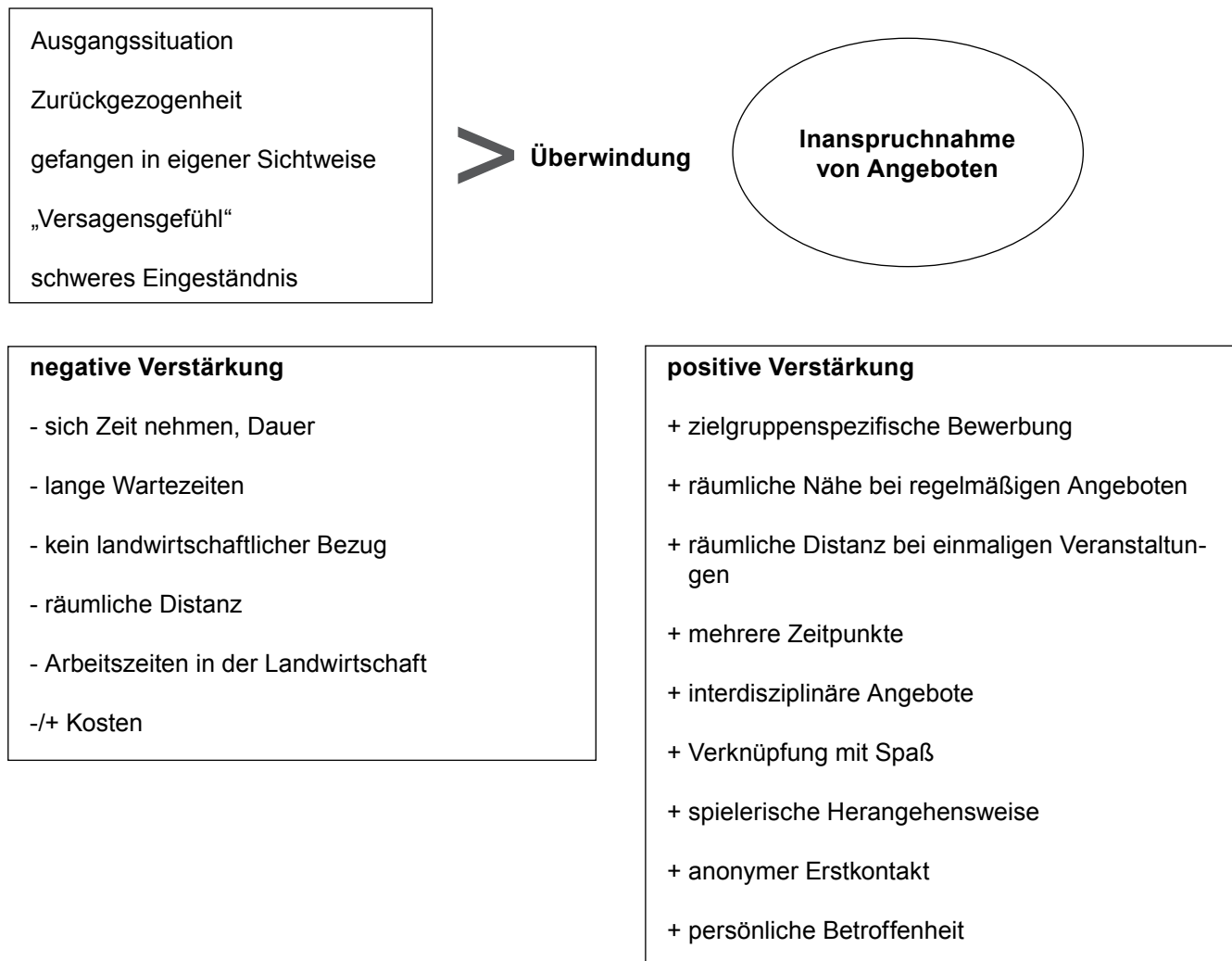
Wichtig ist hierbei, dass die Burnoutprävention in den Seminaren oft nur ein Bestandteil, der Schwerpunkt jedoch ein anderer ist. So sind die Angebote nicht direkt als Burnoutprävention erkennbar. In den Interviews finden sich viele Aussagen, dass ein Burnoutpräventionsangebot eine spezielle Bewerbung braucht, also beispielsweise hinter „harten Fakten“ versteckt werden muss oder den Landwirten „untergejubelt“ werden sollte. Die Erfahrung aus vergangenen Seminaren zeigt, dass ein Großteil der Teilnehmer sich zwar durch eine solche verdeckte Ausschreibung mit anderen Erwartungen angemeldet hat, dann aber durchaus begeistert und offen für das Angebot war. An zweiter Stelle stehen Gesprächsgruppen und Vorträge zu dem Thema. Der Vorteil von Vorträgen liegt darin, dass keine Selbstoffenbarung von Nöten ist, da „man ja immer noch meinen [kann], ich geh' da hin, weil ich meinem Nachbarn helfen will“. Aus Finnland und Frankreich berichten die Experten darüber hinaus von kreativen Veranstaltungsformen, die neue Wege der Informationsvermittlung gehen: beispielsweise „Wohlfühltag“, die in Kurhäusern stattfinden und eine Mischung zwischen Wellness und Informationen bieten, oder „Hilfe über das Internet“ genauso wie „Theaterstücke“ und „Filmvorführungen“. Diese Veranstaltungen sind zur Wissensvermittlung konzipiert und wollen eine Bewusstseinswerdung fördern. Ein Interviewpartner nennt zudem gesellige Aktivitäten wie ein Abendessen mit kulturellem Begleitprogramm, Themenabende oder Musikveranstaltungen.

Als Angebote für akute Notsituationen werden Psychotherapie und Rehabilitationsangebote benannt. Die Interviewpartner aus Frankreich und Finnland berichten von interdisziplinären Einrichtungen mit Ärzten, Krankenschwestern und Psychologen in Gesundheitszentren oder Präventionszellen, die eine erste Anlaufstelle für hilfeschende Landwirte sind. Betont werden die Nähe und der Bezug zur Landwirtschaft sowie der leichte und schnelle Zugang zu Hilfe. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit können die Betroffenen unkompliziert an Fachleute im Team weitervermittelt werden und die Probleme können ganzheitlich erfasst werden. Die französischen Präventionszellen werden zudem von „Wächtern“ unterstützt. Das sind Personen aus dem landwirtschaftlichen Kontext, die durch Fortbildungen sensibilisiert werden, psychische Krankheiten zu erkennen und inoffiziell mit den Betroffenen Kontakt aufzunehmen. Dabei geben sie ihre Rolle nicht bekannt und informieren auch nicht eigenständig die Präventionszellen, sondern bieten lediglich ihre Unterstützung an.

Abbildung 5 zeigt eine grafische Darstellung der genannten Aspekte, welche eine Inanspruchnahme von Hilfs- und Präventionsangeboten verstärken (+), vermindern (-) oder dieser neutral (-/+) gegenüberstehen. Dabei muss die Ausgangssituation der Landwirte berücksichtigt werden. Die Landwirte befinden sich in einer isolierten



Abbildung 5: Positive und negative Verstärkung für die Inanspruchnahme von Angeboten



Situation. Den eigenen Zustand zu erkennen und sich einzugestehen fällt schwer. Um Hilfe in Anspruch zu nehmen, muss diese Situation erkannt und überwunden werden. Dabei können einige Aspekte dazu führen, diese Überwindung zu unterstützen oder ihr entgegen zu wirken. Oftmals wird die Dauer des Angebotes als negativer Einflussfaktor genannt. Sich die Zeit zu nehmen ein Hilfsangebot wahrzunehmen, scheint für viele Unternehmer schwierig zu sein. Wobei es nicht an der Zeit an sich zu scheitern scheint, da auch mehrtägige Ausflüge auf landwirtschaftliche Fachmessen realisierbar sind. Eine entsprechende Terminwahl kann hingegen positiv auf die Inanspruchnahme wirken. Besteht kein landwirtschaftlicher Bezug, entsteht bei den Betroffenen das Gefühl, dass ihr Alltag nicht verstanden wird. Eine zielgruppenspezifische Bewerbung, eine enge Verknüpfung mit landwirtschaftlichen Themen und ein interdisziplinärer Ansatz verstärken die Teilnahme. Der Einfluss der Kosten wird neutral bewertet: „Da kann ich mich an nicht ein Gespräch erinnern, wo das thematisiert worden ist, dass das irgendwie zu viel wäre“. Jedoch kann die

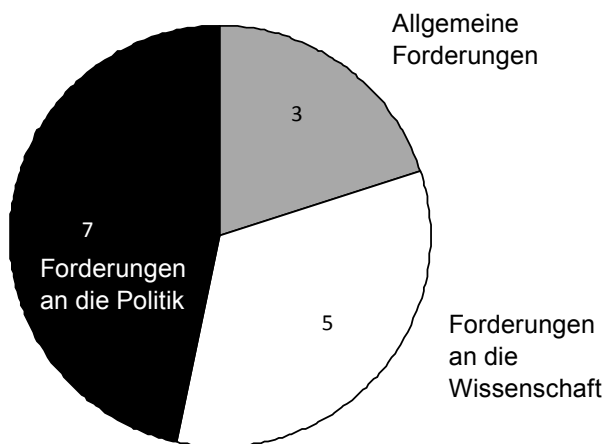
„finanzielle Möglichkeit“ durchaus die Überwindung letztlich verhindern.

Erkrankt eine Arbeitskraft auf einem landwirtschaftlichen Betrieb, besteht, nach offizieller Bescheinigung, die Möglichkeit der Unterstützung durch einen Betriebsleiter oder eine Dorfhelferin. Anderweitige Hilfe wird von den Experten nicht beschrieben.

### 5.2.5 Forderungen

Die meisten Forderungen (n=15) werden an die Politik gestellt (Abbildung 6). Beispielsweise wird der Ausbau von Psychotherapieplätzen gefordert. Darüber hinaus rufen die Experten dazu auf, die Strukturen im ländlichen Raum zu ändern und dort auch das ehrenamtliche Engagement zu unterstützen. Weiter wird vorgeschlagen, Erholungsangebote, wie beispielsweise einen Kuraufenthalt, verpflichtend zu machen. Als weitere Aufgabe der Politik wird die Unterstützung der Land-

Abbildung 6: Aufgliederung der Forderungen



wirte, die stark in die Kritik geraten sind und unter einem „Negativimage“ leiden müssen, verlangt. Aber auch gesamtgesellschaftlich werden eine höhere Wertschätzung der landwirtschaftlichen Arbeit und ein engerer Kontakt zwischen Landwirten und Verbrauchern gefordert. Ein Interviewpartner fordert eine nachhaltigere Landwirtschaft für Mensch, Tier und Umwelt. Überdies besteht der Auftrag des Umdenkens insofern, dass individuelle Lebenskonzepte, die von der Tradition abweichen, in landwirtschaftlichen Gemeinschaften möglich sein müssen. Ein Interviewpartner fordert Burnout als Berufskrankheit anzuerkennen. Letztlich wird verlangt, psychischen Erkrankungen einen festen Platz in den Ausbildungsplänen einzuräumen und zu vermitteln, „dass Wachstum auch eine Kehrseite hat“.

Forderungen an die Wissenschaft stellen alle fünf Experten mit jeweils individuellen anschaulichen Ideen. Nur einmal wird ein allgemeiner Anspruch an die Wissenschaft geäußert, „mehr über Burnout“ herauszufinden. Die Experten wünschen sich einen konkreten Transfer des Wissens für die Praxis, für Hausärzte, zur Früherkennung für den Sozialversicherer oder um einen Rückfall eines „erst kürzlich aus dem Krankenhaus Entlassenen“ zu vermeiden. Eine Chance wird in internationalen Projekten gesehen, durch die man „gemeinsame Werkzeuge entwickeln [könnte], um zu helfen“.

## 6 Eingrenzungen

Die Fragestellung dieser Arbeit wurde sehr frei und offen gestaltet. Dieses Vorgehen warf bei der Bildung von gut definierten und präzisen Kategorien einige Schwierigkeiten auf. Aus den Erfahrungen, die aus dieser Arbeit erwachsen sind, wäre eine genauere Fragetechnik möglich. So war eine induktive Kategorienbildung nur

begrenzt möglich und die gebildeten Kategorien entsprechen weitgehend dem Interviewleitfaden. Durch die explorative Art, dem Thema zu begegnen, wurden teilweise sehr kontroverse Aussagen erfasst. Fraglich bleibt, ob dies an der Komplexität des Themas oder an der Art zu fragen liegt. Dennoch kann diese Arbeit als Grundlage für zukünftige Forschungen dienen.

Dass Zahlen zum Vorkommen von Burnout in der deutschen Landwirtschaft fehlen, stellte immer wieder ein Hindernis in dieser Arbeit da. So sollte untersucht werden, in welchem Ausmaß Landwirte in Deutschland an Burnout erkranken. Auf Grund der engen Verbindung zwischen Burnout und Suizid wäre auch eine Untersuchung der Suizidgefährdung der deutschen Landwirte von Vorteil. Solche Untersuchungen würden Klarheit für Politik, Sozialversicherer und Landwirte schaffen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit wurden nicht mit den Erkenntnissen aus anderen Berufsgruppen verglichen. Eine Gegenüberstellung mit den Ergebnissen aus anderen Berufsgruppen könnte zukünftig darüber aufklären, auf welche Aspekte bei der Behandlung von Landwirten speziell geachtet werden müsste. Weitere Untersuchungen sollten zudem auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Angestellten oder Saisonarbeitskräften eingehen.

## 7 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es nicht, eine Häufigkeitsanalyse von Burnout in der Landwirtschaft durchzuführen. Deshalb wurden die Experten nicht nach Häufigkeit und Ursachen zu der Krankheit befragt, sondern nach einer Einschätzung, inwiefern das Phänomen Burnout in der Landwirtschaft eine Rolle spielt. So berichteten drei von fünf Experten von Erfahrungen mit Burnout in der Landwirtschaft. Das bestätigt Studien aus dem Ausland, die von einem vermehrten Vorkommen von Burnout in der Landwirtschaft berichten [14, 15, 16]. Diesem zufolge sind Landwirte eine hoch beziehungsweise höchst gefährdete Berufsgruppe, um an Burnout zu erkranken. Zukünftige Forschung sollte Klarheit über die Bedeutung in der deutschen Landwirtschaft schaffen. Da der Begriff „Burnout“ teilweise nicht gerne verwendet wird oder auch als Sammelbegriff oder Modebegriff wahrgenommen wird, ist auf eine genaue Definition und Abgrenzung der Krankheit zu achten. Auch weil möglicherweise eine Beziehung zwischen Burnout und Suizid besteht und ausländische Studien Landwirte als höchst bedrohte Berufsgruppe durch Suizid ausweisen [1, 2, 3], ist es dringend notwendig weitere Untersuchungen anzustreben.

Die Experten sind sich einig, dass Landwirte ungern Hilfsangebote für psychische Erkrankungen aufsu-

chen. Als erste Kontaktpersonen dienen vielmehr vertraute Menschen aus dem familiären Umfeld oder lang bekannte Berater, Veterinäre oder andere Dienstleister, die auf die Höfe kommen. Hier bestätigen die Experten vorherige Untersuchungen, welche die Familie ebenfalls als wichtigen Kontaktpunkt nennen [16, 29]. Dieses Erkenntnis sollte in zukünftigen Überlegungen zur Burnoutprävention mit einbezogen werden. Auch eine Ausbildung jener Personen, die regelmäßig mit den Landwirten in Kontakt treten, scheint nach dieser Erkenntnis sinnvoll und wird auch von den Experten überwiegend positiv bewertet. Ein aufmerksames und geschultes Umfeld könnte für die betroffenen Landwirte eine Chance sein, früher im Krankheitsverlauf Hilfe anzunehmen und so einer Suizidgefahr vorzubeugen.

Bei der Untersuchung von Angeboten für ausgebrannte Landwirte zeigt sich ein vielschichtiges Bild. In allen besprochenen Ländern gibt es bereits Angebote, die indirekt oder teilweise als Prävention gegen Burnout gesehen werden können. Wenige dieser Angebote werden aber speziell auf diese Weise in der Öffentlichkeit beworben. Die Experten sprechen sogar davon, dass Präventionsangebote nicht offen als solche beworben werden können. Vielmehr scheint es wirkungsvoller, das Angebot beispielsweise mit Kultur, Wellness oder Wissensvermittlung zu verbinden und dadurch attraktiv zu machen. Ein Interviewpartner berichtet jedoch von einer großen Bereitschaft auch in Seminaren über psychosoziale Themen, Stressmanagement oder Burnout zu sprechen. Daraus könnte gefolgert werden, dass Landwirte daran interessiert sind sich auszutauschen, jedoch nicht selber aktiv werden, dafür einen Rahmen zu schaffen.

Der französische und der finnische Experte berichten positiv über interdisziplinäre Angebote, die Landwirten in einer Notsituation zur Verfügung stehen. In solchen Teams arbeiten zum Beispiel Mediziner, Psychologen und produktionstechnische Berater zusammen. Einerseits können solche Angebote die Notsituation der Landwirte ganzheitlicher als eine psychiatrische Ambulanz erfassen und sind niederschwelliger. Außerdem kann den Landwirten durch den landwirtschaftlichen Bezug eher das Gefühl vermittelt werden, verstanden zu werden. Denn auch die Literatur bestätigt, dass sich Landwirte gerade wegen der speziellen Lebens- und Arbeitswelt in üblichen Hilffsystemen oft verloren und nicht verstanden fühlen [32].

Erkrankt ein Landwirt, steht dem Betrieb im Rahmen der üblichen Voraussetzungen ein Betriebshelfer zur Verfügung. Anderweitige Unterstützung erfahren die Angehörigen und der landwirtschaftliche Betrieb nicht. Die Forderung eines Experten, Burnout als Berufskrankheit anzuerkennen, hätte weitreichende Folgen. Zum einen würde dies einen anderen finanziellen Spielraum in der Behandlung ermöglichen, zum anderen wären andere

Unterstützungsmaßnahmen für den Landwirt und den Betrieb möglich. Zu bedenken bleibt, inwiefern in der Behandlung die Betriebsstruktur und -organisation mit einbezogen wird. So könnte zum Beispiel eine langsame, schrittweise Wiedereingliederung in den Betriebsalltag oder eine Umstrukturierung auf dem Betrieb sinnvoll sein.

Betrachtet man den fortlaufenden Strukturwandel in der deutschen Landwirtschaft etwas genauer, wird klar, dass in den kommenden Jahren viele Betriebe aufgegeben werden oder in den Nebenerwerb wechseln werden. Dies wird sich betriebswirtschaftlich in den nächsten Jahren auf vielen Betrieben bemerkbar machen. Der betriebswirtschaftlichen Lage wird von den Experten eine Schlüsselrolle im Burnoutprozess zugeschrieben. So könnte gefolgert werden, dass die Anzahl von Burnouterkrankungen und Suiziden in der Landwirtschaft zukünftig zunehmen wird. Landwirte arbeiten gerne und viel und sind grundsätzlich mit ihrer Arbeit und ihrem Leben zufrieden, was sich sicherlich in einer gewissen psychischen Stabilität und Zufriedenheit bemerkbar macht. Die enge Verknüpfung der eigenen und familiären Existenz mit dem Betrieb und eine hohe Identifizierung mit dem Beruf können aber bei Krisen weitreichende Folgen herbeiführen. In solchen Situationen wirkt die eigene Situation für Landwirte schnell aussichtslos. Eine anderweitige Verdienstmöglichkeit scheint aus dem Blickwinkel der Landwirte nicht realisierbar, da diese oft einen kompletten Lebenswandel mit sich zieht.

Interessant sind auch die Forderungen der Experten an Politik und Gesellschaft. Gefordert wird eine neue, eine andere Rolle der Landwirtschaft in unserer Gesellschaft. Verlangt wird, das negative Image, welches den landwirtschaftlichen Betrieben nachhängt, ins Positive umzukehren. Und gerade weil es immer weniger Betriebe in Deutschland geben wird, sollte es Unterstützungsmöglichkeiten für die Kommunikation zwischen Verbrauchern und Produzenten geben, um einer kontinuierlichen Entfremdung und Isolation der Landwirte in unserer Gesellschaft vorzubeugen. Aus dem Dialog könnte auch ein realistischeres Bild der Landwirtschaft entstehen, das zwischen Landlustkitsch und industrialisierter Landwirtschaft liegt.

## 8 Zusammenfassung

Durch fünf qualitative Interviews wurden Erfahrungen aus dem Umgang mit ausgebrannten Landwirten in Deutschland und dem europäischen Ausland zusammengetragen. Die Interviewpartner wurden in Zusammenarbeit mit der SVLFG ausgewählt. Es wurden Mitarbeiter aus landwirtschaftlichen Sozialversicherungen, landwirtschaftlichen Beratungsstellen und wissenschaftlichen Instituten

befragt. In den Gesprächen wurde unter anderem auf den Umgang mit psychischen Krankheiten in landwirtschaftlichen Gemeinschaften, auf Angebote zur Prävention und Behandlung von Burnout, auf Fortbildungen und auf Forderungen an Politik und Wissenschaft eingegangen. Die Transkripte der überwiegend persönlich geführten Interviews wurden anhand eines entwickelten Kategoriensystems analysiert und ausgewertet.

Landwirte kontaktieren in Notsituationen ungern professionelle Hilfe und suchen überhaupt erst zu einem sehr späten Zeitpunkt Hilfe auf, wobei dann oftmals das Suizidrisiko stark erhöht ist. Erkrankt ein landwirtschaftlicher Unternehmer an Burnout, hängt dies oft mit einer schlechten betriebswirtschaftlichen Lage zusammen. Die Experten schätzen das Wissen um Burnout auch auf Grund von vermehrten Artikeln in Fachzeitschriften als vorhanden ein. Die Kenntnisse um Burnout von Menschen, die beruflich regelmäßig mit Landwirten zu tun haben, werden unterschiedlich bewertet. Positive Erfahrungen wurden mit interdisziplinären Hilfsangeboten und Veranstaltungen gemacht, die eine Verknüpfung zwischen der Wissensvermittlung zu Burnout und kulturellen oder gesundheitsfördernden Veranstaltungen herstellen. Um die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten zu fördern, kann unter anderem ein anonymer Erstkontakt hilfreich sein. Auch eine zielgruppenspezifische Bewerbung kann die Akzeptanz fördern. Wird hingegen nicht auf den landwirtschaftlichen Bezug geachtet oder die Termine überschneiden sich mit Arbeitsspitzen in der Landwirtschaft, wirkt sich das negativ auf die Annahme von Angeboten aus. Neben einem Ausbau an Therapieplätzen fordern die Experten die Unterstützung der Politik, um das negative Bild der Landwirtschaft zu verändern und ins Positive umzuwandeln. Gesellschaftlich verlangen die Experten, das teils negative Bild der Landwirtschaft umzuwandeln. Von wissenschaftlichen Untersuchungen wird erwartet, genauere Anhaltspunkte zur Früherkennung und Prävention bereitzustellen.

Vanessa Hoffmann  
Gartenäcker 7  
86938 Schondorf am Ammersee  
VanessaHoffmann2@gmx.de

## Quellen

- [1] Meltzer, H., Griffiths, C., Brock, A., Rooney, C., & Jenkins, R. (2008). Patterns of suicide by occupation in England and Wales 2001-2005. *BJ Psych*, 193, 73–76.
- [2] Bossard, C., Santin, G., & Guseva Canu, I. (2013). Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. Premiers résultats. (Hrsg., Institut de veille sanitaire,). Institut de veille sanitaire Saint - Maurice. Abgerufen 08. März 2016 von [http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/%28id%29/PMB\\_11740](http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/%28id%29/PMB_11740).
- [3] Watzka, C. (2008). Sozialstruktur und Suizid in Österreich. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [4] Page, A. N., & Fragar, L. J. (2002). Suicide in Australian farming, 1988-1997. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 81–85.
- [5] Kallioniemi, M. K., Simola, A. J. K., Kymalainen, H.-R., Vesala, H. T., & Louhelainen, J. K. (2008). Stress among finnish farm entrepreneurs. *Ann Agric Environ Med*, 15, 243–249.
- [6] Melberg, K. (2003). Farming, Stress and Psychological Well-being: The Case of Norwegian Farm Spouses. *Sociologia Ruralis*, 43(1).
- [7] Hetzel, C. D. (2012). Arbeitsbedingungen und Gesundheit bei älteren Personen in Familienunternehmen. (Schriften aus der Fakultät Humanwissenschaften & der Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Hrsg.) (Bd. 10). Bamberg: Digital Print Group.
- [8] Thomas, H. V., Lewis, G., Thomas, D. R., Salmon, R. L., Chalmers, R. M., Coleman, T. J., Kench, S.M., Morgan-Capner, P., Meadows, D., Sillis, M., Softley, P. (2003). Mental health of British farmers. *Occup Environ Med*, (60), 181–186.
- [9] Eurofound. (2012). Fifth european working conditions survey. (Publications Office of the European Union, Hrsg.). Luxembourg.
- [10] Parry, J., Barnes, H., Lindsey, R., & Taylor, R. (2005). *Farmers, Farm Workers and Work - Related Stress*. Policy Studies Institute, London.
- [11] Simkin, S., Hawton, K., Fagg, J., & Malmberg, A. (1998). Stress in farmers: a survey of farmers in England and Wales. *Occup Environ Med*, 55, 729–734.
- [12] Booth, N. J., & Lloyd, K. (1999). Stress in Farmers. *Int J Soc Psychiatry*, 46(1), 67–73.
- [13] Burisch, M. (2014). *Das Burnout – Syndrom (5. Auflage)*. Berlin: Springer Verlag.
- [14] Wagner A. (2011). *Jenseits der Idylle (Diplomarbeit)*. Universität Wien, Wien.
- [15] Technologia (Hrsg.). (2014). Etude clinique et organisationnelle permettant de définir et quantifier ce qu'on appelle communément le burn out. Abgerufen 29. September von <http://www.technologia.fr/blog/wp-content/uploads/2014/01/Burn-out-Etude-clinique-et-organisationnelle-janvier-2014.pdf>.

- [16] Botha, N., & White, T. (2013). Distress and burnout among NZ dairy farmers: research findings and policy recommendations. *Extension Farming Systems Journal*, 9(1), 160–170.
- [17] BMEL (Hrsg.). (2015, 20. Mai). Agrarpolitischer Bericht der Bundesregierung. 2015.
- [18] Stat. Bundesamt. (2014). Landwirtschaftliche Betriebe & genutzte Fläche. Abgerufen 12. März 2014 von [https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=7B1CD439B3390BC702FAB6A91AD80E3C.tomcat\\_GO\\_1\\_2?operation=abruftabelleAbrufen&selectionname=41122-0005&levelindex=1&levelid=1457444720607&index=5](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=7B1CD439B3390BC702FAB6A91AD80E3C.tomcat_GO_1_2?operation=abruftabelleAbrufen&selectionname=41122-0005&levelindex=1&levelid=1457444720607&index=5).
- [19] BMEL. (2015). Statistik und Berichte des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft, Begriffsdefinitionen. Abgerufen 7. Januar 2016 von [http://www.bmel-statistik.de/de/service/begriffsdefinitionen/?tx\\_gbglossary\\_main\[definition\]=87&tx\\_gbglossary\\_main\[backPid\]=&tx\\_gbglossary\\_main\[action\]=show&tx\\_gbglossary\\_main\[controller\]=Glossary&cHash=690ef92f48d597c45c6ba8bb54dc7f12](http://www.bmel-statistik.de/de/service/begriffsdefinitionen/?tx_gbglossary_main[definition]=87&tx_gbglossary_main[backPid]=&tx_gbglossary_main[action]=show&tx_gbglossary_main[controller]=Glossary&cHash=690ef92f48d597c45c6ba8bb54dc7f12).
- [20] BMEL (Hrsg.). (2014). Die wirtschaftliche Lage der landwirtschaftlichen Betriebe.
- [21] Stat. Bundesamt (Hrsg.). (2014). Betriebswirtschaftliche Ausrichtung und Standardoutput.
- [22] Deutscher Bauernverband e.V. (Hrsg.). (2015). Situationsbericht 2015/16. Berlin.
- [23] Rosenblatt, P. C., & Anderson, R. M. (1981). Interactions in Farm Families: Tension and Stress. In R. T. Coward & W. M. Smith Jr. (Hrsg.), *The Family in Rural Society*. Boulder: Westview Press.
- [24] Weigel, R. R., Weigel, D. J., & Blundall, J. (1987). Stress, Coping, and Satisfaction: Generational Differences in Farm Families. *Family Relations*, 36(1), 45–48.
- [25] Hetzel, C. D. (2013). Arbeit, Gesundheit und Pläne fürs Alter in der Land- und Forstwirtschaft, Befragung 55 plus. (Hrsg., SVLFG).
- [26] Deter, A. (8. Juli 2013). Durchschnittsalter der Landwirte beträgt 53 Jahre. Abgerufen 8. Oktober 2015, von <http://www.topagrar.com/news/Home-top-News-Durchschnittsalter-der-Landwirte-betraegt-53-Jahre-1217939.html>.
- [27] Beard, J. D., Umbach, D. M., Hoppin, J. A., Richards, M., Alavanja, M. C. R., Blair, A., Sandler, D.P., Kamel, F. (2011). Suicide and Pesticide Use among Pesticide Applicators and their Spouses in the agricultural health study. *Environmental Health Perspectives*, 119(11), 1610–1615.
- [28] Judd, F., Fraser, C., Murray, G., Robins, G., Komiti, A., & Jackson, H. (2006). Understanding suicide in Australian farmers. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 41, 1–10.
- [29] Peck, D. F., Grant, S., McArthur, W., & Godden, D. (2002). Psychological impact of foot-and-mouth disease on farmers. *Journal of Mental Health*, 11(5), 523–531.
- [30] Swisher, R. R., Elder, G. H., Lorenz, F. O., & Conger, R. D. (1998). The long arm of the farm: How an Occupation Structures Exposure and Vulnerability to Stressors across Role Domains. *Journal of Health and Social Behavior*, 39(1), 72–89.
- [31] Siegrist, J. (2013). Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen. *Der Nervenarzt*, (1), 33–37.
- [32] Roy, P., & Tremblay, G. (2015). L'intervention psychosociale auprès des agriculteurs: promouvoir l'accès et l'acceptabilité des services. *Qualaxia*.
- [33] Saarni, S., Saarni, E. S., & Saarni, H. (2008). Quality of life, work ability, and self employment: a population survey of entrepreneurs, farmers, and salary earners. *Occup Environ Med*, (65), 98–103.
- [34] Strauss, A., Quendler, E., & Zollitsch, W. (2014). Lebens- und Arbeitsqualität auf österreichischen Milchviehbetrieben. *Bornimer Agrartechnische Berichte*, 83, 71–83.
- [35] DGPPN (Hrsg.). (2012). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout. Abgerufen 27. Oktober 2015 von [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-03-07-burnout.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-03-07-burnout.pdf).
- [36] Krollner, D. B. (2015). Z73: Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung. Abgerufen 15. Oktober 2015, von <http://www.icdcode.de/icd/code/Z73.html>.
- [37] Savicki, V., & Cooley, E. (1983). Theoretical and Research Considerations of Burnout. *Children and Youth Services Review*, 5, 227–238.
- [38] Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.
- [39] Schmitz, E., & Leidl, J. (1999). Brennt wirklich aus, wer entflammt war? Studie 2: Eine LISREL-Analyse zum Burnout-Prozess bei Lehrpersonen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 46, 302–310.
- [40] Körner, S. C. (2002). Das Phänomen Burnout am Arbeitsplatz Schule (Dissertation). Universität Erfurt, Erfurt.
- [41] Hedderich, I. (2009). *Burnout*. München: C. H. Beck.
- [42] Lohmann, I. (2015). Ergebnisse: Burn Out. Mode, Krankheit oder ein Phänomen mit Handlungsaufforderung auch für die Landwirtschaft? Nicht veröffentlichte Ergebnisse zum Artikel „Burn-out: Auch im Biolandbau ein Phänomen?“ (2015). *Ökologie & Landbau*, 1, 42-44.
- [43] Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse* (12. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- [44] Bogner, A., & Littig, B. (2009). *Experteninterviews: Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. (W. Menz, Hrsg.) (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [45] Malhotra, N. K., Birks, D., & Wills, P. (2012). *Marketing Research: An Applied Approach*. Edinburgh Gate u.a.: Pearson Education Limited.
- [46] Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse* (2. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.



## Über den Nutzen der aktiven Mitgliedschaft in internationalen Vereinigungen von Sozialversicherungsträgern – zugleich eine Vorstellung des AIM-Positionspapiers zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Jessica Carreno Louro

*Die Mitarbeit in internationalen Vereinigungen von Sozialversicherungsträgern ist dann im Sinne der Aufgabenerledigung effektiv und effizient, wenn sie sich erfolgreich an den gesetzlich definierten Zielen orientiert. Gesundheitsförderung und Prävention gehören hierzu und bieten sich aus verschiedenen Gründen für eine internationale Kooperation besonders an. Herausforderungen sind die wirksame gemeinsame Interessenvertretung und die konkrete Leistungsverbesserung.*

### 1 Bedeutung internationaler Kooperation

Die Zuständigkeit von Sozialversicherungsträgern und ihren Verbänden beschränkt sich grundsätzlich auf das Hoheitsgebiet des jeweiligen Staates. Sozialversicherungsrelevante Sachverhalte sind jedoch nicht selten grenzüberschreitend. In einer immer mobileren Gesellschaft gibt es mehr und mehr internationale Arbeitsbiografien und Versicherungsverläufe. Darüber hinaus kann es sinnvoll und wirtschaftlich sein, von Sozialversicherungsträgern in anderen Staaten zu lernen sowie Kräfte zu bündeln, soweit gemeinsame Interessen bestehen. Trotz nationaler Zuständigkeiten gewinnt die Europäische Union (EU) auch für die Sozialversicherung an Bedeutung. Die Vertretung von Werten und Zielsetzungen wie der sozialen Selbstverwaltung und der Nicht-Gewinnorientierung wird angesichts entgegenstehender und allgemein kritischer Tendenzen zunehmend wichtig. Dies zeigt sich für die landwirtschaftliche Sozialversicherung beispielsweise an Nachfragen der EU-Kommission zur Zukunftsfähigkeit des polnischen Agrarsozialsystems. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention als sowohl nationale als auch europäische Politikziele werfen die Frage nach einer Mit- und Zusammenarbeit unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen in besonderer Weise auf.

Die politischen EU-Programme und der Einfluss der EU auf Mitgliedsstaaten wurden im Lauf der letzten Jahre ausgeweitet; dies wird vermutlich trotz Brexit und Europa-Skepsis auch zukünftig so sein. Für die Bevölkerung birgt dies sowohl Chancen als auch Risiken. Die Strategie der aktuellen Kommission konzentrierte sich bislang stark auf die kurzfristige Makroökonomie und Maßnahmen zur finanziellen Stabilisierung und befasste sich nicht weitgehend genug mit langfristigen strukturellen und sozialen Leitlinien, um Wachstum und soziale Inklusion sowie angemessene Lebensstandards zu gewährleisten. Durch die Betonung der wirtschaftlichen Dimension wurden soziale Belange vernachlässigt. Negative Folgen für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Europäer

sind zu befürchten, insbesondere wenn es um besonders verletzbare Gruppen geht. Demgegenüber birgt die gegenseitige Befruchtung der Strategien der Europäischen Union und der Mitgliedsstaaten ein großes Potenzial für die Menschen in Europa. Positive Ergebnisse könnten erzielt werden, indem Präventionsprogramme und das Management chronischer Erkrankungen in den Vordergrund gestellt werden. Eine verbesserte Gesundheit wird sich auch auf die Wirtschaft als Ganzes positiv auswirken. Die gemeinsame erfolgreiche Arbeit für das Ziel, die Gesundheit der Menschen zu erhalten und zu verbessern, ist auch ein entscheidender Faktor für eine nachhaltig erfolgreiche Erholung und Stabilisierung am europäischen Arbeitsmarkt.

Fortschritte werden durch Kompetenzstreitigkeiten verzögert. Dies gilt auch für den Bereich der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Es scheint von essentieller Bedeutung zu sein, Kompetenzmauern dort einzureißen, wo sie einer positiven Entwicklung im Wege stehen. Der Begriff der europäischen bzw. globalen Verantwortung muss verinnerlicht und die Gesundheit in sämtlichen politischen Bereichen auf nationaler und europäischer Ebene verankert werden. Dies wird offensichtlich bei Betrachtung der Bedeutung der nationenübergreifenden Erwerbstätigkeit für die körperliche und psychische Gesundheit, aber auch in den Determinanten für die Gesundheit im Bereich des transnationalen Handels (TTIP, Lebensmittelsicherheit etc.). Gesundheit und Wohlbefinden müssen deshalb als allumfassendes Ziel gesehen werden, dessen Erreichung auch durch gemeinsames Handeln auf europäischer Ebene gefördert werden kann und sollte. Zu diesem Zweck müssen die nationalen und europäischen politischen Leitlinien verlinkt bzw. kompatibel gemacht werden. Abgestimmte Vorschläge sind eine Notwendigkeit, um die Gesundheit in sämtlichen Politikbereichen voranzubringen.

In diesem Kontext stellen internationale Verbände und Vereinigungen wie die Association Internationale de la mutualité (AIM) und das European Network of Agricultural Social Protection Systems (ENASP) einen wichtigen

Baustein zur Lösung gemeinsamer Probleme dar und sorgen dafür, dass die Gesundheit auf der europäischen Agenda weiter nach oben rückt. Beide werden von zwei Hauptzielsetzungen angetrieben: den Informations- und Erfahrungsaustausch zu ermöglichen und erfolgreiche Lobbyarbeit auf internationaler Ebene für die Interessen ihrer Mitglieder zu leisten. Überall in Europa stehen die Sozialversicherungssysteme vor vergleichbaren Herausforderungen. Das Erkennen gemeinsamer Handlungsmöglichkeiten ist von zentraler Bedeutung, wenn es um die Verbesserung der (Kosten-) Effizienz von Maßnahmen geht. Zusammenarbeit liegt grundsätzlich im Interesse aller an der Versorgung Beteiligten und kann zur Verbesserung der Gesundheit aller Bürger führen. Dabei ist die internationale Kooperation ein wesentlicher Faktor für eine erfolgreiche Lobbyarbeit, insbesondere für Sozialversicherungsverbände. Diese dient auch der Bildung eines gesundheitspolitischen Gegengewichts zu solchen oft finanzkräftigen gewinnorientierten Lobbyverbänden, die ihren Einfluss faktisch zur Verfolgung kontraproduktiver Ziele (zum Beispiel Absatzförderung gesundheitsbeeinträchtigender Produkte) nutzen. In der Vergangenheit hatten gesundheitsferne Stimmen zum Teil mehr Gehör und Einfluss auf politische Programme, was im Ergebnis die Sozialversicherungssysteme und ihre Zielsetzungen benachteiligten. Das Zusammenführen von Akteuren in einem so weit wie möglich gefassten Netzwerk ist der Schlüssel, um dem Einfluss von denjenigen ein Gegengewicht entgegenzusetzen, die den Profit über die Gesundheit und das Wohlbefinden der Europäer stellen.

Was auf einer höheren Abstraktionsstufe als vernünftig erscheint, muss sich auch in der Praxis bewähren. Die Mitgliedschaft in einer internationalen Vereinigung von Sozialversicherungsträgern sollte nachweisbar die oben beschriebenen Wirkungen haben. Diese sollen in diesem Beitrag anhand der AIM aufgezeigt werden. Die AIM ist die internationale Dachorganisation der Krankenkassen und Krankenversicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Mit ihren 63 Mitgliedern bietet die AIM in 28 Ländern Krankenversicherung für 240 Millionen Menschen in der Welt, davon rund 200 Millionen in Europa. Ziel der AIM ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen. Für die Mitgliedsorganisationen bildet sie eine Plattform zum gemeinsamen Themenaustausch und zur Vertretung der Interessen und Werte in den europäischen und internationalen Institutionen.

## 2 Das Positionspapier der AIM zu Gesundheitsförderung und Prävention

### 2.1 Grundsätzliches

Ein konkretes Beispiel für die von der AIM geleistete Arbeit besteht im kürzlich veröffentlichten Positionspapier mit dem Titel: "Time to unlock the potential of Health Promotion and Disease Prevention" („Höchste Zeit für die Freisetzung des Potentials, das in der Gesundheitsförderung und Prävention von Erkrankungen liegt“). Dieses zweite innerhalb eines Jahres erarbeitete und veröffentlichte Positionspapier (das erste hat die psychische Gesundheit zum Gegenstand) basiert auf Arbeitsergebnissen der vom alternierenden SVLFG-Vorstandsvorsitzenden Leo Blum geleiteten Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, in der unter anderem Mitgliedsorganisationen aus Österreich (SVB), Frankreich (MSA), Belgien (mehrere Mutualitäten) und Estland (Eesti Haigekassa) mitarbeiten. Das Positionspapier bezieht einerseits Stellung gegenüber der EU-Kommission, andererseits wendet es sich an die nationale Ebene; beides mit dem Ziel der wirksamen und nachhaltigen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Damit werden nationale Gesundheitsziele auf der europäischen Ebene verstärkt, gleichzeitig werden die Aktivitäten auf der EU-Ebene aufgegriffen. Unter Bezugnahme auf Willenserklärungen und Rechtsakte der EU-Kommission wird auf Weiterentwicklungspotenzial hingewiesen und werden konkrete Anstrengungen angemahnt. Dadurch macht sich die AIM zum Anwalt der Gesundheitsinteressen ihrer Mitgliedsorganisationen, aber auch und vor allem der Bürger respektive der Versicherten. Dies geschieht unter Hinweis auf konkrete Best-Practice-Beispiele aus den Mitgliedsorganisationen. Zur Veranschaulichung soll im Folgenden auf die inhaltlichen Schwerpunkte des Positionspapiers eingegangen werden.

Die Last durch chronische und vielfach zu Erwerbsunfähigkeit führende Erkrankungen stellt für die Gesundheitssysteme eine ernsthafte Herausforderung dar. Sie bildet eine wachsende Bedrohung und eine unterschätzte Ursache für Armut, die wiederum die wirtschaftliche Entwicklung behindert. Zusätzlich verstärken demografische Veränderungen das Problem: die alternde Bevölkerung, die zu einer höheren Prävalenz chronischer Erkrankungen führen wird, und die Migranten, die häufig starken Risikofaktoren ausgesetzt sind und größeren Bedarf an Gesundheitsleistungen haben. Risikofaktoren wie Rauchen, Alkohol oder Cholesterin sind global die Ursache für mehr als 75 Prozent aller kardiovaskulären Erkrankungen. Diese können durch eine bessere Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention verringert werden. Das Positionspapier der AIM liefert einen Überblick über



die Situation im Hinblick auf eine Reihe von Risikofaktoren und behandelt die EU-Regelwerke mit der größten Relevanz bezüglich dieser Risiken und sonstigen Einflussfaktoren. In dem Ziel, eine praktisch nutzbare Anleitung zu bieten, erfasst das Papier einige Kampagnen und Aktivitäten, die von AIM-Mitgliedern entwickelt und realisiert wurden, um die Auswirkungen dieser Risikofaktoren zu reduzieren. Diese besten Praktiken sind ein Beispiel für die besondere Rolle, die Organisationen der Sozialversicherung auf diesem Gebiet spielen können.

## 2.2 Risikofaktor Tabakkonsum

Der erste Risikofaktor, der im AIM-Positionspapier hervorgehoben wird, ist das Rauchen bzw. der Tabakkonsum, der Schätzungen nach weltweit für den Tod von rund sechs Millionen Menschen pro Jahr verantwortlich ist. 16 Prozent der Sterbefälle in der EU sind auf Tabak zurückzuführen [1]. Er ist nicht nur tödlich für seine Konsumenten, sondern hat auch weitreichende Folgen für die Menschen, die ihm (passiv) ausgesetzt und die sich dessen zum Teil nicht bewusst sind. Im Hinblick auf die spezifische Prävention können diverse Maßnahmen unternommen werden. Die Europäischen Institutionen und Staaten sollten zum Beispiel weitere Schritte unternehmen und die vollständige Verpackung von Tabakprodukten in allen europäischen Ländern einführen. Die Sicherstellung hoher Steuersätze und die Verwendung der hieraus erzielten Mittel für Kampagnen oder Aktionen gegen das Rauchen sollten ebenfalls unterstützt werden. Das Einstellen von EU-Subventionen für den Tabakanbau würde gleichfalls eine große Hilfe darstellen. All diese Maßnahmen haben sich als evident wirksam erwiesen und müssen nun weitere Verbreitung finden. Kampagnen, die das Bewusstsein für die Gefahren für aktive und passive Raucher stärken oder Angebote zur Unterstützung von Menschen, die das Rauchen aufgeben möchten, sind weitere effektive Schritte. Kampagnen, Broschüren und individualisierte Kommunikation für Versicherte und Allgemeinärzte sind nur einige der Maßnahmen, die erfolgreich durchgeführt werden. Ein Beispiel bester Praxis in diesem Bereich sind die Aktionen des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) und dessen eCoaching zur Raucherentwöhnung. Der eCoach unterstützt Menschen in der Phase des Entzugs, stärkt ihre Willenskraft und zeigt Alternativen zu Zigaretten auf. Er analysiert nicht nur die verschiedenen Rauchertypen, Abhängigkeitsniveaus und die Lebensumstände, sondern entwickelt auch stark individualisierte Empfehlungen, erstellt einen individuellen Plan mit täglichen Tipps und Informationen zum Thema Raucherentwöhnung. Darüber hinaus bietet er soziale Unterstützung und legt besonderen Wert auf die Förderung eines gesunden Lebensstils.

## 2.3 Risikofaktor Alkoholkonsum

Der schädliche Konsum von Alkohol wird als einer der Hauptfaktoren identifiziert, die zu vorzeitigem Tod und Erwerbsunfähigkeit sowie zu mehr als 60 Krankheiten und Beeinträchtigungen führen [2]. Da Europa die Region mit dem höchsten Alkoholkonsum weltweit ist – mit 11,9 Prozent durch Alkohol bedingte vorzeitige Sterbefälle [3] – und angesichts des Umfangs und der Art von mit Alkohol zusammenhängenden Erkrankungen und der daraus folgenden alkoholbedingten Kosten und Belastungen, sollte sowohl auf der Ebene der Mitgliedsstaaten als auch auf der Ebene der EU ein höheres Maß an Engagement gezeigt werden. Die Kommission sollte eine umfassende langfristige Strategie ausarbeiten, um den Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die Gesundheit entgegenzuwirken. Die Anhebung der Ausschanksteuer für Alkohol und die Festlegung von Mindesteinheitspreisen sind Maßnahmen, die dazu beitragen würden, den Schaden aufgrund von Alkoholkonsum zu minimieren und die Ungleichheiten auf gesundheitlichem Gebiet zu reduzieren. Eine strengere Regulierung in Bezug auf Gesundheitsinformationen und Warnhinweise auf Verpackungen sowie eine weitere Einschränkung der Alkoholwerbung sind ebenfalls Maßnahmen, die von der AIM empfohlen werden. Die Krankenkassen stellen ihren Mitgliedern Informationen über die Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums in Form von Vorträgen, Broschüren oder über ihre Internetseiten zur Verfügung. Versicherte einiger Ersatzkassen kommen darüber hinaus in den Genuss einer detaillierten Beratung und Unterstützung durch teilnehmende Hausärzte. Die Ärzte begleiten sie durch ihr persönliches Vorhaben und stehen für konstante Unterstützung zur Verfügung. Das Follow-up ist individualisiert, der Gesundheitsstatus des einzelnen Patienten wird berücksichtigt. Tipps und aktualisierte Informationen werden bereitgestellt.

## 2.4 Risikofaktoren körperliche Inaktivität und ungesunde Ernährung

Weitere gravierende Risikofaktoren bestehen in körperlicher Inaktivität und ungesunder Ernährung. Mangelnde körperliche Bewegung ist weltweit einer der zehn führenden Risikofaktoren für Sterben und ein wichtiger Risikofaktor für Krankheiten wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebs und Diabetes mellitus. Diese geht häufig Hand in Hand mit einem Übermaß an Essen und einem Zuviel an Zucker, die ebenfalls wichtige Determinanten für eine schlechte Gesundheit darstellen. Diese Faktoren führen zu ungünstigen Veränderungen im Stoffwechsel, wie erhöhtem Blutdruck, erhöhten Cholesterinwerten und Insulin bedingten Störungen, die zu einem höheren Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und viele Formen von Krebs führen. Auf der anderen Seite wirken sich auch Mangelernährung und Unterernährung signifi-

kant negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen aus.

Ein gesunder Lebensstil hängt nicht nur von den individuellen Entscheidungen der Menschen ab. Die gesamte physische und soziale Umgebung der Menschen beeinflusst die gesunden oder ungesunden Auswahlmöglichkeiten, die ihnen zur Verfügung stehen. Die aktuelle Umwelt fördert wenig Bewegung, ein Zuviel an Essen und eine überwiegend sitzende Lebensweise. Es sollte ein Umfeld angestrebt werden, in dem es einfach und natürlich ist, sich für die gesunden Optionen zu entscheiden. Der Einfluss von wirtschaftsnahen Partikularinteressen ist auf diesem Gebiet sehr stark. Die Begrenzung des Zugangs zu ungesunden Lebensmitteln, indem deren Werbung eingeschränkt wird bzw. die entsprechenden Steuersätze erhöht werden, und die Verbesserung der Lebensmittel in Europa durch die Festsetzung eines EU-weiten maximalen Gehalts an Zucker oder Transfettsäuren (TFA) sind grundlegende Bedingungen für die Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Menschen. Die Schaffung von Rahmenbedingungen und die Entwicklung von Richtlinien in Bezug auf Arbeitswelt und Arbeitsplatzgestaltung sind der Schlüssel, um die körperliche Betätigung zu fördern. Krankenversicherungsträger verfügen über ein großes Potential zur Förderung gesunder Lebensstile. Beispiele für die aktive Rolle, die sie spielen können, finden sich beim Verband der französischen Krankenkassen (FNMF), der nationale Kampagnen zur Steigerung des Gesundheitsbewusstseins initiiert; bei der österreichischen Sozialversicherung der Bauern (SVB) und deren Sommerlager für übergewichtige Kinder und Heranwachsende oder bei der Britischen Krankenversicherung Benenden, die ihren Mitgliedern ein Online-Tool bietet, damit diese in der Lage sind, die Zuckermenge im 'Lebensmittelkorb' zu berechnen. Die Verbesserung des Bewusstseins, das Anbieten von Unterstützung und die Bereitstellung von e-Lösungen sind hier einige der Optionen, die verstärkt zur Verfügung gestellt werden können und sollten.

## 2.5 Psychische Belastungen

Psychische Erkrankungen gehören in Europa zur Gruppe der Erkrankungen, die am stärksten belasten, jedoch am wenigsten beachtet werden. Laut Schätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) betreffen sie jeden vierten Bürger mindestens einmal während dessen Lebenszeit und liegen bei mehr als 10 Prozent der Bevölkerung der Europäischen Union vor. Darüber hinaus vergrößert Stress das Risiko für Erkrankungen wie Übergewicht, Herzkrankheiten, Diabetes mellitus oder Depression. Er kann Menschen dazu bringen, ungesunde Lebensgewohnheiten anzunehmen, wie zum Beispiel Rauchen oder mangelhafte Ernährung, die wiederum Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen darstellen [4]. Wie

bereits erwähnt, ist es auch in diesem Bereich von vitaler Bedeutung, Kompetenzkonflikte zu vermeiden und die psychische Gesundheit auf allen politischen Ebenen zu fördern. Es müssen umfassende und koordinierte Richtlinien sowohl auf Ebene der EU als auch auf nationaler Ebene entwickelt werden, um die Inklusion von Menschen umzusetzen, die unter psychischen Erkrankungen leiden. Dies gilt auch für die Ausarbeitung nationaler Aktionspläne zum Thema psychische Gesundheit und Wohlbefinden. Krankenkassen und Krankenversicherungen müssen ihrer Rolle auch dann gerecht werden, wenn es darum geht, die psychosozialen Risiken anzugehen. In Deutschland hat die SVLFG zum Beispiel ein spezifisches Seminar entwickelt, das sich mit den gesundheitlichen Auswirkungen der nicht (gut) geregelten Übergabe des landwirtschaftlichen Betriebs beschäftigt. Ihr französisches Gegenstück, die Caisse Centrale de la Mutualité Social Agricole (CCMSA), erhielt die Aufgabe, eine Strategie im Rahmen des nationalen Suizid-Präventionsplans umzusetzen. Dieser Plan zielt darauf ab, ein besseres Verständnis für die Realität des Suizids im landwirtschaftlichen Sektor zu fördern; für belastete Bauern wurden eine Hotline sowie in jeder MSA-Zweigstelle Suizid-Präventionsgruppen eingerichtet. Krankenkassen und Krankenversicherungsträger haben die Möglichkeiten, bei diesem Thema nicht nur mit den betroffenen Personen in Dialog zu treten, sondern auch mit weiteren relevanten Akteuren anderer politischer Felder. Daher ist die AIM Teil der „Europäischen Allianz für psychische Gesundheit in allen Bereichen“, einer informellen Kooperation rund um das spezifische Problem der psychischen Gesundheit, die es sich zum Ziel gesetzt hat, das Bewusstsein im Hinblick auf psychische Gesundheitsstörungen als neu auftretendes Risiko für soziale Sicherheit und wirtschaftliches Wachstum zu stärken und um die Entwicklung von Richtlinien auf EU-Ebene anzuregen.

## 2.6 Gesundheitsbildung

Ein weiteres Kernthema, das im Positionspapier der AIM erwähnt wird, gilt im traditionellen Sinn nicht als ein Risikofaktor. Die größte Last an Gesundheitsrisiken wird häufig von den am stärksten benachteiligten Menschen einer Gesellschaft getragen, das heißt von denjenigen mit geringer Bildung, geringeren Ressourcen und Berufen mit geringem Status. Daher hat bei verhaltensbasierten Risikofaktoren der Aspekt der individuellen Verantwortung für die Gesundheit große Bedeutung. Ein wichtiges Ziel ist es, allen Menschen gleichermaßen Zugang zu einem gesunden Leben zu eröffnen und sie darin zu unterstützen, sich jeweils für die gesunde Option zu entscheiden [5]. Die Exposition gegenüber gesundheitsschädlichen Bedingungen, die individuelle Verletzlichkeit und die fehlende Widerstandskraft werden durch gesellschaftliche Prozesse und Bedin-

gungen beeinflusst und sind je nach sozioökonomischer Position und/oder sonstigen Markern für die soziale Stellung innerhalb der Gesellschaft ungleich verteilt. In der Bekämpfung des "gesundheitsbezogenen Analphabentums" liegt daher ein weiterer kritischer Faktor, wenn es um die Entscheidung für die jeweilige gesunde Option geht. Evidenzdaten zeigen, dass Menschen mit einem höheren Bildungsgrad etwa gesündere Essgewohnheiten haben und weniger zur Entwicklung eines Suchtverhaltens neigen. Menschen in die Lage zu versetzen, die Kontrolle über ihr Leben und ihre Gesundheit selbst in die Hand zu nehmen, indem man ihnen die Werkzeuge für das Selbstmanagement zur Verfügung stellt, ist von vitaler Bedeutung. Die Bekämpfung gesundheitsbezogener Ungleichheiten sollte daher sowohl auf Ebene der EU als auch auf Ebene der Mitgliedsstaaten als Priorität verankert werden.

Die Auswirkungen, die ein geringer Kenntnisgrad in Gesundheitsfragen auf die Gesundheit der Bürger und auf die Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme als Ganzes hat, sind beachtlich. Konstruktive Maßnahmen zielen darauf ab, die Menschen stärker in die Lage zu versetzen, sich selbst um ihren Gesundheitsstatus zu kümmern. Ein Beispiel ist die Kampagne der pharmazeutischen Abteilung der estnischen Krankenversicherung zum Thema „Vorsichtiger Umgang mit Arzneimitteln“. Der Krankenversicherungsträger und das Ministerium für Soziales starteten Aktionen mit dem Ziel der Förderung eines vernünftigeren Einsatzes von Arzneimitteln. Da der Patient in der Apotheke letzten Endes die Wahl trifft, hat die Krankenversicherung Kampagnen ins Leben gerufen, die auf die Stärkung des Selbstvertrauens und des Bewusstseins der Verbraucher abzielen. In einem anderen Bereich kommuniziert die belgische NUSMBS direkt mit ihren Mitgliedern über Krankheiten wie Rückenschmerzen, Diabetes mellitus oder COPD, und zwar über wöchentliche elektronische Newsletter mit praktischen und wissenschaftlich fundierten Informationen und Beantwortung von Fragen der Patienten. Außerdem übersendet die NUSMBS Patienten mit Diabetes oder Atembeschwerden persönliche Schreiben, in denen sie unter anderem gesunde Lebensweisen empfiehlt und die Bedeutung einer ordnungsgemäßen medizinischen Kontrolle erläutert. Studien zeigen die positive Wirkung solcher Maßnahmen, mit einer beträchtlichen Reduktion der Krankheitslast und mit Patienten, denen geholfen wird, besser mit Stress und Angst zurecht zu kommen.

## 2.7 Weitere Maßnahmen

Neben dem Ansatz über die konkreten Risikofaktoren sollten weitere Maßnahmen angeregt werden, wenn es um die effiziente Bekämpfung chronischer und nicht-übertragbarer Krankheiten (NCDs) geht. Dazu ist zunächst eine Anhebung der Budgets für Gesundheitsförderung

und Krankheitsprävention erforderlich. Darüber hinaus ist zu beachten, dass viele der bestimmenden Faktoren für NCDs grenzübergreifend sind, zum Beispiel Lebensmittel oder Tabak. Daher kommt der internationalen und bereichsübergreifenden Zusammenarbeit eine Schlüsselrolle zu, die ausgebaut werden sollte, um von außen wirkende Gesundheitsrisiken zu mindern und um das Verständnis in Bezug auf diese Risiken zu steigern. Ein weiterer Kernbereich ist der Ausbau der wissenschaftlichen und empirischen Grundlagen für Leitlinien, was es ermöglichen würde, einen Schwerpunkt auf kosteneffektive und effiziente Maßnahmen zu legen. E-Gesundheitslösungen sollten ebenfalls gefördert werden, da sie ein deutliches Potential zur Unterstützung der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention haben.

Ein letzter besorgniserregender Punkt liegt in der Frage der Freihandelsabkommen (FTA). Die Handelsabkommen wurden auf internationaler Ebene ausgehandelt, um Barrieren für den Handel mit Dienstleistungen und Waren zu beseitigen. Insbesondere die EU und die USA fördern bilaterale FTAs, in denen bestehende internationale Handelsvorschriften umgesetzt werden. Die jüngsten Verhandlungen beziehen sich auf die Handelsabkommen zwischen der EU und Kanada (CETA) sowie zwischen der EU und den USA (TTIP). Wenn sie nicht mit Sorgfalt behandelt werden, könnten diese Abkommen ungemein negative Auswirkungen auf die Gesundheit der europäischen Bürger haben und die Bemühungen der Mitgliedsstaaten zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention konterkarieren. So hat die EU zum Beispiel im Sektor der landwirtschaftlichen Lebensmittelproduktion sehr hohe hygienische Standards für jedes Produktionsstadium, während die USA nur am Ende der Produktionskette Desinfektionsmittel einsetzt. Desgleichen könnte TTIP im ungünstigsten Fall die Bürger der EU mit ungesunden Lebensmitteln konfrontieren. Der aktuelle Wortlaut des CETA-Abkommens würde es kanadischen Unternehmen bereits jetzt erlauben, Verfahren im Rahmen der 'Investor-Staats-Streitbeilegung' (ISDS) zu nutzen, indem sie die Regierungen der Mitgliedsstaaten verklagen und Schadenersatz fordern, wenn sie der Meinung sind, dass ihre Gewinne zum Beispiel durch eine Verstärkung der Anti-Tabak-Prävention leiden. Daher ist es von vitaler Bedeutung, die Wahrung der europäischen Standards in den Verhandlungen sicherzustellen, und zwar durch Löschung der ISDS-Klausel und Einführung sozialer und umweltschutzrechtlicher Klauseln, die das Vorsorgeprinzip absichern.

## 2.8 Schlussbemerkungen

Krankenkassen und ihre Verbände sind wichtige Akteure im Leitliniendialog zum Thema Gesundheitssystem als Ganzes und Zuteilung von Mitteln im Gesundheitssystem im Besonderen. Daher ist ihr politisches und

fachliches Potenzial im Rahmen ihrer Beteiligung an Entscheidungsfindungsprozessen nicht gering. Diese Verantwortung wird von allen AIM-Mitgliedern auf nationaler Ebene getragen. Durch den Beitritt zu internationalen Organisationen wie der AIM bestätigen sie ihren Willen, ihre Kompetenz über die nationalen Grenzen hinaus einzubringen und die Stärkung ihrer Werte auf Ebene der Europäischen Union voranzubringen. Die Auswirkungen werden - indirekt - nationale sein.

Das Positionspapier der AIM zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention präsentiert nicht nur den aktuellen Stand der Dinge. Es ist auch ein Lobby-Instrument, das den Europäischen Institutionen konkrete Empfehlungen an die Hand gibt, mit denen die Last der betreffenden Erkrankungen vermindert werden kann. Seine Veröffentlichung erfolgte zum Zeitpunkt der Überarbeitung der Europäischen Richtlinien über die Tabaksteuer und über die audiovisuellen Mediendienste, die insbesondere die Werbung für Tabak, Alkohol und ungesunde Lebensmittel betreffen, sowie des Parlamentsvorschlages für eine Regulierung der Transfettsäuren. In diesem Sinne ist das Positionspapier nur ein erster Schritt in einem langen Prozess des Dialogs mit den Kommissaren und Mitgliedern des Parlaments, der mit Hindernissen gepflastert ist, zu dem auch der bereits erwähnte Einfluss Dritter gehört: Meetings mit den EU-Institutionen, Vorschläge zu Abänderungen, Publikation von Pressemitteilungen, Kontakte mit der Presse und Partnerschaften mit anderen Akteuren.

Mit dem Positionspapier senden die in der AIM verbundenen Sozialversicherungsträger den Europäischen Institutionen ein klares und motivierendes Signal zur Verbesserung der Gesundheit der europäischen Bürger und zur Stärkung der Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme. Gesundheit ist auch eine politische Entscheidung und es ist eine gesamtgesellschaftliche Pflicht, sie auf der Agenda weiter nach oben zu setzen. Damit ist nicht nur den deutschen und anderen Krankenkassen gedient, deren Ausgaben für kurative und entschädigende Leistungen auf ein unvermeidbares Maß reduziert werden können, sondern im Ergebnis den versicherten Menschen. Aus Sicht der Krankenkassen entspricht das Engagement innerhalb der AIM in mehrfacher Hinsicht dem Wirtschaftlichkeitsprinzip. Der geleistete Aufwand wird vom aufgezeigten Nutzen deutlich übertroffen.

Jessica Carreno Louro  
Rue d'Arlon 50  
1000 Brüssel

## Quellen

- [1] Weltgesundheitsorganisation (WHO), globaler Bericht der WHO zu Trends bei der Prävalenz von Tabakrauchen 2015, Genf: 2015.
- [2] WHO, NMH Fact Sheet: Harmful Use of Alcohol, Juni 2009.
- [3] WHO, Alcohol in the EU, Copenhagen, 2012.
- [4] Näheres hierzu im Positionspapier der AIM zur Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens.
- [5] WHO, Genf, 2005.

## Inklusion und Bewusstseinsbildung

Karl Friedrich Köhler

*Eine Anmerkung zum Aktionsplan der SVLFG zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) aus Sicht der Hochschule.*

### 1 Einleitung

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), genauer gesagt, das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) [1], ist ein Menschenrechtsübereinkommen, das am 13. Dezember 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen beschlossen wurde. Rechtsnormen, die in völkerrechtlichen Verträgen vereinbart werden, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Transformation in nationales Recht. Nach Art. 59 Abs. 2 Satz 1 GG hat dies in Form eines Bundesgesetzes zu geschehen. Nachdem der Deutsche Bundestag mit dem „Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ...“ vom 21.12.2008 (BGBl. II, S. 1419) diese Transformation beschlossen hat, kommt den Regelungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in Deutschland seit dem 26.3.2009 unmittelbare Rechtsgeltung zu [2].

Für das in der UN-Konvention geregelte Handlungsfeld „Bildung“ ist in erster Linie Art. 24 UN-BRK relevant. Das Bildungssystem bzw. der schulische Bereich werden darüber hinaus ausdrücklich in Art. 8 UN-BRK („Bewusstseinsbildung“), Art. 9 UN-BRK („Zugänglichkeit“) und Art. 30 UN-BRK („Teilhabe am kulturellen Leben“) thematisiert. Darüber hinaus wird die Beschäftigung im öffentlichen Sektor (Art. 27, Abs. 1g UN-BRK) mit einer auf den Bereich Ausbildung fokussierten Maßnahme behandelt. Die UN-BRK konkretisiert die seit langem ohnehin anerkannten allgemeinen Menschenrechte von Menschen mit Behinderung. Insofern formuliert sie zwar keine neuen Ziele; sie ist aber durchaus geeignet, den Paradigmenwechsel, der bereits 2001 mit der Einführung des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch (SGB IX) eingeleitet wurde, weiter voran zu treiben. Die eigentliche Neuerung besteht darin, dass die selbstständige Lebensführung und die soziale Inklusion behinderter Menschen in allen Lebensbereichen zum Grundprinzip für das gesellschaftliche Zusammenleben erklärt werden [3].

Die UN-BRK hat offenbar aufgerüttelt. Alle staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen, Institutionen und Verbände, die nach ihrem gesetzlichen oder satzungsmäßigen Auftrag für Menschen mit Behinderung in besonderer Weise Verantwortung tragen, haben zwischenzeitlich mit einer kaum noch zu überschauenden Anzahl von Positionspapieren, Resolutionen und Memoranden reagiert, was die lebhafteste Auseinandersetzung mit der Konvention bezeugt. Mit dem im Juni 2011 vom Bundeskabinett beschlossenen Nationalen Aktionsplan (NAP) zur Umsetzung der UN-BRK hat die damalige Bundesregierung erstmals eine behindertenpolitische Gesamtstrategie verabschiedet, die die Ziele und Maßnahmen zur Umsetzung der Konvention, die in ihrer Zuständigkeit liegen, zusammenführt. Der NAP wurde für einen Zehnjahreszeitraum konzipiert und stellt damit das zentrale Instrument der Bundesregierung dar, um den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu den in der UN-BRK kodifizierten Menschenrechten in den nächsten Jahren weiter zu verbessern.

Auch die SVLFG ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts, vor allem aber als Träger der Sozialversicherung mit besonderer Verantwortung für die soziale und gesundheitliche Sicherung in Deutschland, aufgefordert, die UN-BRK umzusetzen [4]. Mit ihrem Aktionsplan [5] leistet sie im Rahmen ihrer Zuständigkeit als Berufsgenossenschaft, Alters-, Kranken- und Pflegekasse (Verbundsystem) dazu einen konkreten, sozialversicherungszweigübergreifenden Beitrag, indem sie sowohl für Betroffene als auch für die Verwaltung selbst neue Perspektiven aufzeichnet. Am Erarbeitungsprozess waren neben dem ehrenamtlich berufsständischen Vorstand und der Geschäftsführung alle Organisationseinheiten der SVLFG sowie Beschäftigte unterschiedlicher Funktionsebenen und verschiedener Verwaltungsstandorte, aber auch Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände beteiligt. Die SVLFG war die erste Krankenkasse in Deutschland, die einen eigenen Aktionsplan erstellt hat.

Der Aktionsplan der SVLFG sieht eine „nach innen gerichtete Sensibilisierung“ vor, wodurch die Inhalte der UN-BRK auch in alle Organisationsbereiche vermittelt werden sollen und dazu Informationsveranstaltungen und Schulungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeboten werden [6]. Alle Informationsmaterialien zur UN-BRK werden den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Intranet zur Verfügung gestellt. Zusätzlich werden die Inhalte der UN-BRK mithilfe der Partner der SVLFG in Mitgliedsbetrieben, Landwirtschaftsschulen und Meis-

terbetrieben vermittelt, um eine frühestmögliche Sensibilisierung zukünftiger Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zu realisieren [7].

Der Aktionsplan beschreibt sechs Handlungsfelder, denen sich die SVLFG nunmehr verstärkt zuwenden wird:

- Bewusstseinsbildung
- Barrierefreiheit
- Partizipation
- Zugang zur medizinischen Versorgung und zu Rehaleistungen
- Inklusion und Teilhabe
- SVLFG als Arbeitgeber

Der nachstehende Beitrag widmet sich aus Sicht des Fachbereichs Landwirtschaftliche Sozialversicherung an der Hochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung ausschließlich dem Handlungsfeld „Bewusstseinsbildung“, weil hier der Schwerpunkt des Fachbereichs zur Umsetzung des Aktionsplans der SVLFG liegen dürfte. Dementsprechend formuliert der Aktionsplan im Handlungsfeld „Bewusstseinsbildung“ als Ziel Nr. 1: „Die Inhalte und Ziele der UN-BRK werden von der SVLFG in allen Organisationseinheiten vermittelt. Dieser nach innen gerichtete Prozess der Bewusstseinsbildung richtet sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einschließlich der Studierenden der Fachhochschule und der Auszubildenden.“

Als konkret zu veranlassende Maßnahme heißt es sodann im Aktionsplan:

„Alle Stabsstellen und Bereiche sowie die Fachhochschule der SVLFG [8] werden das Thema UN-BRK in Veranstaltungen und Fortbildungen integrieren.“

Der Studiengang Sozialversicherungsrecht am Fachbereich LSV bietet im Rahmen seines Curriculums zahlreiche Möglichkeiten, sich dem Thema ausführlich zu widmen. Dabei wird der Fachbereich keinesfalls Neuland zu betreten haben, denn die rechtliche Stellung von Menschen mit Behinderung zieht sich bereits seit jeher wie ein roter Faden durch das am Fachbereich in allen Kernfächern (Unfall-, Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung) gelehrt Rehabilitationsrecht [9]. Einzuräumen ist dabei allerdings, dass die Befassung mit diesem Thema bisher zumeist unter rein rechtlichen Gesichtspunkten erfolgte, d. h. der Begriff der „Behinderung“ wurde als tatbestandliche Voraussetzung für eine Reihe von Sozialleistungen zwar definiert und in diesem Zusammenhang

auch diskutiert, aber stets nur unter dem rechtlichen, und damit weniger unter dem soziologischen Blickwinkel. Die sozialrechtliche Verankerung des Themas reicht allerdings nicht aus, Denken und Handeln zu verändern. Vor allem dann nicht, wenn es darum geht, unsichtbare Barrieren wie Vorbehalte oder Berührungsängste aufzubrechen. Es wird daher künftig das besondere Anliegen der Hochschule sein, die künftigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der SVLFG dafür zu sensibilisieren, dass die Vielfalt menschlicher Eigenschaften und Fähigkeiten ihr eigentlicher Reichtum ist. Es wird künftig verstärkt darum gehen, Auszubildenden und Studierenden, im Rahmen der Weiterbildung aber auch Bediensteten der SVLFG, bewusstseinsbildend vor Augen zu führen, dass Staat und Gesellschaft mit der Bereitstellung von Sozialleistungen für Menschen mit Behinderung nicht länger nur einen Beitrag zur Integration, sondern zur Inklusion [10] dieser Menschen zu leisten haben. Das wird keine leichte Aufgabe sein, denn das Konzept der Inklusion lässt sich nicht einfach per Rechtsnorm verordnen, etwa nach dem Motto: „Gestern war Integration, ab sofort heißt das Inklusion“. Es wird also darum gehen, den (künftigen) Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der SVLFG schon von Anbeginn ihrer Ausbildung an zu vermitteln, dass hier nicht etwa nur Begriffe ausgetauscht wurden, sondern dass ein echter Paradigmenwechsel [11] stattgefunden hat. Um es noch deutlicher zu sagen: Die UN-BRK gewährt keine neuen Sozialleistungen, deren Anspruchsvoraussetzungen im Rahmen von Ausbildung, Studium und Weiterbildung zu vermitteln bzw. zu erlernen wären. Sie beschreibt vielmehr das Konzept einer Gesellschaft, in der jeder Mensch als solcher akzeptiert wird und an der jeder Mensch von Anfang an gleichberechtigt und selbstbestimmt teilhaben kann – unabhängig von Geschlecht, Alter oder Herkunft, von Religionszugehörigkeit oder Bildung, von eventuellen Behinderungen oder sonstigen individuellen Merkmalen. Um das im Rahmen der akademischen Lehre zu vermitteln, muss der bisher praktizierte juristische Ansatz um einen soziologischen, psychologischen und sozialwissenschaftlichen Ansatz erweitert werden. Dazu müssen aber keine neuen Unterrichtsfächer in das bestehende Curriculum implementiert, sondern vorhandene Themen unter teilweise geänderten Vorzeichen behandelt und gelehrt werden. Das beginnt bereits im Grundstudium, wo das Verfassungsrecht einen sehr breiten Raum einnimmt. Wenn es in Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG ausdrücklich heißt, dass „niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden (darf)“, dann bietet sich bereits hier eine ausgezeichnete Gelegenheit, um zu hinterfragen, warum diese angesichts des Grundrechts aus Art. 3 Abs. 1 GG („Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich“) als selbstverständlich wirkende Rechtsfolge einer weiteren, besonderen verfassungsrechtlichen Verankerung bedurfte [12].

## 2 Der Begriff „Behinderung“

Der Begriff der Behinderung ist im deutschsprachigen Raum keineswegs eindeutig definiert. Einerseits wird Behinderung als individuelles Merkmal einer Person verstanden; andererseits ist seit den 1970er Jahren das Bestreben erkennbar, ein auf das Individuum bezogenes Begriffsverständnis durch ein sozialbezogenes abzulösen. Letzteres stellt die gesellschaftlichen Barrieren in den Mittelpunkt, die Menschen aufgrund von körperlichen und/oder sozialen Normabweichungen stigmatisieren und benachteiligen: „Behinderung resultiert aus der Beziehung zwischen Personen mit Beeinträchtigungen und den in Grundhaltungen und Umweltfaktoren bestehenden Barrieren derart, dass dies die vollständige und wirksame Beteiligung der Betroffenen auf der Grundlage der Gleichheit mit anderen hindert“ [13]. Mit anderen Worten: Einige Mitglieder der Gesellschaft sind nicht behindert, sondern werden behindert [14].

Die traditionelle deutsche Sichtweise wies behinderten Menschen über viele Jahrzehnte die Rolle derjenigen zu, die aufgrund von Beeinträchtigungen der verschiedenen Art den Anforderungen der auf Nichtbehinderte ausgerichteten Umwelt nicht gerecht werden können und deshalb der Hilfe und Unterstützung anderer bedürfen. Vorrangiges Ziel war noch vor wenigen Jahren die möglichst weitgehende Anpassung der Behinderten an die nichtbehinderte Umwelt. Diese Aufgabe wurde und wird z. T. noch immer einer fachspezifischen Sonderverwaltung und Ärzten, Therapeuten, Pädagogen und Sozialarbeitern in einem weit verzweigten System von Sondereinrichtungen zugewiesen. Auf rechtlicher Ebene korrespondiert das mit umfangreichen gesetzlichen Regelungen, die die Rechte behinderter Menschen und deren Gleichbehandlung betreffen. Zu nennen sind neben Art. 3 GG und dem dort verankerten Benachteiligungsverbot für behinderte Menschen insbesondere das SGB IX, das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) sowie das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG). Gerade mit dem Gleichstellungsgesetz wollte der Gesetzgeber erklärtermaßen einen Perspektivenwechsel in der Behindertenpolitik vollziehen: weg von behinderten Menschen als Objekt der Fürsorge anderer, hin zum Subjekt des eigenen Lebens, soweit dies mit Gesetzen überhaupt zu erreichen ist. Das Hauptanliegen des BGG besteht darin, den Grundsatz der Barrierefreiheit möglichst weitgehend umzusetzen, Benachteiligungsverbote und Beteiligungsrechte im öffentlichen Recht zu verankern und mit den Zielvereinbarungen und Verbandsklagerechten [15] den Menschen mit Behinderung und ihren Verbänden neue Möglichkeiten der Verfolgung ihres Selbstbestimmungsrechts zu geben.

Das deutsche Recht kennt demzufolge auch seit langem den Rechtsbegriff der „Behinderung“. So heißt es beispielsweise in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX: „Menschen

sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ Dieser Begriff trägt der Tatsache Rechnung, dass in Deutschland der sozialrechtliche Umgang mit behinderten Menschen zu einem großen Teil durch den Bezug von Leistungen, die darauf gründen, dass bestimmte, gesetzlich geregelte Voraussetzungen für die Anerkennung einer Behinderung vorliegen, geprägt ist. Der gesellschaftliche Umgang mit behinderten Menschen darf aber nicht nur durch die leistungsrechtliche Brille betrachtet werden. Es geht vielmehr um die Verwirklichung von Menschenrechten durch gleichberechtigte Teilhabe am politischen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben, um Chancengleichheit in der Bildung, um berufliche Integration und um die gesamtgesellschaftliche Aufgabe, allen Bürgerinnen und Bürgern einen selbstbestimmten Platz in einer barrierefreien Gesellschaft zu geben und Diskriminierungen abzubauen [16].

Im Jahre 2001 hat die Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit (Functioning), Behinderung (Disability) und Gesundheit (Health)“ (=ICF) beschlossen, die heute kennzeichnend für das Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften ist. Danach gilt eine Person als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund:

- ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen,
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird, und
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird.

Damit wird die rein bio-medizinische Betrachtungsweise verlassen. Zusätzlich zu den biomedizinischen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen), die die Ebene des Organismus betreffen, werden Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (Teilhabe) einbezogen.

Der Behindertenbegriff des SGB IX hat nach Auffassung des Gesetzgebers in Anlehnung an das Partizipationsmodell der WHO wesentliche Aspekte der ICF unter Berücksichtigung der gewachsenen Besonderheiten des deutschen Rehabilitationswesens aufgenommen. In der Gesetzesbegründung zu § 2 SGB IX heißt es diesbezüglich: „Abs. 1 Satz 1 legt die im Rahmen der WHO stattfindende internationale Diskussion um eine Weiterentwicklung der Internationalen Klassifikation ... zugrunde, die nicht mehr die Orientierung an wirklichen oder vermeintlichen Defiziten, sondern das Ziel der Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen (Partizipation) in den Vordergrund gerückt hat.“ [17]

Entgegen dieser Verlautbarung findet sich dies im Gesetztext aber nicht wieder. Die Kernaussage der ICF, wonach es auf die Wechselwirkung von Gesundheitsstörung und Gesellschaft ankommen soll, wurde nämlich in § 2 SGB IX gerade nicht übernommen. Die unscheinbare Verbindung zwischen Gesundheitsstörung und Teilhabebeeinträchtigung durch das Wort „daher“ zeigt nach Auffassung von Luthe, dass der Behinderungsbegriff des SGB IX wie früher im alten Schwerbehindertenrecht von einer linearen Kausalbeziehung zwischen Gesundheitsstörung und Teilhabebeeinträchtigung ausgeht [18]. Mit dem Erlass des SGB IX hat der Deutsche Bundestag am 19. Mai 2000 zwar den einstimmig angenommenen interfraktionellen Entschließungsantrag „Die Integration von Menschen mit Behinderungen ist eine dringliche politische und gesellschaftliche Aufgabe“ [19] umgesetzt. In ihm war die Bundesregierung unter anderem aufgefordert worden, das Recht der Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen möglichst umgehend in einem Sozialgesetzbuch IX zusammenzufassen und weiterzuentwickeln und damit die Umsetzung des Benachteiligungsverbot des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG im Bereich der Sozialpolitik zu gewährleisten. Gleichwohl liegt der in § 2 Abs. 1 SGB IX enthaltene Definition des Begriffs der Behinderung aber noch immer ein defizitäres Element, nämlich die „Abweichung vom typischen Zustand“ zugrunde.

Von dieser Sichtweise weicht die UN-BRK deutlich ab. Der Begriff „Menschen mit Behinderungen“ wird auch in Art. 1 Satz 2 UN-BRK verwendet. Er bezieht sich hier jedoch auf Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Damit geht die UN-BRK von einem anderen Ansatz aus. Sie beschreibt bereits in ihrer Präambel (unter Buchstabe e), dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern. Dies verdeutlicht, dass ein Verständnis von „Behinderung“ nicht länger als

fest definiertes Konzept verstanden wird, sondern von gesellschaftlichen Entwicklungen abhängig ist. Diese Sichtweise wird dadurch unterstrichen, dass die Erläuterung von „Menschen mit Behinderungen“ nicht als eine gesetzestechnische Definition in Art. 2 UN-BRK aufgenommen wurde. Die Erkenntnis, dass das Verständnis von „Behinderung“ nicht statisch ist, sondern sich ständig weiterentwickelt, führt dazu, dass das Übereinkommen keine strenge Vorstellung von „Behinderung“ aufzwingt, sondern von einem dynamischen Ansatz ausgeht, der im Verlauf der Zeit und unter unterschiedlichen sozioökonomischen Rahmenbedingungen Anpassungen erlaubt.

### 3 Bewusstsein und Menschenwürde

Wenn nachfolgend von „Bewusstsein“ und „Bewusstseinsbildung“ gesprochen wird, so ist das stets auf die Menschenwürde bezogen, also auf ein Grundrecht (vgl. Art. 1 Abs. 1 Satz 1 GG), das für den Menschenrechtsansatz der UN-BRK von schlechthin fundamentaler Bedeutung ist [20]. Das zeigt sich nicht zuletzt daran, dass sämtliche Menschenrechtskonventionen der UN, also auch die hier in Rede stehende UN-BRK, in ihrer jeweiligen Präambel den inneren Zusammenhang zwischen der „Anerkennung der inhärenten Würde“ und den „gleichen und unveräußerlichen Rechten aller Mitglieder der menschlichen Familie“ [21] bekräftigen. Die Menschenwürde, wie auch immer sie in einer pluralistischen Weltgesellschaft interpretiert werden mag, bildet den tragenden Grund der menschenrechtlichen Gleichheit und damit der Nicht-Diskriminierung. Ihr herausgehobener Stellenwert wird dadurch unterstrichen, dass sie als „unveräußerlich“ bezeichnet wird. Die UN-BRK geht somit davon aus, dass es sich bei ihr um eine grundlegende Rechtsposition handelt, die nicht im gesetzgeberischen Ermessen einzelner Staaten steht, somit von diesen auch nicht zuerkannt zu werden braucht, umgekehrt auch weder verweigert noch aberkannt werden kann, sondern dem Einzelnen stets und unbedingt geschuldet ist [22].

In der UN-BRK wird die Menschenwürde ausdrücklich als Gegenstand notwendiger Bewusstseinsbildung angesprochen. Es sind hier zunächst die Betroffenen selbst, die in die Lage versetzt werden sollen, ein Bewusstsein ihrer eigenen Würde („sense of dignity“) zu bilden [23]. Da aber eine solche Selbstachtung nicht entstehen kann, wenn die Betroffenen nicht zugleich auch soziale Achtung durch andere erfahren, richtet sich der Aufruf zur Bewusstseinsbildung immer auch und in erster Linie an die übrigen Mitglieder der Gesellschaft. Die UN-BRK verpflichtet demzufolge die ihr beigetretenen Staaten, durch breit angelegte Programme zur gesellschaftlichen Aufklärung und Bildung beizutragen [24]. In Art. 8



UN-BRK heißt es unter der Überschrift „Bewusstseinsbildung“:

- (1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, sofortige, wirksame und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um
- a) in der gesamten Gesellschaft, einschließlich auf der Ebene der Familien, das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen zu schärfen und die Achtung ihrer Rechte und ihrer Würde zu fördern;
  - b) Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderungen, einschließlich aufgrund des Geschlechts oder des Alters, in allen Lebensbereichen zu bekämpfen;
  - c) das Bewusstsein für die Fähigkeiten und den Beitrag von Menschen mit Behinderungen zu fördern.
- (2) Zu den diesbezüglichen Maßnahmen gehören:
- a) die Einleitung und dauerhafte Durchführung wirksamer Kampagnen zur Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit mit dem Ziel,
  - I) die Aufgeschlossenheit gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen zu erhöhen,
  - II) eine positive Wahrnehmung von Menschen mit Behinderungen und ein größeres gesellschaftliches Bewusstsein ihnen gegenüber zu fördern,
  - III) die Anerkennung der Fertigkeiten, Verdienste und Fähigkeiten von Menschen mit Behinderungen und ihres Beitrags zur Arbeitswelt und zum Arbeitsmarkt zu fördern;
  - b) die Förderung einer respektvollen Einstellung gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen auf allen Ebenen des Bildungssystems, auch bei allen Kindern von früher Kindheit an;
  - c) die Aufforderung an alle Medienorgane, Menschen mit Behinderungen in einer dem Zweck dieses Übereinkommens entsprechenden Weise darzustellen;
  - d) die Förderung von Schulungsprogrammen zur Schärfung des Bewusstseins für Menschen mit Behinderungen und für deren Rechte.

Das Bewusstsein eigener Würde hängt also nicht allein von der inneren Einstellung des Einzelnen, sondern maßgeblich auch von den gesellschaftlichen Strukturen ab, die der jeweilige Mensch in seinem Lebensumfeld vorfindet. Ein Mensch, der täglich Ausgrenzung und Diskriminierung erlebt, hat es sehr schwer, diese eigene Würde zu entwickeln. Dabei ist es oftmals gar nicht die

offene Ablehnung, sondern es sind die zahlreichen Barrieren im Alltag, die von Menschen mit Behinderungen als würdelos empfunden werden. „Dazu zählen Stufen vor Restaurants für Rollstuhl fahrende Gäste, fehlende Gebärdensprachdolmetschung von Vorlesungen für gehörlose Studierende, die zwangsweise Sonderbeschulung für behinderte Kinder oder Ampeln ohne akustische Signale für blinde Frauen und Männer“ [25]. Auch in der Sprache manifestieren sich häufig Strukturen einer gesellschaftlichen Ausgrenzung und zwar nicht erst dort, wo die Eigenschaften von Menschen mit Behinderungen (gelegentlich auch unbedacht) als Schimpfworte in der Alltagssprache (nicht nur Jugendlicher) eingesetzt werden, sondern auch da, wo etwa Kinder mit Behinderungen gelegentlich immer noch (wohlmeinend!) als „Sorgenkinder“ [26] oder gar als „I-Kinder“ [27] bezeichnet werden.

Bereits die Präambel der UN-BRK unterstreicht „die Bedeutung einer Anerkennung der wertvollen – bestehenden und potenziellen – Beiträge, die Personen mit Behinderungen für eine insgesamt positive Entwicklung und die innere Vielfalt ihrer Gemeinschaften leisten“ [28]. Sie bringt damit zum Ausdruck, dass der dringend notwendiger Wechsel in der Einstellung zu Behinderung nicht nur den Betroffenen zugutekommt, sondern zugleich einen Gewinn für die Gesamtgesellschaft mit sich bringt. Nur eine Gesellschaft, die den Beiträgen behinderter Menschen Beachtung und Anerkennung entgegenbringt, erfährt einen Zugewinn an humanitärer Kultur, indem sie sich von einer falsch verstandenen Gesundheitsfixierung befreit, „durch die all diejenigen an den Rand gedrängt werden, die den durch Werbewirtschaft und Biopolitik vorangetriebenen Imperativen von Fitness, Jugendlichkeit und permanenter Leistungsfähigkeit nicht Genüge tun.“ [29]

Wer auf Vorträgen oder in Publikationen derartige Gedanken äußert, bekommt oftmals entgegengehalten, in der deutschen Gesellschaft des 21. Jahrhunderts seien die beschriebenen Probleme dank eines ausgereiften Systems der sozialen Sicherung doch weitestgehend gelöst. Das mag zutreffen, soweit es um den sozialrechtlichen Leistungsbereich geht. Auf der Bewusstseinssebene der allermeisten Menschen ohne Behinderung ist die hier darzustellende Situation und Problematik aber längst noch nicht angekommen. Es ist noch nicht gelungen, die noch immer vorherrschende Sichtweise von Normalität einerseits und die Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung andererseits zu verändern. Noch immer wird die Umwelt, soweit sie von Menschen gestaltet wird, gedanklich an der Norm einer Person ausgerichtet, die auf zwei Beinen laufen, Geschriebenes lesen und Gesprochenes hören kann. Schwierigkeiten und Probleme, die Menschen mit Behinderungen in einer so gestalteten Umwelt haben, werden häufig zunächst als deren individuelles Problem verstan-

den, etwa in dem Sinne, dass derjenige, der sich mit dem Rollstuhl fortbewegt, nun eben einmal nicht bergsteigen oder Stufen bewältigen kann. Was zumeist als natürliche, bedauerliche Folge einer Behinderung erscheint, wird folglich auch nicht als Diskriminierung aufgefasst. Wenn beispielsweise die öffentlichen Verkehrsbetriebe in ihren Zügen noch immer keine fahrzeuggebundene Einstiegshilfe vorsehen, wird dies von den Betreibern nicht etwa als Ausgrenzung oder Diskriminierung Behinderter empfunden, sondern lediglich als aus Kostengründen notwendiger Verzicht auf eine Erleichterung für Rollstuhlnutzer dargestellt.

## 4 Inklusion statt Integration

### 4.1 Neuer Wein in alten Schläuchen?

Wenn in heutiger Zeit von „Integration“ gesprochen wird, dann geschieht das zumeist vor dem Hintergrund der seit einigen Jahren andauernden Asyl- und Flüchtlingswelle [30]. Menschen mit Migrationshintergrund sollen, sofern sie ein Bleiberecht haben, schnellstmöglich in die deutsche Gesellschaft integriert werden. Geht es hingegen um die Initiativen zugunsten von Menschen mit Behinderungen, setzt sich zunehmend der Begriff „Inklusion“ durch. Die beiden Begriffe unterscheiden sich inhaltlich erheblich und dürfen keineswegs als Synonyme gebraucht werden, wie dies auch in der Fachliteratur zuweilen noch immer geschieht [31]. Selbst die zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmte (nichtamtliche) deutschsprachige Übersetzung der UN-BRK weist insoweit grobe Ungenauigkeiten auf, als dass die im englischsprachigen Original enthaltenen Begriffe „inclusion“ und „accessibility“ mit „Integration“ und „Zugänglichkeit“ übersetzt wurden und nicht – wie von Vertretern behinderter Menschen nachdrücklich gefordert – mit „Inklusion“ und „Barrierefreiheit“. Während diese unterschiedliche Begrifflichkeit von den einen als Wortklauberei abgetan wird [32], stellt sie für andere einen groß angelegten Paradigmenwechsel dar. Dass es sich dabei aber um mehr als bloße Wortakrobatik handelt, zeigt ein Blick auf das Schulsystem. Würde die UN-BRK lediglich die „Integration“ von Schülerinnen und Schülern mit Behinderungen fordern, könnte das derzeitige System mit seinen Sonderschulen, allenfalls ergänzt durch eine engere Kooperation mit den Regelschulen, weitgehend erhalten bleiben. Ist hingegen die schulische „Inklusion“ von Schülerinnen und Schülern mit Behinderungen umzusetzen, so hat das einen weitreichenden, grundlegenden Änderungsbedarf im gesamten deutschen Schulsystem zur Folge.

Hier ist nicht der Ort, an dem die z. T. heftige Kontroverse um die „Ablösung des Integrationsbegriffs durch den

Begriff der Inklusion“ fortgesetzt werden soll [33]. Hier geht es allein darum, das hinter dem Begriff der Inklusion stehende Konzept bzw. Leitbild vorzustellen, es also in die Hochschullandschaft der SVLFG zu „integrieren“, auf dass es dort mit dem gebotenen wissenschaftlichen Ernst aufgegriffen, diskutiert und in Lehr- und Weiterbildungsveranstaltungen umgesetzt wird.

In einer von der UN-BRK eingeforderten „inklusiven“ Gesellschaft gibt es keine definierte Normalität, die von jedem Mitglied der Gesellschaft anzustreben oder zu erfüllen ist. „Normal“ ist allein die Tatsache, dass die Menschen unterschiedlich sind, oder um es mit den Worten des ehemaligen Bundespräsidenten, Richard von Weizsäcker, zu sagen: „Es ist normal, verschieden zu sein.“ [34] Diese Unterschiede müssen als Bereicherung verstanden werden. Sie dürfen keine Auswirkungen auf das Teilhaberecht der Individuen haben. Es muss als selbstverständliche Aufgabe der Gesellschaft erachtet werden, dass diese in allen Lebensbereichen Strukturen zu schaffen hat, die es all ihren Mitgliedern ermöglicht, sich barrierefrei darin zu bewegen.

In der Behindertenrechtskonvention geht es nicht mehr um „Integration“, denn diese setzt denotwendig einen (zu überwindenden) Zustand der Ausgegrenztheit und damit ein negatives Verständnis von Behinderung voraus. Normal ist aber allein ein gemeinsames Leben aller Menschen mit und ohne Behinderungen. Deshalb hat sich nicht der Mensch mit Behinderung zur Wahrung seiner Rechte an die gesellschaftlichen Verhältnisse anzupassen, sondern umgekehrt, das gesellschaftliche Leben muss von vornherein so gestaltet sein, dass es allen Menschen (inklusive der Menschen mit Behinderungen) die aktive Teilhabe ermöglicht. Es darf nicht länger eine „Verbesonderung“ von Menschen aufgrund bestimmter Merkmale geben [35].

### 4.2 Von der Exklusion über die Integration zur Inklusion

Alfred Sander [36] hat die historische Entwicklung hin zum modernen Leitbegriff der Inklusion anhand der schulischen Situation in fünf Etappen wie folgt beschrieben:

#### 4.2.1 Exklusion

In der Phase der Exklusion haben Menschen mit Behinderung keinerlei Zugang zu irgendwelchen gesellschaftlichen Angeboten. Sie sind i. d. R. räumlich ausgegrenzt und werden in keiner Weise akzeptiert, geschweige denn gefördert.

#### 4.2.2 Segregation

Die sog. Behindertenpädagogik in Deutschland fällt bis etwa in die 80er Jahre des letzten Jahrhunderts in die Phase der Segregation. In dieser Phase werden alle Kinder im Rahmen des gegliederten Schulsystems unterschiedlichen Lernorten zugeordnet. Dabei wird angestrebt, Schülerinnen und Schüler entsprechend zuvor festgelegter Leistungskriterien in homogen angelegte Schulformen einzuordnen. Kinder mit (insbesondere geistigen) Behinderungen erhalten Unterricht und Förderung in Sonderinstitutionen. Die Lebensbiografie für Menschen mit geistiger Behinderung ist damit wie folgt vorgezeichnet:

Sonderkindergarten -> Sonderschule -> Werkstatt für Menschen mit Behinderung -> Wohnheim.

#### 4.2.3 Integration

Anfang der 1980er Jahre entstand unter dem Motto „Ein Leben so normal wie möglich, auch für Menschen mit geistiger Behinderung“ das bis dahin neue programmatische Leitbild der Integration, welches vornehmlich von Eltern behinderter Kinder und Fachleuten einer sich kritisch verstehenden Sonderpädagogik initiiert wurde. Dabei ging es zunächst darum, Menschen mit Behinderungen einen Lebensrhythmus und Lebensstandard zu ermöglichen, wie er auch für nichtbehinderte Menschen üblich ist, z. B. durch die (bis dahin ganz und gar nicht selbstverständliche) räumliche Trennung von Wohn- und Arbeitsort. Daraus entwickelte sich alsbald das Selbstbestimmungsparadigma, demzufolge auch Menschen mit geistiger Behinderung zunehmend in sie betreffende Entscheidungen einbezogen werden. Dieser Ansatz hielt schließlich auch Einzug in das Bildungswesen und zwar dergestalt, dass es Kindern mit geistiger Behinderung zunehmend ermöglicht wurde, die Regelschule zu besuchen [37]. Kritisch anzumerken ist dabei allerdings, dass diese Form der Integration regelmäßig durch den Dualismus zweier Personengruppen in ein und demselben Klassenraum gekennzeichnet ist [38]. Während für die Kinder ohne Behinderung die Curricula der besuchten allgemeinen Schulform gelten, richten sich die Lehrpläne für die Kinder mit Behinderung üblicherweise nach denen der entsprechenden Sonderschulformen, was nicht selten zu einem bloßen Nebeneinander statt eines Miteinanders der Schülerinnen und Schüler führt. Unter quantitativen Gesichtspunkten ist Integration nach wie vor ein sektorales Phänomen: „im Kindergarten fast flächendeckend, in der Grundschule – bei deutlichen Unterschieden zwischen den Bundesländern – relativ weit verbreitet, in der Sekundarstufe I nur noch in geringem Maße zugelassen und in der Sekundarstufe II geradezu exotisch“ [39]. Immerhin wird damit eine – im Vergleich zur Phase der Segregation – andere Lebens-

biografie ermöglicht: Allgemeiner Kindergarten mit spezieller Förderung -> allgemeine Schule mit integrativer Ausrichtung -> Arbeit mit Integrationshelfer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt [40] -> ambulant unterstütztes Wohnen im eigenen Wohnraum.

#### 4.2.4 Inklusion

Das in Deutschland ab der zweiten Hälfte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts aufgegriffene Konzept der Inklusion strebt danach, ein Leben mit Behinderung von Geburt an in den Regelstrukturen des sozialen Gemeinwesens (Kindergarten, Schule, Sportvereine, Arbeitswelt) zu verankern. Inklusion in diesem Sinne meint ein „umfassendes Konzept des menschlichen Zusammenlebens“, das den gesellschaftlichen Umgang mit Heterogenität in grundlegender Weise thematisiert [41].

Inklusion ist derzeit weder ein Rechtsbegriff, noch ein Begriff der Alltagssprache, wohl aber ein solcher, der zwischenzeitlich mit Anspruch auf political correctness ausgestattet zu sein scheint, denn angesichts seiner Verankerung in der UN-BRK erfährt er kaum Widerspruch [42]. Inklusion ist noch immer ausschließlich eine Vision, mithin (noch) kein real existierender Zustand. Angestrebt wird eine Gesellschaft, in der bevormundende Unterstützungs- und Sicherheitsstrukturen der Behindertenpolitik auf Dauer einer begleitenden, durch Assistenz unterstützten selbstbestimmten Lebensgestaltung durch den beeinträchtigten Menschen selber weichen [43].

Im Bildungsbereich geht das Konzept der Inklusion insoweit über das der Integration hinaus, als dass nicht mehr nur die Frage des angemessenen und geeigneten Lern- und Förderortes für bestimmte Gruppen im Vordergrund steht, sondern auch die der sozialen Interaktion. Das heute vorherrschende schulische Integrationsmodell ist nämlich – bei allem Fortschritt – noch immer eine spezielle Maßnahme, die zumeist durch wohngleichübergreifende Bündelung von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf sowie durch eine Zentrierung personeller Ressourcen geprägt ist. Demgegenüber verzichtet das Konzept der Inklusion auf jegliche Etikettierung bestimmter Gruppen, indem es von der Heterogenität einer Gemeinschaft als Normalzustand ausgeht. Nach diesem Modell ist sonderpädagogische Kompetenz in aller Regel nur noch an allgemeinen Schulen vorzuhalten. Dabei sind sich die Unterzeichner der UN-BRK durchaus der Tatsache bewusst, dass die konkreten Inhalte dieses Konzepts durch die jeweiligen nationalen, regionalen und lokalen Kontextbedingungen jeweils spezifisch interpretiert und adaptiert werden müssen.

In Deutschland sehen bereits jetzt alle Schulgesetze der Länder das gemeinsame Lernen von behinderten und nichtbehinderten Schülerinnen und Schülern vor.

So wurde im Schuljahr 2009/10 rund ein Fünftel der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf in allgemeinen Schulen unterrichtet [44]. Diese Quote soll weiter ausgebaut werden. Die Länder sind übereingekommen, für den Bildungsbereich eine Bestandsaufnahme vorzunehmen, Schritte der Weiterentwicklung festzulegen, entsprechende Maßnahmen zu veranlassen und die erforderlichen rechtlichen Maßnahmen zur Steigerung der inklusiven Bildung an allgemeinbildenden (allgemeine und Förderschulen) und berufsbildenden Schulen zu entwickeln. Auch in Deutschland kann das Konzept der schulischen Inklusion aber durchaus auch an seine Grenzen stoßen, etwa dann, wenn der Verzicht auf die besondere Betrachtung Einzelner dazu führen sollte, dass ein konkreter Unterstützungsbedarf von Menschen mit Behinderungen „nicht mehr so deutlich gesehen wird und Leistungen möglicherweise gekürzt werden“ [45]. In diesem Sinne hat auch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen in einer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass mit der Hinwendung zu einem inklusiven Weg auf keinen Fall die gute Qualität, die Erfahrung und die Erkenntnisse bei der Förderung, Betreuung und Unterstützung von behinderten Menschen zur Disposition gestellt werden dürften [46]. Der z. T. vollzogenen Praxis, in öffentlichen Kindergärten Stellen für sog. Integrationserzieherinnen mit der Begründung zu streichen, in Zeiten der Inklusion sei Integration nicht mehr nötig, liegt ein völlig missverständliches Inklusionsverständnis zugrunde. Nach der UN-BRK gehören individuelle Autonomie und soziale Inklusion untrennbar zusammen [47] und stehen nicht etwa in Widerspruch zueinander. Mehr noch, sie bedingen sich gegenseitig, denn ohne soziale Inklusion kann Autonomie nicht gelebt werden, und ohne Autonomie nimmt soziale Inklusion fast zwangsläufig Züge von Bevormundung an [48].

#### 4.2.5 Allgemeine Pädagogik

Am Ende der Skala steht nach Sander als Zielperspektive eines Tages eine allgemeine Pädagogik für alle Kinder und Jugendlichen, die nicht mehr nach bestimmten Personengruppen unterscheidet. In dieser allgemeinen Pädagogik soll die Inklusion aufgehen.

## 5 Inklusive Hochschule

### 5.1 Kein Sondersystem

Im deutschen Hochschulsystem existiert – anders als im Schulbereich – kein Sondersystem für Menschen mit Behinderungen, d. h. Hochschulausbildung findet als gemeinsamer Prozess für Menschen mit und ohne

Behinderungen statt. Im Rahmen der beruflichen Ausbildung, des Studiums und der Weiterbildung werden grundsätzlich keine, über die allgemeinen Bestimmungen des SGB hinausgehenden Leistungen aufgrund einer Behinderung erbracht, weil Behinderung in diesen Bereichen nicht im hochschulrechtlichen Sinne, sondern unter Bezugnahme auf das SGB IX bestimmt wird.

Jedoch sind die Hochschulen bereits seit den 1970er Jahren gesetzlich verpflichtet, dafür zu sorgen, dass „behinderte Studierende in ihrem Studium nicht benachteiligt werden und die Angebote der Hochschule möglichst ohne fremde Hilfe in Anspruch nehmen können“ (§ 2 Abs. 4 Satz 2 Hochschulrahmengesetz – HRG). In § 2 Abs. 5 Satz 2 u. 3 der Grundordnung der Hochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung heißt es: „Die Hochschule berücksichtigt die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung und gewährleistet die Barrierefreiheit. Die Hochschule fördert die Zulassung behinderter Menschen zum Studium.“

Vor diesem Hintergrund hat die SVLFG am Fachbereich LSV der Hochschule des Bundes in den letzten Jahren in bauliche Barrierefreiheit erheblich investiert. Es mangelt auch nicht an Beratungsangeboten und Regelungen zum Nachteilsausgleich, die Studierende bei der individuellen Kompensation behindernder Zugangs- und Studienbedingungen unterstützen.

### 5.2 Nachteilsausgleich

Im Hochschulbereich verläuft das Studium formal für alle zielgleich. Bei zielgleichen Bildungsgängen gilt, dass Lernenden mit Beeinträchtigungen ein Ausgleich gewährt werden muss, wenn ihnen das Erbringen insbesondere von Leistungsnachweisen oder die Beteiligung an Prüfungen nicht in gleicher Weise möglich ist wie denjenigen ohne Beeinträchtigung (sog. Nachteilsausgleich, vgl. auch § 126 SGB IX). Nachteilsausgleiche beziehen sich nicht nur auf Abschlussarbeiten und Abschlussprüfungen. Sie können auch schon frühzeitig – vom ersten Leistungsnachweis an – für Klausuren und Hausarbeiten beansprucht werden. Durch den Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile bei Studienleistungen und in Prüfungen werden die fachlichen Anforderungen an die Prüfungsteilnehmer nicht vermindert. Wenn ein Nachteilsausgleich erforderlich ist, dann geht es nicht um die Leistungsanforderungen, sondern um die Rahmenbedingungen, unter denen die Leistung angesichts der konkreten Beeinträchtigungen erbracht werden kann. Dabei kann es sich beispielsweise um verlängerte Bearbeitungszeiten oder um den Einsatz von technischen Hilfsmitteln handeln. Um ggf. konkrete nachteilsausgleichende Maßnahmen in Anspruch nehmen zu können, haben die Studierenden nachzuweisen, dass sie wegen einer länger andauernden oder ständigen

Beeinträchtigung bzw. Behinderung nicht in der Lage sind, Prüfungs- und Studienleistungen ganz oder teilweise in der vorgesehenen Form zu erbringen. Dieser Nachweis wird in der Regel durch Vorlage eines ärztlichen Attests erbracht. Dabei kommt es nicht darauf an, dass eine Anerkennung als Schwerbehinderte/r vorhanden ist und ein Schwerbehindertenausweis vorliegt. Ein Nachteilsausgleich darf sich aber nicht auf die Bewertung der Prüfungsleistungen auswirken. In Zeugnissen dürfen keine Hinweise auf den Nachteilsausgleich aufgenommen werden.

Auch an der Hochschule des Bundes – Fachbereich LSV ist die Anwendung von Nachteilsausgleichen bei der Durchführung der Ausbildung und bei Prüfungen je nach Art und Schwere der Behinderung selbstverständlich vorgesehen (vgl. auch § 65 Abs. 1 BBiG). Es überwiegen derzeit allerdings noch „individualisierende Maßnahmen“ zum Ausgleich einer Beeinträchtigung, verbunden mit der individuellen Verantwortlichkeit der Studierenden, sich vor oder nach Aufnahme des Studiums Informationen über Beratungen, Förderungen und Nachteilsausgleiche zu verschaffen und dementsprechende Ansprüche geltend zu machen. Grund dafür ist vor allem die Tatsache, dass der Fachbereich LSV als relativ kleine Bildungseinrichtung [49] bisher nur sehr selten Veranlassung hatte, auf die Belange der (sehr wenigen) Studierenden mit Behinderungen einzugehen. Dort, wo das nötig war, z. B. durch die Verwendung entsprechender Geräte, ist es durch individuelle Lösungen stets gelungen.

Dennoch sollte hier nach Auffassung der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, die sie anlässlich eines Besuchs der SVLFG im November 2015 geäußert hat, künftig mehr unternommen werden, um insbesondere Studieninteressierte rechtzeitig auf die Möglichkeit eines barrierefreien dualen Studiums an der Hochschule des Bundes/der SVLFG hinzuweisen. Der Fachbereich LSV greift diese Anregung auf und wird sie künftig bei Stellenausschreibungen und Selbstdarstellungen vermehrt beachten. Das erscheint insbesondere auch deshalb erforderlich, weil an Hochschulen in punkto Behinderung generell lange Zeit das Bild vom ggf. rollstuhlfahrenden Studierenden und – damit verbunden – die Konzentration auf die bauliche Zugänglichkeit dominierte. Erst nach und nach wächst das Bewusstsein für eine Gruppe von Studierenden mit zumeist nicht sichtbaren psychischen Beeinträchtigungen, chronisch-somatischen Erkrankungen und Teilleistungsstörungen ebenso für Studierende mit zumeist leichter wahrnehmbaren körperlichen oder Sinnesbeeinträchtigungen [50]. Auch daraus erwächst eine Vielfalt an beeinträchtigungsbedingten Anforderungen an Studium und Lehre, so dass es nicht nur bauliche Barrieren sind, die es zu überwinden gilt.

Lehrende und Prüfende haben oft nur unzureichend Kenntnis von den unterschiedlichen Bedarfen dieser Studierenden, und es fehlt ihnen das Wissen um eine barrierefreie Hochschullehre. Um auch hier keinen falschen Eindruck entstehen zu lassen, sei darauf hingewiesen, dass sich das damit angesprochene Problem am Fachbereich LSV der Hochschule des Bundes bislang so gut wie nicht gestellt hat. Brachten Studierende mit einer Behinderung – wie in der Vergangenheit vereinzelt geschehen – technische Hilfsmittel mit in die Veranstaltung, so wurde der Einsatz von den Lehrenden selbstverständlich unterstützt. Immerhin waren die Lehrenden aber im Grundstudienjahrgang 2014 erstmals gefordert, einen Studierenden mit Asperger-Syndrom zu unterrichten, was sie angesichts der damit einhergehenden Kontakt- und Kommunikationsstörung des Studierenden (typisch sind Beeinträchtigungen des Interaktionsverhaltens, mangelndes Einfühlungsvermögen, starres Festhalten an Gewohnheiten, motorische Auffälligkeiten sowie ausgeprägte Spezialinteressen) [51] vor ungewohnte Herausforderungen stellte. In der Literatur wird in diesem Zusammenhang zu Recht darauf hingewiesen, dass die Hochschulen nach Wegen suchen müssen, wie „... sie diese Studierenden nicht nur durch zusätzliche Angebote, sondern gerade auch im Studium selbst auffangen können“ [52]. Die „Sensibilisierung der Lehrenden“ wird insoweit als eine der notwendigen Voraussetzungen hierfür erachtet. Der Deutsche Hochschulverband kritisiert in diesem Zusammenhang, dass „spezifische Qualifizierungsangebote für Hochschullehrer und andere Hochschulangehörige (bis heute) fehlen“ und fordert Bund und Länder auf, „Qualifizierungsmaßnahmen aufzulegen, damit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in die Lage versetzt werden, den Herausforderungen eines inklusiven Bildungssystems gerecht zu werden“ [53].

Im Hochschulbereich bleibt aber entscheidend, dass sich Behinderungen nicht zwangsläufig studienbeeinträchtigend auswirken und dass auch Studierende ohne eine anerkannte Behinderung Anspruch auf Nachteilsausgleiche haben können.

## 6 Fazit

Im April 2015 veröffentlichte der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderung (CRPD), ein unabhängiger Expertenausschuss, der die Umsetzung der UN-BRK durch die jeweiligen Vertragsstaaten kontrolliert, seinen Staatenbericht über den Status der Umsetzung der UN-BRK in Deutschland. Darin äußert der Ausschuss eine gewisse Kritik dahingehend, dass die Bemühungen in Deutschland hinsichtlich der Vermeidung von Stigmatisierung und Diskriminierung durch eine verstärkte Bewusstseinsbildung bislang nicht effek-

tiv genug waren. Die Kommission empfiehlt deshalb, dass Deutschland diesbezüglich eine Strategie entwickeln müsse, die die Sensibilisierung noch stärker fördert und Diskriminierung beseitigen soll. Die Auswirkungen einer solchen Strategie müssten evidenzbasiert sein, um somit messbar zu werden. Darüber hinaus sollten an dieser Strategie sowohl öffentliche als auch private Medien beteiligt werden. Weiterhin sollten diese Maßnahmen und Programme zur Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung allen Beamtinnen und Beamten, die in die Belange und Rechte behinderter Menschen involviert sind, bereitgestellt werden [54]. Um die Ineffizienz der bisherigen Sensibilisierungsmaßnahmen zu vermeiden, sollte zukünftig eine Rechtspflicht zur Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung weiter diskutiert werden.

Mit ihrem Aktionsplan ist die SVLFG insoweit auf dem richtigen Weg.

Inklusion provoziert und verlangt das permanente Hinterfragen tradiert Normalitätsvorstellungen. Inklusion bedarf der Wahrnehmung möglichst unterschiedlicher Lebenswelten, Fähigkeiten und Interessen, um Perspektiven wechseln und individuelle Horizonte erweitern zu können. Die eingangs beschriebene Themenbefassung im Studiengang bildet die optimale Voraussetzung, diese Fähigkeiten an unserer Hochschule zu erwerben und im Austausch miteinander weiter zu entwickeln.

Integration beginnt im Kopf. Sie kann jederzeit und an jedem Ort stattfinden, wenn die Bereitschaft dazu besteht. Wenn das so ist, dann muss die mit der UN-BRK einhergehende Forderung nach Inklusion einen noch tieferen Ansatzpunkt finden. Die vorstehenden Ausführungen sollten darstellen, dass es neben einem rational-kognitiven Zugang zur Inklusion einer anderen Seite bedarf, nämlich der Bewusstseinsbildung. Der kann aber nicht immer nur die Metapher „Kopf“ zugewiesen werden, so dass Inklusion schon im „Bauch“ beginnen muss. „Das bedeutet, dass das obere Stirnhirn als Sitz von Intelligenz und Verstand und das untere Stirnhirn als Instanz für moralisch-ethische Kontrolle, Risikobewertung und Gefühlskontrolle kaum miteinander interagieren. Die unmittelbare Konsequenz dieser erstaunlichen Tatsache kennen wir alle, nämlich, dass vernünftige Ratschläge und Einsichten allein nicht in der Lage sind, Menschen nachhaltig zu beeinflussen... (Man) wird auf rationale Argumente so lange nicht hören, wie sie nicht mit emotional bewegenden Argumenten verbunden sind.“ [55]

Karl Friedrich Köhler  
 Fachbereich Landwirtschaftliche Sozialversicherung  
 an der Hochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung  
 Weißensteinstraße 70-72  
 34131 Kassel

## Quellen

- [1] <http://www.hamburg.de/contentblob/2518726/data/un-konvention-menschen-mit-behinderung.pdf>.
- [2] Zur Entstehungsgeschichte der Konvention vgl. DeGENER, Menschenrechtsschutz für behinderte Menschen, in: Vereinte Nationen 3/2006, S. 104 ff.
- [3] Schröder/Schütz, Fortschritte bei der Inklusion von Menschen mit Behinderung?, Behindertenrecht 2011, S. 53.
- [4] Vgl. BT-Drs. 16/10808, S. 59.
- [5] [http://www.svlfg.de/12-impressum/03\\_un\\_behin/aktionsplan\\_un\\_brk.pdf](http://www.svlfg.de/12-impressum/03_un_behin/aktionsplan_un_brk.pdf).
- [6] Aktionsplan der SVLFG, S. 13 f.; [http://www.svlfg.de/12-impressum/03\\_un\\_behin/aktionsplan\\_un\\_brk.pdf](http://www.svlfg.de/12-impressum/03_un_behin/aktionsplan_un_brk.pdf).
- [7] Aktionsplan der SVLFG, S. 13 f.; [http://www.svlfg.de/12-impressum/03\\_un\\_behin/aktionsplan\\_un\\_brk.pdf](http://www.svlfg.de/12-impressum/03_un_behin/aktionsplan_un_brk.pdf).
- [8] Gemeint ist der Fachbereich LSV an der Hochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung.
- [9] Zu Begriff und Gegenstand des Rehabilitationsrechts vgl. Luthé, SGB 2007, S. 454 ff.
- [10] Zur Abgrenzung dieser Begriffe vgl. nachstehend unter 4.
- [11] Vgl. z. B. Mathe, Von der Segregation zur Inklusion behinderter Menschen - Ein Paradigmenwechsel aus sozialwissenschaftlicher Sicht, Behindertenrecht 2011, S. 34 ff.
- [12] Vgl. dazu ausführlich Köhler, Die verfassungsrechtliche Stellung behinderter Menschen nach dem Grundgesetz - Ein Beitrag zur appellativen und edukativen Funktion des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz, SdL 1996, S. 357-464.
- [13] Vgl. Präambel zur UN-BRK (e): "... disability results from the interaction between persons with impairments and attitudinal and environmental barriers that hinders their full and effective participation in society on an equal basis with others".
- [14] Vgl. Arnade, Zwischen Anerkennung und Abwertung. Behinderte Frauen und Männer im bioethischen Zeitalter, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 8/2003, S. 3.
- [15] Vgl. Köhler, Prozessführungsbefugnis und Klagerecht der Verbände behinderter Menschen nach SGB IX und Behindertengleichstellungsgesetz, in: Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch - ZfSH/SGB H. 1/2010, S. 19 ff.
- [16] Übereinkommen der Vereinten Nationen über Rechte von Menschen mit Behinderungen - Erster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland, vom Bundeskabinett beschlossen am 3. August 2011, S. 5.
- [17] Vgl. BT-Drucks. 14/1574, abgedruckt bei Hauck/Noftz, SGB IX, M 010S. 176, 186.
- [18] Luthé, Die Behinderung nach § 2 Abs. 1 SGB IX, ihr Gesellschaftsbegriff und die ICF, SGB 2009, S. 569, 570.

- [19] BT-Drucks. 14/2913. In der Entschließung heißt es: „Im Mittelpunkt der politischen Anstrengungen stehen nicht mehr die Fürsorge und die Versorgung von behinderten Menschen, sondern ihre selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung der Hindernisse, die ihrer Chancengleichheit entgegenstehen.“
- [20] Vgl. Bielefeldt, Menschenwürde - Der Grund der Menschenrechte. Studie des Deutschen Instituts für Menschenrechte, 2008.
- [21] Diese Formel findet sich bereits in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen von 1948, die als das Mutterdokument aller in ihrem Gefolge entstandenen internationalen Menschenrechtskonventionen gelten kann.
- [22] Vgl. Willoweit, Die Veräußerung der Freiheit. Über den Unterschied von Rechtsdenken und Menschenrechtsdenken, in: Würde und Recht des Menschen, Festschrift für Johannes Schwartländer, 1992, S. 255 ff.
- [23] Vgl. Art. 24 Abs. 1 (a) UN-BRK.
- [24] Vgl. Art. 8 UN-BRK.
- [25] Arnade, Zwischen Anerkennung und Abwertung. Behinderte Frauen und Männer im bioethischen Zeitalter, in: APuZ B 8/2003, S. 3.
- [26] Die heutige „Aktion Mensch“ hieß lange Zeit „Aktion Sorgenkind“.
- [27] Gemeint sind Kinder mit Integrationsbedarf, sog. Integrationskinder. Dass man mit dem I-Kind keinesfalls ausschließlich das förderungsbedürftige, sondern - aus anderer Perspektive - auch das abzulehnende, weil ggf. unsaubere, behinderte oder verhaltensauffällige Kind assoziieren kann, förderten ausgerechnet Kinder mit ihrer manchmal gnadenlosen Wahrheit zutage, indem sie das „I“ einfach langzogen, so dass daraus der sprachlich besetzte Laut der Ablehnung, ja des Ekels wurde.
- [28] Vgl. Präambel (m): "Recognizing the valued existing and potential contributions made by persons with disabilities to the overall well-being and diversity of their communities ...".
- [29] Bielefeldt, Zum Innovationspotential der UN-Behindertenrechtskonvention, hrsg. vom Deutschen Institut für Menschenrechte, 3. Aufl. 2009, S. 16.
- [30] Vgl. dazu Köhler, Gesetzlicher Unfallversicherungsschutz im Rahmen der ehrenamtlichen Flüchtlingshilfe - Wer hilft den Helfern?, WzS 2015, S. 299 ff.
- [31] Darauf weist Frühauf, in: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (Hrsg.), Von der Integration zur Inklusion, 2012, S. 11, hin.
- [32] Vgl. Götz Aly, Diskurs als Wortblasen, Frankfurter Rundschau, 3.4.2012.
- [33] Vgl. dazu etwa die Beiträge von Frühauf, Hinz und Stein in: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (Hrsg.), Von der Integration zur Inklusion, 2012, S. 11 ff., 33 ff. und 74 ff. jeweils m. w. N. sowie Wocken, Über Widersacher der Inklusion und ihre Gegenreden, APuZ 23/2010, S. 25 ff.; Winkel, DIE WELT, 14.11.2011, S. 2; Ahrbeck und Winkel, FAZ Nr. 286, 8.12.2011, S. 8; Belz, Die allmähliche Integration der Inklusion, FAZ Nr. 86, 12.4.2012, S. 3; Spiewak, DIE ZEIT Nr. 20, 8.5.2014, S. 34.; Schnabel/Spiewak, DIE ZEIT Nr. 14, 27.3.2014, S. 43.
- [34] von Weizsäcker, bei der Eröffnungsveranstaltung der Tagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, 1. Juli 1993, <http://www.imew.de/de/barrierefreie-volltexte/volltexte/es-ist-normal-verschieden-zu-sein>.
- [35] Stein, Die Bedeutung des Inklusionsgedankens, in: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (Hrsg.), Von der Integration zur Inklusion, 2012, S. 74.
- [36] Sander, Über die Integration zur Inklusion, 2003.
- [37] Vgl. dazu Otto, DIE ZEIT Nr. 29, 10.7.2014, S. 58.
- [38] Vgl. dazu Kowitz, DIE ZEIT Nr. 13, 21.3.2013, S. 18 ff.; Schnabel, DIE ZEIT Nr. 22, 22.5.2014, S. 35; Friedmann/Greiner, DER SPIEGEL 23/2014, 2.6.2014, S. 47.
- [39] Hinz, Inklusion - mehr als nur ein neues Wort!?, [http://heupel.hostingkunde.de/lindenbergschule/inclusion\\_/Inklusion\\_hinz.pdf](http://heupel.hostingkunde.de/lindenbergschule/inclusion_/Inklusion_hinz.pdf); zum Thema Inklusion und Gymnasium vgl. Otto/Traar, DIE ZEIT Nr. 31, 24.6.2014, S. 59.
- [40] Vgl. dazu Fischer/Heger/Laubenstein, Perspektiven beruflicher Teilhabe – Konzepte zur Integration und Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung, 2011; Plangger, Arbeit und Behinderung – Integration/Inklusion von Menschen mit Behinderungen in den Arbeitsmarkt, Zeitschrift für Inklusion-online.net 3/2013; Otto, DIE ZEIT Nr. 25, 12.7.2014, S. 63.
- [41] Kultusministerkonferenz, Empfehlungen „Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen“, Beschluss v. 20.10.2011, S. 3.
- [42] Hans Wocken, Prof. für Lernbehindertenpädagogik in Hamburg, äußerte in einem Interview mit der Frankfurter Rundschau am 9.11.2011, S. 23: „Niemand ist gegen Inklusion, denn das traut sich keiner.“ In diesem Sinne auch Katzenbach, Zeitschrift für Inklusion-online.net 2/2011, S. 1.
- [43] Schröder/Schütz, Fortschritte bei der Inklusion von Menschen mit Behinderung?, Behindertenrecht 2011, S. 53.
- [44] Übereinkommen der Vereinten Nationen über Rechte von Menschen mit Behinderungen - Erster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland, vom Bundeskabinett beschlossen am 3. August 2011, S. 55.
- [45] Lindmeier, in: in: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (Hrsg.), Von der Integration zur Inklusion, 2012, S. 98; vgl. auch Stein, ebd., S. 76. Zu den Grenzen der Inklusion vgl. auch Kramp-Karrenbauer, Nicht mit der Brechstange, DIE ZEIT Nr. 31, 24.7.2014, S. 7; Hofmann, Wie Inklusion misslingen kann, FAZ Nr. 202, 30.8.2012, S. 8; Ahrbeck, Als Sparmodell taugt Inklusion nicht, FAZ Nr. 14, 17.1.2014, S. 7.
- [46] Zit. nach Schulte, Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen, Behindertenrecht 2011, S. 41, 45.

- [47] Die Überschrift zu Art. 19 UN-BRK lautet: „Living independently and being included in the community“.
- [48] Bielefeldt, Zum Innovationspotential der UN-Behindertenrechtskonvention, hrsg. vom Deutschen Institut für Menschenrechte, 3. Aufl. 2009, S. 10.
- [49] Die Zahl der Studienanfänger schwankte in den letzten Jahren zwischen 30 und 60.
- [50] 2011 ergab eine Erhebung in der Gruppe der im Studium beeinträchtigten behinderten und chronisch kranken Studierenden an deutschen Hochschulen, dass sich das Studium für 45 % dieser Studierenden (vor allem) durch eine psychische Beeinträchtigung und für 20 % durch eine chronisch-somatische Erkrankung erschwert. Die Anteile der Studierenden mit einer Mobilitätsbeeinträchtigung liegen bei 4 %, mit einer Hörbeeinträchtigung bei 3 % und mit einer Sehbeeinträchtigung bei 5 %, vgl. Tippelt/Schmidt-Hertha, Ausbildung und Professionalisierung von Fachkräften für inklusive Bildung im Bereich Hochschule (Kurzfassung), 2013, S. 1.
- [51] Vgl. <http://www.asperger-kinder.de>.
- [52] Berthold/Leichsenring, Diversity Report - Studierende mit Einschränkungen im Studium, 2012, S. 21.
- [53] Deutscher Hochschulverband, Chancengerechtigkeit durch barrierefreie Hochschulen - Forderungen des Deutschen Hochschulverbandes zur inklusiven Hochschule, 2015, S. 3.
- [54] Committee on the rights of Persons with Disabilities, Thirteenth session, 25 March – 17 April 2015, Concluding Observations on the initial report of Germany, S. 4, <http://www.internationaldisabilityalliance.org/en/article/13th-session-crpd-committee-opens-today-0>.
- [55] Roth, Bildung braucht Persönlichkeit - Wie lernen gelingt, 3. Aufl. 2011, S. 47.



## § 116 Absatz 6 SGB X – Die besondere Bedeutung des Haftungsprivilegs der Familienmitglieder für den Regress der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Ass. jur. Michael Kramer

*Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutz des Grundgesetzes. Eine Ausprägung dieser Institutsgarantie ist das Haftungsprivileg der Familienmitglieder gemäß § 116 Absatz 6 SGB X, welches wegen der familiären Struktur landwirtschaftlicher Betriebe besondere Bedeutung für den Regress der SVLFG hat. Der nachfolgende Beitrag stellt die tatbestandlichen Voraussetzungen des Forderungsübergangs nach § 116 Absatz 1 SGB X sowie des Familienprivilegs nach § 116 Absatz 6 SGB X dar. Im Besonderen wird auf die Anwendung des Familienprivilegs auf Direktansprüche gegen Haftpflichtversicherer sowie außerhalb des Forderungsübergangs eingegangen.*

### 1 Einleitung

Europaweit arbeiten fast ausschließlich Betriebsinhaber und ihre Familienangehörigen in der Landwirtschaft. Die Auswertung statistischer Erhebungen durch die Generaldirektion Landwirtschaft der EU-Kommission ergab, dass im Jahr 2010 in circa 12 Millionen landwirtschaftlichen Betrieben circa 25 Millionen Menschen regelmäßig arbeiteten. Die Betriebsinhaber und ihre Ehepartner machten im Berichtsjahr zusammen 92,2 Prozent der Beschäftigten in den Betrieben aus. Folglich sind nur 7,8 Prozent der Beschäftigten keine Familienmitglieder [1]. Auch in Deutschland herrscht der landwirtschaftliche Familienbetrieb vor. Das Haftungsprivileg der Familienmitglieder spielt wegen dieser Familienbetriebsstruktur für den Regress der landwirtschaftlichen Sozialversicherung eine ungleich höhere Rolle, als dies bei anderen Sozialversicherungsträgern der Fall ist. Der Regress des Sozialversicherungsträgers ist möglicherweise ausgeschlossen, wenn ein Familienmitglied einem anderen Familienmitglied einen Schaden zufügt.

### 2 Die Gründe für den Regress des Sozialversicherungsträgers und die gesetzlichen Voraussetzungen des Forderungsübergangs

Erleidet eine Person einen (Personen-)Schaden, für den ein anderer verantwortlich ist, steht ihr ein Schadenersatzanspruch gegen den Schadenverursacher zu. Wer zum Schadenersatz verpflichtet ist, hat gemäß § 249 BGB den Zustand herzustellen, der bestehen würde, wenn der zum Ersatz verpflichtende Umstand nicht eingetreten wäre. Der Schädiger haftet also bei Personenschäden für die Kosten der Wiederherstellung des Gesundheitszustandes, ebenso wie für Verdienstausfall oder den immateriellen Schaden (Schmerzensgeld).

Ist der Geschädigte sozialversichert, dann bestehen neben den zivilrechtlichen Schadenersatzansprüchen

gleichzeitig öffentlich-rechtliche Leistungsansprüche. Der Personenschaden wird also durch das Sozialversicherungsrecht (teilweise) kompensiert.

Der Geschädigte soll aber nicht mehr bekommen, als insgesamt zur Kompensation seines Schadens erforderlich ist. Dies wäre aber der Fall, wenn er einerseits durch den Sozialleistungsträger entschädigt würde und er andererseits seinen Schadenersatzanspruch gegen den Schädiger behalten dürfte.

Eine Entlastung des Schädigers durch das Sozialversicherungsrecht wäre weder rechtlich noch sozialpolitisch vertretbar. Leistungen von Sozialversicherungsträgern dürfen die Schadenersatzpflicht des Schädigers weder dem Grunde noch der Höhe nach mindern.

Deshalb regeln die §§ 116 bis 119 SGB X den Forderungsübergang der zivilrechtlichen Schadenersatzansprüche auf den (vorleistungspflichtigen) Sozialversicherungsträger. Diese Vorschriften sind mit Wirkung vom 1. Juli 1983 in Kraft getreten, wodurch die früher gültigen §§ 1542 – 153b RVO, 1524 b RVO und 205c RVO außer Kraft getreten sind [2].

Der Forderungsübergang bezweckt auch eine finanzielle Entlastung des Sozialleistungsträgers. Hierzu ist es erforderlich, den Schadenersatzanspruch um Umfang der Leistungen möglichst frühzeitig der Verfügungsbefugnis des Geschädigten zu entziehen [3], wobei es dann folgerichtig Aufgabe des Sozialleistungsträgers ist, diesen Anspruch insoweit dem Grunde und der Höhe nach durchzusetzen. Der Geschädigte selbst muss sich insoweit hierum nicht mehr kümmern, wird also im Umfang des Forderungsübergangs davon entlastet, den Anspruch gegen den Schädiger durchsetzen zu müssen [4]. Weder der Geschädigte noch der Schädiger werden hierdurch benachteiligt, da der Forderungsübergang nur erfolgt, soweit sachliche und zeitliche Kongruenz gegeben ist. Somit ist sichergestellt, dass der Geschädigte einerseits bezüglich der Schadenpositionen, die nicht durch den Leistungskatalog des Sozialleistungsträgers

kompensiert werden, Anspruchsinhaber bleibt und der Geschädigte nicht über den gesetzlichen Umfang von Schadenersatzansprüchen hinaus leisten muss.

## 2.1 Der Forderungsübergang nach § 116 Absatz 1 SGB X

§ 116 Absatz 1 SGB X lautet folgendermaßen:

„Ein auf anderen gesetzlichen Vorschriften beruhender Anspruch auf Ersatz eines Schadens geht auf den Versicherungsträger oder Träger der Sozialhilfe über, soweit dieser aufgrund des Schadenereignisses Sozialleistungen zu erbringen hat, die der Behebung eines Schadens der gleichen Art dienen und sich auf denselben Zeitraum wie der vom Schädiger zu leistende Schadenersatz beziehen. Dazu gehören auch

1. Beiträge, die von Sozialleistungen zu zahlen sind, und
2. die Beiträge zur Krankenversicherung, die für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld unbeschadet des § 224 Absatz 1 SGB V zu zahlen wären.“

Folgende Tatbestandsmerkmale leiten sich somit aus der Vorschrift ab:

1. Es muss ein auf gesetzlichen Vorschriften beruhender Schadenersatzanspruch bestehen.
2. Der Versicherungsträger hatte auf Grund des Schadenereignisses Sozialleistungen zu erbringen.
3. Der vom Schädiger zu leistende Schadenersatz dient der Behebung eines Schadens der gleichen Art und bezieht sich auf denselben Zeitraum (sachliche und zeitliche Kongruenz).

Die Rechtsfolge ist der Forderungsübergang. § 116 SGB X ist also keine Anspruchsgrundlage im eigentlichen Sinn. Regelungsgehalt ist lediglich der gesetzliche Forderungsübergang (*cessio legis*) auf den Sozialleistungsträger. Als Tatbestandsvoraussetzung müssen zusätzlich die Voraussetzungen eines Schadenersatzanspruches gegeben sein.

Allerdings enthält § 116 Absatz 1 Satz 2, der durch Art. 5 Absatz 2 des „Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung“ [5] ergänzt wurde, auf der Rechtsfolgenseite die Klarstellung, dass auch Sozialversicherungsbeiträge aus Entgeltersatzleistungen dem Regress unterliegen. Die Erweiterung des Satzes 2 mit Wirkung vom 1. Januar 2001 bewirkte, dass auch der Ersatz der durch den Schadenfall entgangenen Krankenversicherungsbeiträge in die Vorschrift einbezogen wurde [6].

## 2.2 Der Ausschluss des Forderungsübergangs wegen des Familienprivilegs

### 2.2.1 Der Normzweck des § 116 Absatz 6 SGB X

Auch dann, wenn ein Familienangehöriger einem anderen Familienangehörigen einen Schaden zufügt, entstehen grundsätzlich zivilrechtliche Schadenersatzansprüche, wobei Ehegatten untereinander (§ 1359 BGB), Lebenspartner untereinander (§ 4 LPartG) sowie Eltern ihren Kindern gegenüber (§ 1664 BGB) für die Sorgfalt einzustehen haben, die sie in eigenen Angelegenheiten anzuwenden pflegen (*diligentia quam in suis*). Somit können Schadenersatzansprüche bestehen, die folgerichtig auf den Sozialleistungsträger übergehen könnten.

Bei einer Schädigung durch Familienangehörige unterliegt der Anspruchsübergang aber Besonderheiten. Gemäß § 116 Absatz 6 Satz 1 SGB X ist ein Übergang nach § 116 Absatz 1 SGB X bei nicht vorsätzlichen Schädigungen unter Familienangehörigen, die im Zeitpunkt des Schadenereignisses mit dem Geschädigten oder seinen Hinterbliebenen in häuslicher Gemeinschaft leben, ausgeschlossen. Vor Inkrafttreten des SGB X war das sogenannte Familienprivileg lediglich im Privatversicherungsrecht in § 67 Absatz 2 VVG a. F. geregelt, der den Forderungsübergang zu Gunsten eines Versicherungsnehmers ausschloss, sofern sich der Schadenersatzanspruch gegen einen Familienangehörigen richtete, der mit dem Geschädigten in häuslicher Gemeinschaft lebte. Der Wortlaut des § 1542 RVO a. F. kannte das Familienprivileg nicht. Der Sinn und Zweck des im Privatrecht geregelten Familienprivilegs, nämlich die Störung des Familienfriedens sowie mittelbare Belastungen des geschädigten Sozialleistungsempfängers zu vermeiden, war aber auch für den Regress des Sozialversicherungsträgers nach § 1542 RVO a. F. von Bedeutung. Das Familienprivileg schützt also nicht den Familienangehörigen als Schädiger. Der Geschädigte selbst ist vom Schutzzweck des § 116 Abs. 6 SGB X umfasst. Der Familienfrieden des Geschädigten soll nicht dadurch gestört werden, dass ein Sozialleistungsträger einen übergegangenen Anspruch geltend macht. Gleichzeitig dient die Vorschrift dem wirtschaftlichen Schutz des Geschädigten, damit nicht durch den Regress des Sozialleistungsträgers bei einem anderen Familienangehörigen derselben Familiengemeinschaft Vermögenswerte entzogen werden (BGHZ 106, 284). Der Sozialleistungsträger soll also nicht auf der einen Seite Leistungen an den Geschädigten erbringen, die er auf der anderen Seite dem Familienvermögen wieder entzieht. Der Bundesgerichtshof [7] wandte das in § 67 VVG a. F. geregelte Familienprivileg daher schon im Jahr 1964 analog auf den Regress der Sozialversicherungsträger nach § 1542 RVO a. F. an.

## 2.2.1 Familienangehöriger

Der Begriff des (Familien-)Angehörigen ist speziell für den Forderungsübergang des § 116 SGB X nicht ausdrücklich geregelt. In einigen Gesetzen (§ 15 AO 1977, § 11 Absatz 1 Ziffer 1 StGB) existieren jedoch Legaldefinitionen, die durchaus auch für die Auslegung des § 116 Absatz 6 SGB X als Anhaltspunkt dienen können. Demnach sind Angehörige jedenfalls Verwandte und Verschwägere in gerader Linie, der Ehegatte, der Lebenspartner, der Verlobte, auch im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Geschwister, Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister, Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner, und zwar auch dann, wenn die Ehe oder die Lebenspartnerschaft, welche die Beziehung begründet hat, nicht mehr besteht oder wenn die Verwandtschaft oder Schwägerschaft erloschen ist, sowie Pflegeeltern und Pflegekinder.

Für § 116 SGB X ist das Tatbestandsmerkmal des Familienangehörigen durch den Normzweck zu bestimmen. Der Begriff umfasst ohne Rücksicht auf den Grad der Verwandtschaft alle Personen, die miteinander verwandt, verschwägert oder verheiratet sind [8]. Ob wechselseitig gesetzliche Unterhaltspflichten bestehen, ist unerheblich [9]. Lebenspartner nach § 11 LPartG sind in den Anwendungsbereich einbezogen.

Die Frage, ob das Familienprivileg auch auf Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft anzuwenden ist, ist inzwischen höchstrichterlich geklärt. Die nichteheliche Lebensgemeinschaft wird als Verantwortungsgemeinschaft zwischen Mann und Frau definiert, die auf Dauer angelegt ist, daneben keine weitere Lebensgemeinschaft gleicher Art zulässt und sich durch Bindungen auszeichnet, die ein gegenseitiges Entstehen der Partner füreinander begründen, also über die Beziehungen einer Haushalts- und Wirtschaftsgemeinschaft hinausgehen. Um dies beurteilen zu können, müssen Angaben der Beteiligten ausgewertet und unter die Definition subsumiert werden. Für eine nichteheliche Lebensgemeinschaft spricht, wenn beispielsweise Kinder oder andere Angehörige gemeinsam im Haushalt versorgt werden und die Befugnis über Einkommen und Vermögen des anderen Partners zu verfügen besteht. Auch ein gemeinsames Darlehen, dass zur Finanzierung des gemeinsamen Eigenheims gemeinsam zurück gezahlt wird, kann als Kriterium dienen [10]. Die Sachverhaltsaufklärung zu dieser Frage kann in der Praxis erhebliche Probleme bereiten. Für Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft hat der BGH Bedenken hinsichtlich der praktischen Rechtsanwendung jedoch zurückgestellt und wegen des inzwischen stattgefundenen gesellschaftlichen Wandels § 116 Abs. 6 SGB X analog für anwendbar [11] erklärt. Ob Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft im Wortsinne als Familienangehörige anzusehen sind, hat der BGH jedoch offen gelassen.

Auch wenn eine familienrechtliche Beziehung nicht besteht ist ein Pflegekind Familienangehöriger i. S. d. § 116 Abs. 6 SGB X, wenn das Pflegeverhältnis auf Dauer angelegt und mit einer Intensität ausgestattet ist, die die Gleichstellung in einem Familienverband rechtfertigt [12].

## 2.2.2 Häusliche Gemeinschaft

### 2.2.2.1 Definition

Das Familienprivileg greift auch nur dann ein, wenn zwischen den Familienangehörigen bzw. den Partnern einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft eine häusliche Gemeinschaft besteht, die Angehörigen also für eine gewisse Dauer ihren Lebensmittelpunkt in einem gemeinsamen Haushalt begründet haben.

Erforderlich ist also, dass die Angehörigen in einem Haus bzw. einer Wohnung zusammen wohnen und hier ihren Lebensmittelpunkt begründet haben. Ein Lebensmittelpunkt wird durch Herbeiholen von persönlichen Gegenständen begründet [13]. Außerdem ist für eine häusliche Gemeinschaft erforderlich, dass die Einnahmen der Familienangehörigen in eine gemeinsame Familienkasse eingebracht werden bzw. dass die Angehörigen zumindest durch Kostgeld zur gemeinsamen Wirtschaftsführung beitragen [14]. Die häusliche Gemeinschaft ist nicht deshalb aufgehoben, weil ein Angehöriger beispielsweise wegen einer auswärtigen Arbeitsstelle überwiegend anderweitig untergebracht ist. Zwischen einem nichtehelichen oder einem „Scheidungskind“ und seinen getrennt lebenden Eltern ist zu beiden Elternteilen eine häusliche Gemeinschaft gegeben, wenn beide Elternteile die Personensorge gemeinsam ausüben und sich das Kind regelmäßig bei seinem Vater zur Übernachtung aufhält [15].

### 2.2.2.2 Zeitpunkt

Die häusliche Gemeinschaft muss im Zeitpunkt des Schadenereignisses bestehen. Sofern die Voraussetzungen des Familienprivilegs in diesem Zeitpunkt vorliegen, ist der Forderungsübergang ausgeschlossen. Wird die häusliche Gemeinschaft nach diesem Zeitpunkt etwa durch Scheidung der Ehegatten oder Tod des Geschädigten aufgelöst, bleibt der Forderungsübergang gleichwohl ausgeschlossen.

Nach § 116 Absatz 6 Satz 2 SGB X kann ein Ersatzanspruch auch dann nicht geltend gemacht werden, wenn der Schädiger mit dem Geschädigten oder einem Hinterbliebenen nach Eintritt des Schadenereignisses die Ehe geschlossen hat und dann in häuslicher Gemeinschaft lebt.

### 2.2.3 Beweislast

In der Regresspraxis kommt es mitunter zwischen Regressabteilungen der Sozialversicherungsträger und Haftpflichtversicherern zu Unstimmigkeiten darüber, ob die Sozialversicherungsträger oder die Haftpflichtversicherer die Darlegungs- und Beweislast hinsichtlich des Vorliegens der häuslichen Gemeinschaft haben. Die Haftpflichtversicherer vertreten mitunter die Auffassung, die Beweislast liege beim Sozialversicherungsträger, da dieser die Voraussetzungen des Forderungsübergangs zu beweisen habe. Dies schließe die Darlegung und den Nachweis, dass eine häusliche Gemeinschaft nicht vorliegen habe, ein.

Dieser Auffassung ist jedoch nicht zu folgen, da bei Bestehen einer häuslichen Gemeinschaft zwischen Schädiger und Geschädigtem der Forderungsübergang ausgeschlossen ist. Diese Rechtsfolge ist für den Anspruchsgegner günstig, so dass nach den allgemeinen zivilrechtlichen Beweislastregeln der Anspruchsgegner die Beweislast hat. Derjenige, der im eigenen Interesse behauptet, eine häusliche Gemeinschaft zwischen Schädiger und Geschädigten läge vor, muss dies daher auch substantiiert darlegen und beweisen [16].

## 3 Die Anwendbarkeit des Familienprivilegs außerhalb des Anspruchsübergangs nach § 116 SGB X

Das Familienprivileg des § 116 Absatz 6 SGB X beruht auf der Rechtsprechung zu § 1542 RVO [17]. Die damals lediglich in § 67 Absatz 2 VVG a.F. (§ 86 Absatz 3 VVG 2008) geregelte Übergangssperre sollte demnach auch im Sozialversicherungsrecht verhindern, dass der Familiengemeinschaft durch einen Regress des Sozialversicherungsträgers die zuvor an den Geschädigten erbrachten Leistungen wieder entzogen werden. Die Rechtsprechung hat diesen Grundsatz auf alle Fälle des gesetzlichen Forderungsübergangs angewandt, in denen keine ausdrückliche Regelung bestand, und zwar auf § 87a BBG [18] und die entsprechenden Landesbeamtengesetze, auf § 5 Absatz 1 OEG und auf § 81a Absatz 1 Satz 1 BVG [19] sowie auf § 4 LFZG [20], jetzt § 6 EFZG.

Nachfolgend soll auf die teilweise noch streitige rechtswissenschaftliche Diskussion bezüglich der Anwendbarkeit des Familienprivilegs auf Direktansprüche gegen Haftpflichtversicherer, auf Ansprüche auf Beitragsregress nach § 119 SGB X sowie auf den originären Aufwendungsersatzanspruch der Sozialversicherungsträger nach § 110 SGB VII eingegangen werden.

### 3.1 Anwendbarkeit auf Direktansprüche gegen Haftpflichtversicherer

Lange Zeit war fraglich und umstritten, ob das Familienprivileg auch dann eingreift, wenn nicht der Familienangehörige selbst, sondern ein Haftpflichtversicherer die finanziellen Folgen ganz oder teilweise zu tragen hat und der Geschädigte sogar einen Direktanspruch gegen den Haftpflichtversicherer hat. Schädiger, die Versicherungsschutz aus einer Haftpflichtversicherung genießen, haben im Schadenfall einen Anspruch gegen den Haftpflichtversicherer auf Freistellung von berechtigten und Abwehr von unberechtigten Schadenersatzansprüchen. Ein haftpflichtversicherter Schädiger wird daher mit den wirtschaftlichen Folgen eines Schadenersatzanspruches gar nicht belastet, da im Innenverhältnis der Haftpflichtversicherer zur Übernahme des Schadens verpflichtet ist. Es ist somit nicht zu befürchten, dass der Familienfriede oder das Familieneinkommen durch die Inanspruchnahme beeinträchtigt wird. Der BGH hat in seinem Urteil vom 28. November 2000 [21] eine deswegen vom Schrifttum teilweise geforderte teleologische Reduktion des § 116 Absatz 6 SGB X auf Fälle, in denen kein Haftpflichtversicherungsschutz besteht, abgelehnt und das Angehörigenprivileg auch auf Fälle bezogen, in denen ein Direktanspruch nach § 3 Nr. 1 PflVG (§ 115 VVG 2008) besteht. Der Direktanspruch, so der BGH, sei als akzessorisches Recht in seinem Bestand vom Bestehen des Haftpflichtanspruchs abhängig und habe keine selbstständige Bedeutung. Ein gesonderter Übergang nur des Direktanspruchs würde die Akzessorietät durchbrechen und komme daher nicht in Betracht [22].

Aus diesem Urteil folgt, dass der akzessorisch mit dem Direktanspruch gegen den Haftpflichtversicherer verbundene Schadenersatzanspruch in vollem Umfang beim Geschädigten verbleibt, da § 116 Absatz 6 SGB X lediglich eine Übergangssperre darstellt, den Schadenersatzanspruch des Geschädigten aber auch in seiner Höhe nicht beeinträchtigt. Ein Vorteilsausgleich findet nicht statt, so dass die Leistungen eines Sozialversicherungsträgers, die zur Kompensation des Personenschadens aufgewendet werden, nicht auf den Schadenersatzanspruch des Geschädigten angerechnet werden. Dem Geschädigten verbleibt daher die Leistung des Sozialversicherungsträgers als auch der Schadenersatzanspruch gegen seinen Familienangehörigen bzw. dessen Haftpflichtversicherer in vollem Umfang. Ein solches Ergebnis sollte nach der Intention des § 116 SGB X eigentlich vermieden werden.

Zu einem anderen Ergebnis ist der BGH [23] in einem Regressfall gekommen, in dem ein Sozialhilfeträger (§ 28 Abs. 2 SGB I) Leistungen zu regressieren hatte. Sofern der Übergang eines Direktanspruchs auf einen Sozialhilfeträger in Betracht kommt, gelangte der BGH im Wege einer interessengerechten Auslegung des § 116

Absatz 6 SGB X zur Vermeidung eines Normkonflikts zu dem Ergebnis, dass der Direktanspruch aus der Übergangssperre des § 116 Absatz 6 SGB X auszugrenzen ist und der mit dem Direktanspruch verbundene Akzesorietätsgrundsatz hinter dem Subsidiaritätsgrundsatz der Sozialhilfe (§ 2 SGB XII) zurück tritt.

### 3.2 Anwendbarkeit auf den Regress der Rentenversicherer nach § 119 SGB X

War ein Geschädigter vor einem Unfallereignis gesetzlich rentenversichert und werden nach einem Unfallereignis unfallbedingt keine Rentenversicherungsbeiträge mehr abgeführt, stellt § 119 SGB X sicher, dass der Schädiger die hierdurch bedingten Nachteile auszugleichen hat. Soweit der Schadenersatzanspruch eines Versicherten den Anspruch auf Ersatz von Beiträgen zur Rentenversicherung umfasst, geht dieser auf den Versicherungsträger über, wenn der Geschädigte im Zeitpunkt des Schadeneignisses bereits Pflichtbeitragszeiten nachweist oder danach pflichtversichert wird. Der Schädiger hat also den Versicherten im Rahmen der Naturalrestitution so zu stellen, als ob er durchgehend versicherungspflichtig beschäftigt gewesen wäre und entsprechend Beiträge abgeführt worden wären. Die Beiträge zur Rentenversicherung sind Teil des Erwerbsschadens, wobei allerdings die Möglichkeit einer Rentenverkürzung ausreicht, um den Anspruch zu begründen [24]. Ähnlich wie beim Forderungsübergang nach § 116 SGB X bezweckt auch § 119 SGB X, dass der Geschädigte von der Last der Anspruchserhebung insoweit befreit werden soll. Der Rentenversicherungsträger erhält aber nicht die Stellung eines Regressgläubigers, sondern erlangt die Stellung eines Treuhänders des Pflichtversicherten, für den er vom Schädiger die für die Beitragslücken zu verrechnenden Beträge in Empfang nimmt und dem Beitragskonto des Versicherten gutschreibt [25]. Macht der Rentenversicherungsträger den Anspruch nach § 119 SGB X pflichtwidrig nicht rechtzeitig vor Eintritt der Verjährung geltend, kann hierin eine Amtspflichtverletzung liegen, für die der Rentenversicherungsträger einzustehen hat [26]. Der Rentenversicherungsträger erhält hier nicht Ersatz für eine bereits erbrachte Sozialversicherungsleistung. Mit der Ersatzleistung werden Beitragslücken im Beitragskonto des Geschädigten geschlossen.

Ob das Familienprivileg auch den Anspruchsübergang nach § 119 SGB X ausschließt, ist streitig. Das Familienprivileg auch auf Ansprüche nach § 119 SGB X anzuwenden könnte deshalb geboten sein, weil der Durchsetzung des Anspruchs auf Ersatz von Sozialversicherungsbeiträgen ebenfalls der Gedanke des Familienfriedens entgegenstehen könnte. Auch der wirtschaftliche Schutzgedanke könnte eingreifen, da dem Familienhaushalt durch den Regress wirtschaftliche Mittel entzogen werden.

Der BGH [27] hat die entsprechende Anwendung des Familienprivilegs für Ansprüche nach § 119 SGB X jedoch zu Recht abgelehnt. § 119 SGB X gewährt dem Rentenversicherungsträger nicht Ersatz für erbrachte Leistungen. Somit liegt die von § 116 Absatz 6 SGB X vorausgesetzte Lage, dass dem Geschädigten eine ihm gewährte Sozialleistung durch den Rückgriff wieder entzogen wird, nicht vor. Demnach ist nicht das Interesse des Rentenversicherungsträgers auf Rückgriff mit dem Interesse des Geschädigten, nämlich einerseits am uneingeschränkten Ausgleich seines Beitragsschadens und andererseits am ungeschmälernten Erhalt der Familienkasse, abzuwägen, da es allein um Abwägung von Interessen des Geschädigten, nämlich einerseits an uneingeschränktem Ausgleich seines Beitragsschadens und andererseits am ungeschmälernten Erhalt seiner Familienkasse, geht. Das Gesetz lässt im Rahmen der Pflichtversicherung für solche Abwägungen keinen Raum. Auch würde eine entsprechende Abwägung zugunsten der Interessen des Geschädigten an der Vermeidung von Rentennachteilen ausfallen.

Zweck der Norm ist auch, dass sich der Geschädigte gerade nicht selbst um die Verfolgung seiner Schadenersatzansprüche kümmern muss. Die Anwendung des Familienprivilegs auf Ansprüche nach § 119 SGB X würde aber gerade wiederum dazu führen, dass der Geschädigte selbst seine berechtigten Ansprüche verfolgen müsste, um Beitragslücken zu vermeiden.

Somit kommt eine analoge Anwendung des Familienprivilegs nach § 116 Absatz 6 SGB X auf Ansprüche nach § 119 SGB X nicht in Betracht.

### 3.3 Anwendbarkeit des Familienprivilegs auf den originären Erstattungsanspruch der Sozialversicherungsträger nach § 110 SGB VII

Die Diskussion, ob das Familienprivileg auf den originären Erstattungsanspruch der Sozialversicherungsträger analog anwendbar ist, ist aktuell neu aufgekommen [28].

#### 3.3.1 Der originäre Erstattungsanspruch der Sozialversicherungsträger

Das Haftungsprivileg der §§ 104 ff. SGB VII beschränkt die zivilrechtliche Haftung der Unternehmer bzw. der im Betrieb tätigen Personen. Der Geschädigte hat nur dann einen Schadenersatzanspruch, wenn der Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt wird oder sich auf einem nach § 8 Abs. 2 Ziff. 1 – 4 SGB VII versicherten Weg ereignet. Die Versicherungsleistungen der Unfallversicherung mindern auch in diesen Fällen einen etwaigen Schadenersatzanspruch des Geschädigten, da nach

den zivilrechtlichen Vorschriften der Geschädigte nicht mehr, aber auch nicht weniger bekommen soll, als zur Kompensation seines Schadens erforderlich ist. Soweit ein Haftungsprivileg eingreift, findet ein Forderungsübergang nach § 116 SGB X jedoch ausdrücklich nicht statt (§ 104 Absatz 1 Satz 2 SGB VII).

Das Haftungsprivileg entlastet aus Gründen des Betriebsfriedens den Schädiger, was damit gerechtfertigt wird, dass die Unternehmer für die Beiträge zur Unfallversicherung allein aufkommen.

Der Gesetzgeber hat jedoch mit der Vorschrift des § 110 SGB VII einen eigenen originären Ersatzanspruch der Sozialversicherungsträger geschaffen. Der Aufwendungsersatzanspruch bezweckt zum einen die Schadenshaltung des Sozialversicherungsträgers, aber auch erzieherische Gesichtspunkte sind vom Normzweck umfasst. An vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten sind wirtschaftliche Folgen geknüpft, die zu Rücksicht auf Leben und Gesundheit anderer anhalten sollen. Mit Wirkung vom 01.01.1997 ist diese Vorschrift an die Stelle des bis dahin geltenden § 640 RVO getreten. Anders als § 640 RVO sieht § 110 SGB VII eine Beschränkung des Ersatzanspruchs auf die Höhe des zivilrechtlichen Schadens vor. Die Beschränkung auf den zivilrechtlichen Schaden verhindert Nachteile für den Schädiger, der im Falle des Eingreifens des Haftungsprivilegs nicht über den zivilrechtlichen Schaden hinaus haften soll.

Gegenüber den Sozialversicherungsträgern haftet ein Schädiger nach § 110 Absatz 1 SGB VII auf Aufwendungsersatz, sofern er den Versicherungsfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt hat. Nach § 110 Absatz 2 SGB VII obliegt dem Sozialversicherungsträger die Entscheidung, ob nach billigem Ermessen, insbesondere unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Schuldners, auf den Ersatzanspruch ganz oder teilweise verzichtet werden kann.

Da § 104 Absatz 1 Satz 2 SGB VII einen Forderungsübergang bei Eingreifen des Haftungsprivilegs ausschließt und der Aufwendungsersatzanspruch nach § 110 SGB VII kein übergegangener, sondern ein originärer Anspruch ist, scheidet die direkte Anwendung des Haftungsprivilegs für Familienangehörige nach § 116 Absatz 6 SGB X auf diesen Anspruch aus.

### 3.3.2 Der Meinungsstand zur Frage der analogen Anwendung des Familienhaftungsprivilegs auf den originären Ersatzanspruch

Bereits im Jahr 1978 hatte sich der BGH [29] mit der Frage zu befassen, ob das Familienprivileg des § 67 Absatz 2 VVG a.F. (§ 86 Absatz 3 VVG 2008) analog auf den originären Ersatzanspruch des Sozialversiche-

rungsträgers nach § 640 RVO (heute § 110 SGB VII) anwendbar ist. Wie § 110 Absatz 2 SGB VII eröffnete die Vorschrift des § 640 Absatz 2 RVO den Sozialversicherungsträgern die Möglichkeit, im Rahmen einer Billigkeitsentscheidung auf den Aufwendungsersatzanspruch ganz oder teilweise zu verzichten. Der BGH sah die Voraussetzungen für eine analoge Anwendung des Familienhaftungsprivilegs nicht als gegeben an, da es an einer planwidrigen Regelungslücke fehlte, da § 640 Absatz 2 RVO den Sozialversicherungsträgern die Möglichkeit eröffnete, im Rahmen der Billigkeitsentscheidung ganz oder teilweise auf den Ersatzanspruch zu verzichten. Betroffene Schuldner haben einen Anspruch auf fehlerfreie Ausübung des Ermessens. In diese Ermessensentscheidung haben nicht nur die wirtschaftlichen Verhältnisse einzufließen, sondern alle für die Entscheidungsfindung relevanten Gründe wie beispielsweise der Familienfrieden.

Mit der Einführung des § 110 SGB VII ist die Diskussion, ob eine analoge Anwendung des Familienprivilegs auf den originären Ersatzanspruch in Betracht kommt, wieder aufgenommen worden. Einige, der Versicherungswirtschaft nahestehenden Autoren [30], sehen die Voraussetzungen für eine analoge Anwendung mit der Begründung, der Ersatzanspruch sei im Gegensatz zur Vorschrift des § 640 RVO nun auf die Höhe des zivilrechtlichen Schadens begrenzt und anderenfalls wäre ein Haftungsprivilegiertes gegenüber einem nicht Haftungsprivilegierten benachteiligt, als gegeben an.

Das Oberlandesgericht Koblenz [31] hatte sich in einer bisher noch nicht rechtskräftigen Entscheidung in jüngerer Vergangenheit mit dieser Frage zu befassen, und eine analoge Anwendung des Familienhaftungsprivilegs auf den originären Ersatzanspruch verneint. Eine Regelungslücke liegt nach Auffassung des OLG Koblenz nicht vor, da die familiäre Beziehung zwischen Geschädigtem und Schädiger im Rahmen der Ermessensentscheidung nach § 110 Absatz 2 SGB VII zu berücksichtigen ist.

### 3.3.3 Stellungnahme

Küppersbusch/Höher, die die analoge Anwendung des Familienprivilegs auf den originären Ersatzanspruch wegen der Beschränkung des Anspruchs auf den zivilrechtlichen Schadenersatz befürworten, verschweigen, dass der zivilrechtliche Schadenersatzanspruch als solcher durch das Familienprivileg gar nicht tangiert wird. Sofern die familienrechtliche Beziehung auf das Bestehen oder Nichtbestehen eines Schadenersatzanspruchs über die §§ 1359, 1664 BGB bzw. § 4 LPartG Einfluss hat, ist dem selbstverständlich durch die gesetzlich bereits vorgesehene Beschränkung des originären Ersatzanspruchs auf den zivilrechtlichen Schaden bereits Rechnung getragen. Da der Gesetzgeber dies

nun im Gegensatz zu dem früher geltenden § 640 RVO ausdrücklich geregelt hat, liegt insoweit erst recht keine Regelungslücke vor.

§ 110 SGB VII stellt einen eigenständigen originären Anspruch des Sozialversicherungsträgers dar, während § 116 Absatz 1 SGB X Ansprüche des Geschädigten auf den Sozialversicherungsträger überleitet. § 116 Absatz 6 SGB X vernichtet den bestehenden Schadenersatzanspruch eines Familienangehörigen nicht, sondern hindert lediglich den Forderungsübergang auf den Sozialversicherungsträger. Die unterschiedliche Rechtsnatur zwischen originärem und übergeleitetem Anspruch spricht gegen eine Anwendung des Familienprivilegs auf den Aufwendungsersatzanspruch nach § 110 SGB VII. Dieser Anspruch ist anders als der Direktanspruch gegen den Kfz-Haftpflichtversicherer nicht im Sinne der Akzessorietät vom Bestehen eines anderweitigen zivilrechtlichen Schadenersatzanspruchs abhängig. Der zivilrechtliche Schadenersatzanspruch des Geschädigten begrenzt den Aufwendungsersatzanspruch lediglich der Höhe nach.

Jahnke und Vatter halten die analoge Anwendung außerdem für erforderlich, um eine Schlechterstellung des haftungsprivilegierten Schädigers gegenüber dem nicht haftungsprivilegierten Schädiger zu vermeiden. Die Inanspruchnahme eines haftungsprivilegierten Schädigers kommt jedoch von vornherein nur dann in Betracht, wenn er den Versicherungsfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbei geführt hat, während der Forderungsübergang nach § 116 SGB X wegen aller in Betracht kommenden Schadenersatzansprüche, unabhängig vom Grad des Verschuldens auch für vermutetes Verschulden sowie verschuldensunabhängig aus Gefährdungshaftung eintreten kann. Die Schlechterstellung eines Haftungsprivilegierten kommt schon deshalb nicht in Betracht.

Die durch das Haftungsprivileg der §§ 104 ff. SGB VII bezweckte Wahrung des Betriebsfriedens besteht nicht grenzenlos. Vorsätzliches und grob fahrlässiges Verhalten soll unter erzieherischen Gesichtspunkten gleichwohl zu wirtschaftlichen Konsequenzen führen. Die Familie wird darüber hinaus durch Art. 6 GG besonders geschützt. Den Auswirkungen der Inanspruchnahme eines Familienangehörigen auf das Familieneinkommen und den Familienfrieden wird jedoch durch die in § 110 Absatz 2 SGB VII normierte Billigkeitsentscheidung begegnet. Insoweit haben hiervon Betroffene einen gerichtlich nachprüfbaren Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung. Die wirtschaftlichen Auswirkungen einer Inanspruchnahme auf die Familie sind ebenso wie die Auswirkungen auf den Familienfrieden in die Ermessensentscheidung, die ggf. richterlicher Kontrolle unterliegt, einzubeziehen. Nicht vergessen werden darf jedoch, dass wohl ein Unfallereignis selbst, vollkommen unabhängig von einer nachfolgenden Inanspruchnahme

des Verursachers, bereits erhebliche Auswirkungen auf den Familienfrieden haben kann. Ein Unfallereignis kann so erhebliche Folgen für den Geschädigten nach sich ziehen, dass das familiäre Zusammenleben hierdurch nachhaltig beeinträchtigt wird. Demgegenüber können die Auswirkungen der Inanspruchnahme eines haftpflichtversicherten Schädigers durch einen Sozialversicherungsträger marginal sein, wenn sie im Rahmen der Ermessensentscheidung wegen des besonderen gesetzlichen Schutzes, unter dem die Familie steht, auch nicht außer Betracht bleiben können.

Da also eine Regelungslücke fehlt, sind die Voraussetzungen einer Analogie nicht gegeben.

## 4 Fazit

Ebenso wie die Ehe steht die Familie gem. Art 6 GG unter dem besonderen Schutz der staatlichen Ordnung. Folgerichtig hat die Rechtsprechung in seiner Rechtsprechung zu § 1542 RVO das zunächst nur für den Regress privater Versicherer geregelte Familienprivileg auf den Regress der Sozialversicherungsträger und andere öffentlich-rechtliche Forderungsübergangsvorschriften im Wege der Analogie ausgeweitet. Mit dem SGB X hat der Gesetzgeber diese von der Rechtsprechung entwickelte Analogie in § 116 Absatz 6 SGB X kodifiziert.

Auf den Regress von Sozialhilfeträgern findet das Familienprivileg jedoch zur Vermeidung eines Normkonflikts keine Anwendung, soweit ein Direktanspruch gegen einen Haftpflichtversicherer gegeben ist.

Auf den Regress der Rentenversicherungsträger nach § 119 SGB X findet das Familienprivileg keine Anwendung, da hier allein Interessen des Geschädigten betroffen sind und die Rentenversicherungsträger nicht Regressgläubiger, sondern Treuhänder der Geschädigten sind.

Für eine analoge Anwendung des Familienprivilegs auf den originären Aufwendungsersatzanspruch der Sozialversicherungsträger fehlt es an einer Regelungslücke. Familienrechtliche Haftungsbeschränkungen haben bereits Auswirkungen auf die Höhe des zivilrechtlichen Schadens des Geschädigten, der den Aufwendungsersatzanspruch begrenzt. Die Auswirkungen der Inanspruchnahme sind ebenso wie die wirtschaftlichen Aspekte im Rahmen der Billigkeitsentscheidung nach § 110 Absatz 2 SGB VII ermessensfehlerfrei zu berücksichtigen.

## Quellen

- [1] <http://www.agrarheute.com/news/eu-baeuerliche-familien-rueckgrat-landwirtschaft>. (08.06.2016)
- [2] BGBl. I 1982, 1450.
- [3] BGH, Urt. v. 12.04.2011 – VI ZR 158/10, VersR 2011, 775 ff.
- [4] Kater in Kasseler Kommentar, § 116 SGB X, Rz. 8.
- [5] BGBl. I 1989, 2261 (Rentenreformgesetz 1992).
- [6] Zuvor erfolgte dieser „Regress“ nach § 119 SGB X i. V. m. § 224 Absatz 2 SGB V. (4. Euro-Einführungsgesetz).
- [7] BGH, Urt. v. 11.02.1964 – VI ZR 271/62, NJW 1964, 860.
- [8] BGH, Urt. v. 15.01.1980 – VI ZR 270/78, VersR 1980, 644, 645; BGH, Urt. v. 01.12.1987, VI ZR 50/87, BGHZ 102, 257.
- [9] BGH, Urt. v. 15.01.1980 – VI ZR 270/78, VersR 1980, 644.
- [10] BGH, Urt. v. 22.04.2009 – IV ZR 160/07, NJW 2009, 2062 ff.
- [11] BGH, Urt. v. 05.02.2013 – VI ZR 274/12, VersR 2013, 520 ff.
- [12] OLG Stuttgart, Urt. v. 13.08.1992 – 11 U 36/92, VersR 1993, 724 f.
- [13] BGH, Urt. v. 15.01.1980 – VI ZR 270/78, VersR 1980, 645.
- [14] OLG Frankfurt/Main, Urt. v. 30.09.1982 – 1 U 179/81, VersR 1984, 254 f.
- [15] BVerfG, Beschluss vom 12.10.2010 – 1 BvL 14/09, FamRZ 2010, 2050 ff.
- [16] so auch LG Osnabrück, Urt. vom 09.06.2015 - 12 O 2753/14.
- [17] vgl. BGH, Urt. v. 11.02.1964 – VI ZR 271/62, BGHZ, 41, 79 - 84.
- [18] BGH, Urt. v. 08.01.1965, - VI ZR 234/63, BGHZ 43, 72 - 80.
- [19] BGH, Urt. v. 28.06.2011 – VI ZR 194/10, VersR 2011, 1204 ff.
- [20] BGH, Urt. v. 04.03.1976 – VI ZR 60/75, VersR 1976, 567 ff.
- [21] BGH, Urt. v. 28.11.2000 – VI ZR 352/99, VersR 2001, 215 f.
- [22] so schon BGH, Urt. v. 05.12.1978 – VI ZR 233/77, VersR 1979, 256 ff.
- [23] BGH, Urt. v. 19.07.1996 – VI ZR 5/95, VersR 1996, 1258 ff.
- [24] BwGH, Urt. v. 09.05.1995 – VI ZR 124/95, VersR 1995, 1076.
- [25] Kater in Kasseler Kommentar, § 119 SGB X, Rz. 3.
- [26] OLG München, Urt. v. 24.05.2012 – 1 U 3366/11, NZS 2012, 862 ff.; OLG Celle, Urt. v. 27.06.2012 – 14 U 193/10, VersR 2013, 1052 (1058).
- [27] BGH, Urt. vom 24.01.1989, Az.: VI ZR 130/88, BGHZ 106, 284-295.
- [28] Vgl. OLG Koblenz, Urt. v. 20.07.2015 - 12 U 948/14, UV-Recht Aktuell, 2015, 558 ff.; Jahnke/Vatter, Das sozialrechtliche Angehörigenprivileg beim Arbeitsunfall im Familienkreis, NJW 2016, 1477 ff.
- [29] BGH, Urt. v. 18.10.1977 – VI ZR 62/76, VersR 1978, 35.
- [30] Küppersbusch, Höher, Ersatzansprüche bei Personenschaden, 11. Auflage, Rz. 565; Jahnke/Vatter, NJW 2016, 1477 ff.
- [31] OLG Koblenz, aaO.









