

Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft

2²⁰²⁵

In diesem Heft

Sebastian Dittmar

Forschungsprojekt zur Verbreitung und Schutzwirkung
von Kabinen im Pflanzenschutz

PD Dr. Christine Niens

Belastungen pflegender Landwirtinnen –
Eine rekonstruktive Analyse im biographischen Kontext

Karl Friedrich Köhler

Wunsch- und Wahlrechte bei Leistungen zur Teilhabe gemäß
§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

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



Herausgeber

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

www.svlfq.de

Weißensteinstraße 70-72
34131 Kassel

Telefon: 0561 785-16014

E-Mail: kommunikation@svlfq.de

Redaktion

Martina Opfermann-Kersten, Kathrin Thum, Denise Gundlach, Karin Binz

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

Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft

2²⁰²⁵

In diesem Heft

Sebastian Dittmar

Forschungsprojekt zur Verbreitung und Schutzwirkung
von Kabinen im Pflanzenschutz

Seite 4

PD Dr. Christine Niens

Belastungen pflegender Landwirtinnen –
Eine rekonstruktive Analyse im biographischen Kontext

Seite 12

Karl Friedrich Köhler

Wunsch- und Wahlrechte bei Leistungen zur Teilhabe gemäß
§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

Seite 20

Forschungsprojekt zur Verbreitung und Schutzwirkung von Kabinen im Pflanzenschutz in Deutschland

Sebastian Dittmar, MBA

Eine gemeinsame Studie [1] von Julius Kühn-Institut (JKI) – Institut für Anwendungstechniken im Pflanzenschutz, Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL), und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) im Zeitraum 2020-2024 untersuchte, inwieweit verschiedene geschlossene Fahrerkabinen an landwirtschaftlichen Traktoren bei der Anwendung von Pflanzenschutzmitteln den Schutz der Fahrer ermöglichen. Es wurde festgestellt, dass gut abgedichtete Kabinen der Kategorie 2[2] und höher den Fahrer effektiv vor Exposition schützen, sodass unter bestimmten Bedingungen auf das Tragen Persönlicher Schutzausrüstung (PSA) für Haut und Augen verzichtet werden kann. Der Schutz des Fahrers hängt jedoch vom technischen Design und der Handhabung des jeweiligen Kabinentyps ab und lässt sich in Kabinen-Kategorien mit unterschiedlichen Schutzniveaus einteilen.*

Im Folgenden werden die für die SVLFG relevanten Inhalte der Studie wiederholt und in Bezug auf den Sicherheits- und Gesundheitsschutz eingeordnet.

1 Hintergrund

Der Anwenderschutz im Pflanzenschutz ist integraler Bestandteil des Risikomanagements und zielt darauf ab, die Exposition von Anwendern gegenüber Pflanzenschutzmitteln (PSM) auf ein akzeptables Niveau zu begrenzen. Zentrale Aspekte umfassen:

- (1) Risikobewertung vor jeder Anwendung, basierend auf Stoffdaten, Expositionspfaden und Nutzungsszenarien;
- (2) technischer Schutz der Expositionswege durch geschlossene oder halbgeschlossene Spritzsysteme

(Closed Transfer Systems, CTS) automatische Misch- und Dosiersysteme sowie Abfüll- und Lagerungseinrichtungen mit Absaug- und Abscheideapparaturen;

- (3) organisatorische Maßnahmen wie umfassende Schulung, Betriebsanweisungen, Wartezeiten, Rückstausicherung bei Tankfüllprozessen und Zugangsbeschränkungen zu sensiblen Bereichen;
- (4) Verwendung geeigneter PSA) entsprechend der Gefährdungsbeurteilung inklusive Kopf-, Augen-, Atem-, Haut- und Fußschutz;

Abbildung 1: Ausbringen von Pflanzenschutzmitteln im Ackerbau



- (5) regelmäßige Kalibrierung und Wartung von Geräten inklusive Druck- und Spritzdruckkontrollen, Düsenverschleißüberwachung sowie Systemintegrität;
- (6) sichere Lagerung, Kennzeichnung, Transport und Entsorgung von Reststoffen, Gebinden und Abfällen gemäß geltender Normen und Vorschriften;
- (7) Notfallmanagement mit klar definierten Notfallplänen, Alarm- und Evakuierungsroutinen sowie Zugang zu Notfallmaßnahmen wie Dekontaminationseinrichtungen;
- (8) Monitoring und kontinuierliche Verbesserung durch Risikobewertungen, Vor-Ort-Beobachtungen, biologische Monitoringdaten und Dokumentation aller Expositions- und Schutzmaßnahmen. Durch systematische Implementierung dieser Maßnahmen lassen sich Gesundheitsrisiken für Anwenderinnen und Anwender sowie Umweltbelastungen signifikant reduzieren.

Geschlossene Fahrerinnenkabinen sind ein wichtiger Bestandteil in der Risikobewertung. Durch die Veröffentlichung der harmonisierten Norm DIN EN 15695-1 „Landwirtschaftliche Traktoren und selbstfahrende Pflanzenschutzgeräte – Schutz der Bedienungsperson (Fahrer) vor gefährlichen Substanzen“, die besondere Anforderungen an den Kabinenbau von Traktoren festlegt, wurden im Jahr 2009 erstmals technische Anforderungen an Kabinen und im Teil 2 an Filtersysteme definiert. Diese Entwicklung musste nachgelagert auch in der Risikobeurteilung von Pflanzenschutzmitteln Berücksichtigung finden. Insbesondere die Anwendung unter möglichst realen Feldbedingungen stand bei der Studie im Fokus.

Bisher war die wissenschaftliche Überprüfung der Schutzwirkung von Kabinen unzureichend, weshalb die Studie entwickelt wurde, um diese Lücke zu schließen. In einer Literaturrecherche wurde die Veröffentlichung „Anwenderexposition und -risiko beim Ausbringen von Pflanzenschutzmitteln“ [3] aus dem Jahr 1984 ermittelt. Spätere Studien konnten nicht ermittelt werden.

2 Aufbau der Studie

Die Studie gliedert sich in zwei wesentliche Teile. Zu Beginn wurde der Frage des Ist-Standes der Kabinen in Deutschland nachgegangen. Dies erfolgte durch eine Onlinebefragung von 4.199 Personen.

Abbildung 2: Schematische Darstellung der Studie



Seit 2009 sind in Deutschland bestimmte Kabinenkategorien (3 und 4 nach EN 15695-1/2009) anerkannt, die den Einsatz von Pflanzenschutzmitteln ohne zusätzliche PSA ermöglichen. Seit 2020 wurde die Kategorie 2* eingeführt, die eine geschlossene Kabine mit Klimaanlage und Luftfiltration umfasst. Das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) ist für die Festlegung dieser rechtlichen Rahmenbedingungen verantwortlich. Das Forschungsprojekt zielt darauf ab, die tatsächliche Verbreitung dieser Kabinenkategorien zu erfassen und die Schutzwirkung der jeweiligen Ausstattungen zu bewerten.

Wie verbreitet sind welche Kabinen? Mittels Fragebögen wurden im ersten Teil demografische Daten zur Person sowie Daten zur Struktur und Lage des Betriebs erfasst. Im zweiten Teil ging es um die technische Ausstattung und Nutzung der Fahrzeuge. Insgesamt konnten 4.199 Fragebögen ausgewertet werden. Die demografischen Ergebnisse, wie Betriebsgröße, Standort, Betriebsart und Nutzerprofil, sowie technische Ausstattung und Nutzungsverhalten, liegen nahe an den Daten des Statistischen Bundesamtes. Zwar waren größere Betriebe leicht überrepräsentiert, trotzdem lieferte die Umfrage profunde Informationen über die Verbreitung der Kabinenkategorien in der landwirtschaftlichen Praxis im Pflanzenschutz in Deutschland.

Die Auswertung zeigt, dass es in den letzten 10 Jahren zu einer signifikanten Zunahme von Kabinen der Kategorie 3 und 4 in der Praxis gekommen ist, mit einem etwas höheren Anteil bei den größeren Betrieben (siehe Abbildung 3). In Bezug auf die Betriebsform ist der

Anteil von Kategorie 3- und 4-Kabinen, insbesondere im Obstbau, in den Spezialkulturen und bei den Lohnunternehmen, höher. Die Umfrage lieferte weitere Ergebnisse, unabhängig von der Kabinenkategorie. Es zeigte sich, dass das Wechselintervall bei den Zuluft-Filtern in den meisten Fällen kleiner als 2 Jahre ist, dass 40 % der Befragten angeben, ihre Kabinen nach der Applikation von Pflanzenschutzmitteln zu reinigen und knapp 90 % der Anwender sich in ihrer Kabine gut gegen Pflanzenschutzmittel geschützt fühlen. Die Ergebnisse sind plausibel und decken sich mit früheren Annahmen. Mit der Veröffentlichung der Ergebnisse liegen jetzt stichhaltige Informationen zu diesem Thema vor.

3 Ergebnisse im Detail

Verbreitung der Kabinenkategorien: Die Daten zeigen, dass die meisten Landwirte Kabinen der Kategorien 2 und 2* nutzen. Die Nutzung der Kategorie 4 ist noch vergleichsweise gering, wächst jedoch.

Wartung und Reinigung: Die meisten Nutzer wechseln die Luftfilter alle zwei Jahre oder häufiger. Rund 40 %

reinigen ihre Kabine nach dem Einsatz von Pflanzenschutzmitteln.

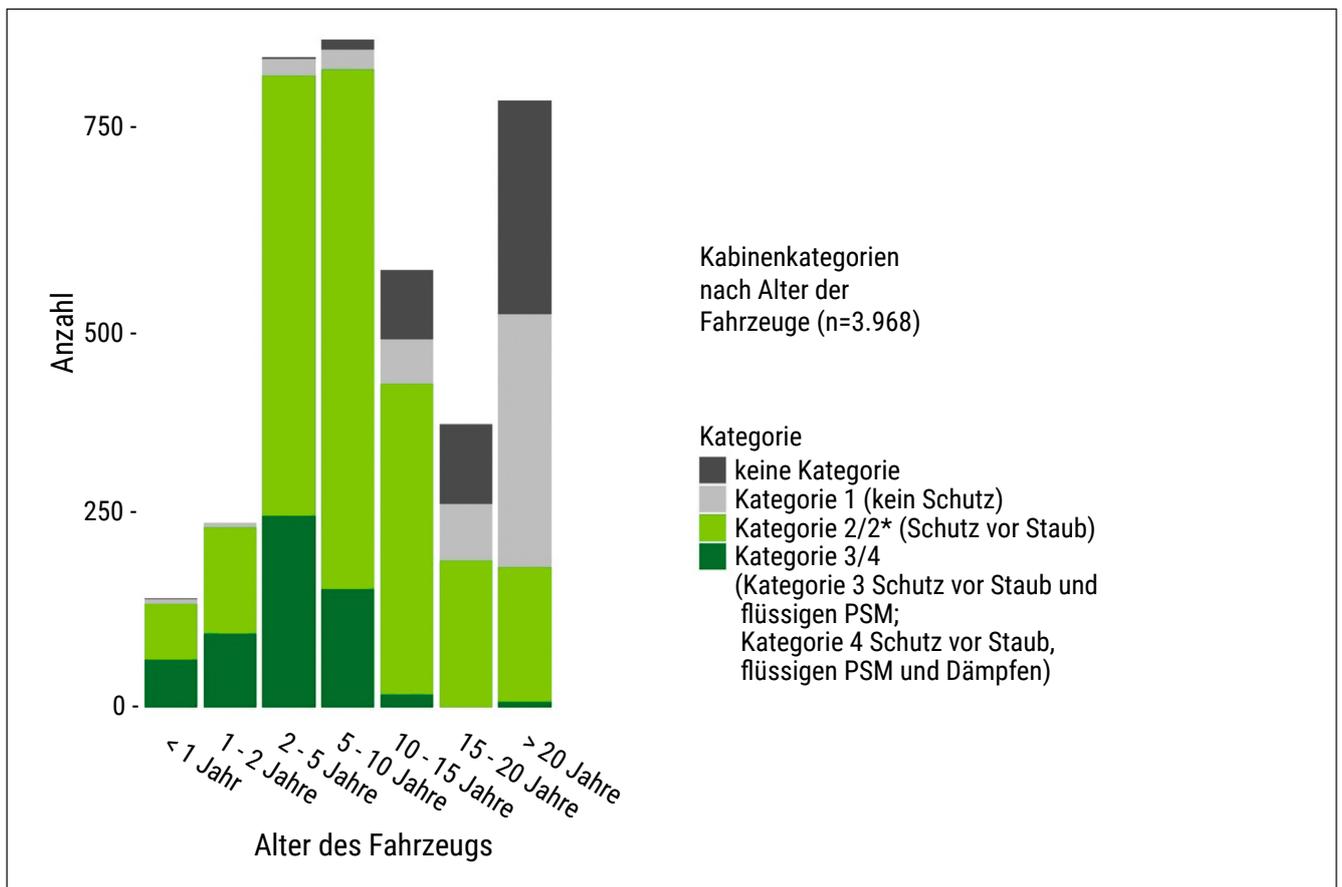
Schutzgefühl: Fast 90 % der Befragten empfinden sich in ihrer Kabine gut vor Pflanzenschutzmitteln geschützt, was auf eine hohe Akzeptanz und Wirksamkeit der Kabinen hinweist.

Praxisverhalten: Die Ergebnisse bestätigen, dass die meisten der befragten Landwirte die Schutzmaßnahmen ernst nehmen und regelmäßig Wartung und Reinigung durchführen.

Bedeutung der Ergebnisse

Die Studie liefert eine wichtige Datenbasis für die Bewertung der Schutzwirkung verschiedener Kabinenkategorien. Sie unterstützt die gesetzliche Einordnung und zeigt, dass die Nutzung geschlossener Kabinen mit Luftfiltration (Kategorie 2*) noch ausbaufähig ist. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für zukünftige Forschungsarbeiten, politische Entscheidungen und die Weiterentwicklung von Arbeitsschutzmaßnahmen im Pflanzenschutz.

Abbildung 3: Darstellung zur Verteilung der Kabinenkategorien nach Alter der Fahrzeuge



Feldstudie

Der zweite und zentrale Teil der Studie beinhaltet die Messung der Exposition unter Feldbedingungen.

Rolle der Organisationen

JKI: Das JKI übernimmt die zentrale Rolle bei der Durchführung der Studie. Es sammelt die Daten durch eine groß angelegte Umfrage, analysiert die Verbreitung der Kabinenarten in der landwirtschaftlichen Praxis und bewertet die Schutzwirkung anhand der erhobenen Daten. Das JKI ist somit der wissenschaftliche Partner, der die Datenbasis schafft und die Ergebnisse interpretiert.

BVL: Das BVL ist für die rechtliche Einordnung und die Festlegung der gesetzlichen Vorgaben zuständig. Es legt fest, welche Kabinenkategorien anerkannt werden und welche Schutzstandards gelten.

SVLFG: Die SVLFG ist in der Praxis für die Beratung, Schulung und Umsetzung von Arbeitsschutzmaßnahmen zuständig. Sie wird in der Praxis die Empfehlungen zur Nutzung der Kabinen und PSA umsetzen und die Arbeitssicherheit der Landwirte fördern.

4 Methodik der Studie

Bei den ersten Tests wurde festgestellt, dass in der Fahrzeugkabine nur sehr geringe Expositionen zu erwarten sind (BVL 2021). Daher mussten geeignete Messmethoden und Trägermaterialien für die quantitative Bestimmung dieser geringen Mengen entwickelt werden. Die angewandte Analyseverfahren (Fluorimetrie) ist eine Anpassung der Standard-Driftmessmethode des JKI. Während der Testversuche wurden verschiedene Traktortypen mit unterschiedlichen Kabinenkategorien verwendet, um ihre Expositionsminde rungswirkung für die Bediener zu vergleichen.

Der nur mit einer Umsturzsicherungsrichtung (USV) ausgestattete Traktor Kramer KL400 (Kabinenkategorie 1 gemäß EN 15695) stellt den Referenzwert von 100 % Exposition dar. Als Kabine der Kategorie 2* gemäß BVL-Definition wurde ein Traktor New Holland TN 70 NA verwendet. Darüber hinaus wurde ein New Holland T4.100N eingesetzt, der mit zwei verschiedenen Filtersystemen, die im Modus Kat. 2 bzw. Kat. 4 betrieben werden können, im Versuch verwendet. Der Standardmodus ist Kat. 2, der Modus Kat. 4 kann bei Bedarf eingestellt werden.

Abbildung 4: Verwendete Traktoren für den Feldversuch

Cat. 1: Kramer KL400.



Cat. 2*: New Holland TN 70 NA



Cat. 2 and 4: New Holland T4.100N



Basierend auf den Ergebnissen der Vorversuche wurde in den praktischen Versuchen ein Obstbaumsprühgerät als Worst-Case-Szenario verwendet: Die Farbstofflösung wurde mit einem Wanner K1000 Luftspritzgerät aufgebracht.

Die Messversuche wurden in 4 unabhängigen Messkampagnen während der Projektlaufzeit durchgeführt.

Abbildung 5: Messaufbau im Inneren beim Feldversuch



Abbildung 6: Messaufbau innerhalb der Kabine

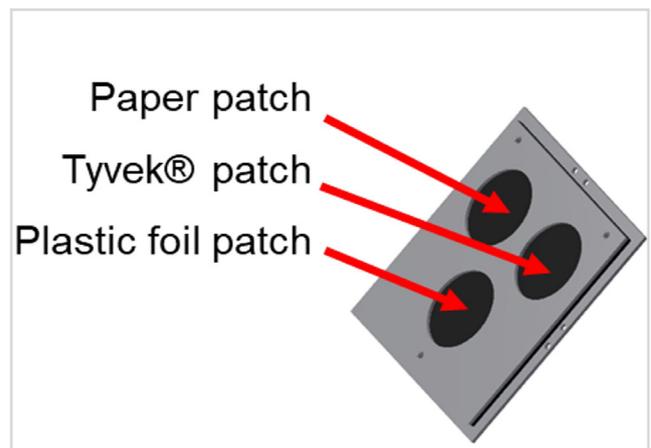


Abbildung 7: Ausbringen mittels eines gebläseunterstützten Pflanzenschutzgeräts



5 Zusammenfassung

Das Projekt unterstreicht die zentrale Rolle des JKI bei der wissenschaftlichen Begleitung und Bewertung der Schutzmaßnahmen. Das BVL sorgt für die rechtliche Einordnung, während die SVLFG in der Praxis die Umsetzung und Schulung übernimmt. Gemeinsam tragen diese Organisationen dazu bei, die Arbeitssicherheit im Pflanzenschutz weiter zu verbessern und den Schutz der Landwirte zu erhöhen.

Dabei wurden sowohl Feld- als auch Labortests durchgeführt. Für die Messung der äußeren Kontamination der Kabinen wurden verschiedene Dosimeter verwendet. Die innere Exposition wurde durch Messung an Schutzkleidung (Overalls und Handschuhe) für die Dermalbelastung sowie durch Aerosolsammler für die Inhalation ermittelt.

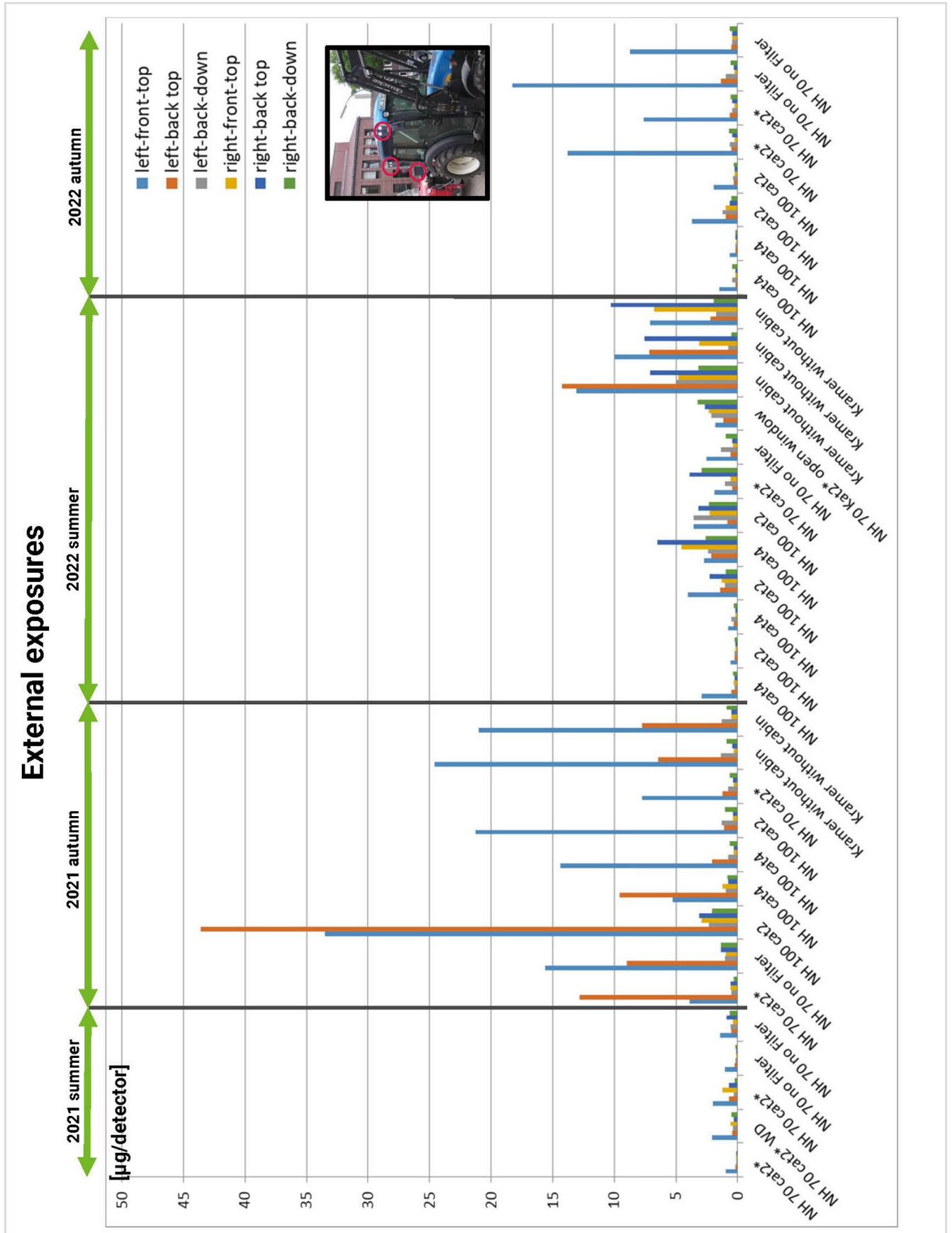
Die Tests erfolgten an Traktoren mit unterschiedlichen Kabinentypen, wobei ein luftunterstützter Obstbaumspritzeneinsatz als Worst-Case-Szenario diente. Zusätzlich wurde eine Labormethode entwickelt, um die Filtereffizienz unter kontrollierten Bedingungen zu bewerten und mit den Feldmessungen zu vergleichen.

Die Ergebnisse zeigten, dass die Exposition im Inneren der Kabinen generell niedrig ist und nicht signifikant mit dem Kabinentyp korreliert. Alle getesteten Kabinenarten boten einen erheblichen Schutz vor Haut- und Inhalationsbelastung, unabhängig von ihrer Kategorie (siehe Abbildung 8).

Im Forschungsbericht werden verschiedene Kabinentypen verglichen, die nach den europäischen Normen (EN 15695) in Kategorien eingeteilt sind. Dabei wurden Kabinen der Kategorien 1, 2, 3 und 4 betrachtet. Die Referenz ist eine Kabine der Kategorie 1 (Kramer KL400), die nur mit einer Umsturzschutzvorrichtung (USV) ausgestattet ist und somit keinen Schutz gegen Pflanzenschutzmittel bietet. Als Vergleichsobjekte wurden Kabinen der Kategorie 2* (z. B. New Holland TN 70 NA) sowie Kabinen der Kategorie 2 und 4 (z. B. New Holland T4.100N mit variabler Filtertechnik) herangezogen.

Bei der Bewertung des Schutzpotenzials wurden Kriterien wie die technische Bauweise, die Luftdichtheit und die Filtertechnik der Kabinen berücksichtigt. Es wurde untersucht, inwieweit die Kabinen die Exposition gegenüber Pflanzenschutzmitteln durch dermale und inhalative Wege reduzieren. Dabei wurde auch die Fähigkeit der Kabinen geprüft, die Belastung durch die Anwendungssituation (z. B. Sprühen im Obstbau) zu minimieren, insbesondere in Worst-Case-Szenarien, wie z. B. bei einem verstopften Düsenkopf.

Abbildung 8: Übersicht der Messergebnisse



Die Untersuchung ist deshalb von hoher Bedeutung, weil seit 2018 die gesetzlichen Vorgaben für den Schutz bei der Anwendung von Pflanzenschutzmitteln verschärft worden sind. Die neuen Regelungen, insbesondere im Rahmen der EU-Pflanzenschutzmittelverordnung, fordern eine bessere Schutzwirkung durch technische Maßnahmen (z. B. luftdichte Kabinen) und eine klare Regelung der PSA-Pflichten.

„Der Beschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirats (ÄSVB) mit der wissenschaftlichen Empfehlung, der die generelle Eignung bestimmter Stoffe aus dem Bereich der chemischen Pflanzenschutzmittel zur Verursachung des Morbus Parkinson feststellt, ist am 20.03.2024 im Gemeinsamen Ministerialblatt veröffentlicht worden. Mit Veröffentlichung der Empfehlung im Gemeinsamen Ministerialblatt ist Parkinson bereits als „Wie-Berufskrankheit“ nach § 9 Abs. 2 SGB VII anerkanntsfähig.“[4]

Die Etablierung der neuen Berufskrankheit hat direkte Auswirkungen auf die Präventionsarbeit. Die Rolle des Anwenderschutzes wird dadurch in den Fokus gerückt und auch gestärkt. Technische Maßnahmen sind organisatorischen oder persönlichen Maßnahmen vorzuziehen. Die positiven Effekte beim Einsatz von Traktoren mit Kabinen im Pflanzenschutz sind eindeutig und in den Kategorien 3 und 4 signifikant.

In diesem Zusammenhang ist es relevant, ob und wie der Anwenderschutz weiterentwickelt werden muss. Die signifikante Schutzwirkung von Kabinen im Anwenderschutz führt zu dem Schluss, dass Pflanzenschutzmittel zukünftig mit einem Kabinentraktor ausgebracht werden sollten. Unser Präventionsziel ist es, dass bei Neuan-schaffungen von Traktoren Kabinen der Kategorien 3 oder 4 ausgewählt werden und für Bestandsfahrzeuge mindestens eine geschlossene Kabine mit Klimatisierung oder Kategorie 2 verwendet wird. Die Schutzwirkung der Kabinen ist dahingehend zu bewerten, den Einsatz zusätzlicher PSA innerhalb der Kabine zu reduzieren oder sogar zu vermeiden, um die Akzeptanz solcher Maßnahmen unter den Versicherten zu erhöhen.

Das Ziel ist, die Belastung der Anwender durch Pflanzenschutzmittel zu minimieren, ohne dass sie auf zusätzliche Schutzmaßnahmen angewiesen sind. Die Untersuchung der Schutzwirkung verschiedener Kabinentypen hilft dabei, die gesetzlichen Vorgaben zu erfüllen und die Akzeptanz zu verbessern.

Autor

Sebastian Dittmar, MBA,
ist Branchenreferent Landwirtschaft im Bereich Prävention der SVLFG.

E-Mail: sebastian.dittmar@svlfg.de

Quellen

[1] DOI: <https://doi.org/10.5073/JfK.2022.09-10.01>

[2] DOI 10.1007/s00003-024-01531-7

[3] BVL Fachmeldung Einsatz von dicht schließenden Fahrer-kabinen mit Luftfiltration im Pflanzenschutz, 08.01.2020

[4] SVLFG-Vertreterversammlung am 6. November 2025,
TOP 8

Bildnachweis

© Julius-Kühn-Institut

Belastungen durch häusliche Pflege – Eine Analyse der Lebensgeschichten von Pflegepersonen in der Landwirtschaft

PD Dr. Christine Niens

Die Pflege Angehöriger stellt eine besondere Herausforderung dar. Meist sind es die Frauen auf den Betrieben, die neben einer Vielzahl weiterer Aufgaben, und immer häufiger auch einer außerbetrieblichen Berufstätigkeit, die Hauptverantwortung für die Pflege übernehmen. In der Studie „Belastungen pflegender Landwirtinnen – Eine rekonstruktive Analyse im biographischen Kontext“, die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert wurde, wurden die Belastungen und die Bearbeitung einer informellen Pfl egetätigkeit auf landwirtschaftlichen Betrieben mittels Biographischer Fallrekonstruktion analysiert. Hierzu wurden deutschlandweit narrative biographische Interviews mit Pflegenden geführt.

Ziele, Vorgehen und ausgewählte Ergebnisse

Ziel des Projektes war es offenzulegen, wie Pflegepersonen auf landwirtschaftlichen Betrieben die informelle Pflege Angehöriger wahrnehmen und bearbeiten. In Anlehnung an die soziologische Biographieforschung (vgl. u.a. Bude, 1984; Fischer-Rosenthal und Rosenthal, 1997; Beneker, 2002; Rosenthal, 2015) wird davon ausgegangen, dass zurückliegende biographische Erfahrungen, aber auch die Zukunftsvorstellungen der Pflegepersonen konstituierend für die Wahrnehmung und Bearbeitung der Pflegeaufgabe sind. Wichtige Fragen, zu deren Klärung die Studie beiträgt, sind:

- Wie kommt es dazu, dass einige Frauen die Pflegeaufgabe als sehr belastend empfinden, während andere von einer bereichernden Tätigkeit sprechen?
- Gibt es biographische Konstellationen, die dazu führen, dass pflegebedingte Belastungen nur indirekt geäußert werden, oder begünstigen bestimmte Biographien eine besonders hohe Toleranz gegenüber pflegebedingten Belastungen?
- Unter welchen Bedingungen gelingt es Frauen, die Pflege eines Angehörigen nach anfänglicher Übernahme wieder abzugeben oder von Beginn an abzulehnen?

Darüber hinaus sollen erste Erkenntnisse in Bezug darauf gewonnen werden, unter welchen Bedingungen Männer an der Pflege mitwirken oder diese hauptverantwortlich übernehmen.

Die benannten Fragestellungen wurden anhand von Einzelfallbetrachtungen und mittels qualitativer, interpretativer Analyseverfahren untersucht. Hierzu wurden biographisch narrative Interviews (Rosenthal, 2015, S.163ff.; Schütze, 1983) mit Männern und Frauen auf landwirtschaftlichen Betrieben geführt und mittels biographischer Fallrekonstruktion ausgewertet (Rosenthal, 2015). Die Fallauswahl entspricht dem theoretischen Sampling und dem maximal kontrasti-

ven Vergleich (Glaser und Strauss, 2010; Strauss und Corbin, 1996). Dieses Vorgehen soll sicherstellen, dass möglichst unterschiedliche Fälle in die Analyse einbezogen werden, damit neben einer hohen Untersuchungstiefe auch eine möglichst große Untersuchungsbreite erreicht und die Vielfalt des untersuchten Phänomens sichtbar wird.

Die biographische Fallrekonstruktion bezeichnet ein Auswertungsverfahren, das nicht vorrangig darauf abzielt, die manifesten Gehalte des Datenmaterials zu erfassen, sondern deren tieferliegende, latente Bedeutung offenzulegen. Es wird verstärkt „zwischen den Zeilen gelesen“, was dazu führen kann, dass sich die manifesten Aussagen der Interviewten deutlich von den Ergebnissen der zum Teil sehr aufwendigen Rekonstruktionen unterscheiden. Das Verfahren ist dadurch aber in der Lage, Phänomene am Einzelfall aufzuzeigen, die bei auf Repräsentativität oder großen Fallzahlen ausgerichteten Methoden im Verborgenen bleiben. Grundlage der biographischen Fallrekonstruktion ist die Annahme, dass sich erlebte (Bedeutung von Ereignissen in der Vergangenheit) und erzählte (Gegenwartsperspektive) Lebensgeschichte unterscheiden, wobei die Unterschiede einer fallspezifischen Systematik folgen, welche Rückschlüsse auf die grundlegenden Orientierungsmuster der Interviewten zulassen. Möglich wird somit die Bildung einer Fallstrukturhypothese, die auf unterschiedliche Lebensbereiche der Biographinnen und Biographen, hier die informelle Pflege, übertragen werden kann (Rosenthal, 2015).

Die Auswertung der Interviews erfolgte im regelmäßigen Austausch mit weiteren Sozialwissenschaftlerinnen, um die Qualität der Analysen und die intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu fördern. Die Forschungsdaten werden für zehn Jahre an der Universität Göttingen gesichert. Alle persönlichen Angaben der Interviewten wurden anonymisiert.

Insgesamt wurden sechs Fälle und 13 biographisch narrative Interviews von Pflegepersonen, die auf landwirtschaftlichen Betrieben leben, und ihren Lebenspart-

nerinnen und Lebenspartnern im Zeitraum der Jahre 2022 bis 2025 rekonstruiert. Zusätzlich wurde der kontrastive Fall der Leiterin eines Nebenerwerbsbetriebes, die die Pflege ihrer Schwiegereltern ablehnt, analysiert. Nachfolgend werden exemplarisch drei Typen Pflegenden beschrieben. Anschließend wird auf zwei wichtige Befunde der Studie eingegangen: erstens, den Einfluss biographischer Verläufe auf die Fähigkeit, pflegebedingte Belastungen offen einzugestehen, und zweitens, die Bedeutung von Biographie und Bearbeitung der Pflegeaufgabe für die Fortsetzung der Pflegetätigkeit trotz andauernder Belastungen. Am Ende wird ein weiteres Ergebnis der Untersuchung diskutiert: der Wandel der Generationenbeziehungen und der Übergang von verpflichtender zu freiwilliger Pflege in landwirtschaftlichen Familien.

Marina Birkenhauer verkörpert den Typus „**Die semi-professionelle scheinbar unbelastete Opportunistin**“. Marina übernahm die Pflege ihrer Mutter und ihrer Schwiegereltern freiwillig. Sie pflegte fast 30 Jahre ihre Angehörigen überwiegend im eigenen Haushalt und ließ verschiedene Umbaumaßnahmen vornehmen, um die Versorgung ihrer Mutter und Schwiegermutter, die in die hohen Pflegegrade 4 und 5 eingeordnet sind, realisieren zu können. Marina dient die Pflege ihrer Angehörigen vor allem zur Distanzierung von der egozentrischen Mutter, die unter einer unbehandelten Depression litt und im Umgang mit ihrer Familie stets selbstbezogen blieb. Marina neigt vor diesem Hintergrund einerseits zur Normalisierung von krisenhaften Lebenserfahrungen, um Assoziationen mit ihrer Mutter zu vermeiden und ihre eigene Familie nicht zu belasten. Andererseits „zwingt“ Marinas Wunsch nach Distanzierung von der Mutter sie auch zu starker familialer Solidarität und zur Beachtung persönlicher Grenzen. Um ihre Familie nicht zu belasten, nimmt Marina externe Hilfen in Anspruch, bemüht sich um einen Ausgleich zu ihrer informellen Pflegetätigkeit und hat eine opportunistische Grundhaltung verinnerlicht. Weiterhin hat Marina während der jahrzehntelang andauernden Pflegetätigkeit und durch Aufgabe ihrer außerbetrieblichen Berufstätigkeit eine semiprofessionelle Einstellung zur Pflege entwickelt. Dies hängt einerseits mit der medizinisch anspruchsvollen Pflege der Schwiegermutter zusammen, die dazu führte, dass Marina pflegerische Fachkenntnisse erwarb, die über das Wissen von Laien weit hinausgehen und die sich an überprüfbaren professionellen Leistungsstandards orientieren. Parallel hierzu erhält Marina ein Pflegegeld von etwa 1600 € monatlich, das sie nach Aufgabe ihrer Erwerbstätigkeit als Einkommen betrachtet und eine soziale Sicherung als Pflegeperson nach § 44 SGB XI. Vor diesem Hintergrund lässt sich bei ihr ein Übergang von ehrenamtlicher Tätigkeit zu bezahlter Arbeit beobachten.

Birgit Wailer präsentiert den Typus „**Die unfreiwillige Pflegende und Erstarkte**“. Birgit übernahm die Pflege ihrer Schwiegereltern unfreiwillig auf Druck der Familie ihres Mannes. In der Familie herrschte ein starkes Machtungleichgewicht zu Ungunsten von Birgit und es bestanden sehr konfliktreiche Generationenbeziehungen. Birgit wurde im Laufe der Zeit zu einer Erfüllungsgelhilfin, die zahlreiche unliebsame Aufgaben für die übrigen Familienmitglieder, auch die Pflege der dominanten Schwiegereltern für etwa zwei Jahre, übernahm. Verschiedene parallel verlaufende Entwicklungen führen schließlich dazu, dass Birgit sich von den Erwartungen der Familie emanzipierte und die belastende informelle Pflege aufgab. Zunächst nahm Birgit nach dem Tod ihres Schwiegervaters wieder eine außerbetriebliche Berufstätigkeit auf. Nachdem sich die Konflikte mit der Schwiegermutter weiter zuspitzten, sollte ihr der Arbeitsplatz als Rückzugsort dienen. Durch die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit erlangte Birgit aber auch finanzielle Unabhängigkeit. In der Zwischenzeit hatte sich jedoch eine immaterielle Abhängigkeit der Familie von Birgit herausgebildet. Würde Birgit die Familie verlassen, fielen sämtliche unangenehme Tätigkeiten auf die anderen Familienmitglieder zurück, auch die Pflege der dominanten Schwiegermutter. Vor diesem Hintergrund wurde die Familie Birgit gegenüber nachgiebiger. Birgit hatte Handlungsspielraum zurückgewonnen. Als Birgits Arbeitsplatz aufgrund von Streitigkeiten unter den Kollegen seine Ausgleichsfunktion verliert, werden die pflegebedingten Belastungen so unerträglich für Birgit, dass Sie mithilfe der Unterstützung einer Psychotherapie die zurückgewonnenen Handlungsspielräume nutzt, um die Unterbringung der Schwiegermutter in ein Pflegeheim zu veranlassen.

Joachim Kranz stellt den Typus eines „**Pflegenden zu Pandemiebedingungen zwischen formaler Pflichterfüllung und Freiwilligkeit**“ dar. Joachim pflegte etwa vier Jahre weitgehend alleine seine Eltern im gemeinsamen Haushalt, nachdem seine Frau eine Mithilfe verweigerte und Joachim eine uneingeschränkte Pflegeklausel im Rahmen der Hofübergabe unterzeichnet hatte. Die Pflege übernahm er vor dem Hintergrund enger exklusiver Solidaritätsbeziehungen zu den Eltern zu einem gewissen Teil freiwillig, aber auch, weil ihm die eigenhändige Übernahme der Pflege auch angesichts der Corona Pandemie alternativlos erschien. Die Trennung von seiner Frau, die zum Wiedereinzug Joachims bei seinen Eltern führte, und der plötzliche Verlust seines außerbetrieblichen Arbeitsplatzes sorgten zudem dafür, dass sich die Übernahme der Pflege geradezu aufdrängte, wäre eine professionelle Versorgung doch mit hohen Kosten für Joachim und einem erhöhten Infektionsrisiko für die Eltern verbunden gewesen. War für Joachim im jungen Erwachsenenalter das Bestreben nach Distanzierung von den Eltern und von dem bäuerlichen Milieu handlungsleitend, wird sein Handeln nach seiner

Hochzeit und damit nach der formalen Ablösung wieder verstärkt durch die enge solidarische Verbundenheit zu den Eltern bestimmt. Auch aufgrund von zunehmenden Konflikten zwischen Joachim und seiner Frau werden die Eltern wieder zu Joachims engsten Bezugspersonen und bleiben dies bis zu ihrem Versterben. Vermutlich löste auch die Hofaufgabe einige Jahre zuvor, mit der Joachim die Eltern enttäuschte, eine Bringschuld aus, die dazu führte, dass Joachim sich verpflichtet fühlte, die Pflege eigenhändig zu übernehmen.

Der Vergleich der rekonstruierten Fälle zeigt, dass sich die unterschiedlichen Typen Pflegenden erheblich darin unterscheiden, inwieweit sie ihre pflegebedingten Belastungen im Interview offen äußern. Dieser Befund soll beispielhaft anhand der Fälle von Marina und Birgit erläutert werden. So unterscheiden sich die Pflegenden nicht nur in Bezug auf die Dauer ihrer Pflgetätigkeit, sondern auch ganz erheblich in Bezug auf ihre Selbstpräsentation und darin, wie sie im Interview über die Pflege sprechen. Während Birgit, die mit knapp zwei Jahren vergleichsweise über einen kurzen Zeitraum pflegte, sich stark belastet präsentiert, verkauft Marina ihre jahrzehntelange Pflgetätigkeit als ausschließlich positiv und als Erfolgsgeschichte. Die Rekonstruktion von Marinas erlebtem Leben legt jedoch offen, dass auch sie zum Teil erheblich unter der Pflege ihrer Angehörigen litt. Wenden wir uns zunächst Marina und ihren Ausführungen über die Pflege zu: „Ich finde nicht, dass ich mich aufopere also man kriegt ja ganz schön viel mit, äh, zurück, also, egal, ja-“

Auffällig ist zunächst, Marina verwendet den Begriff der Aufopferung im Zusammenhang mit der Pflege. Ihre Formulierung legt die Vermutung nahe, dass ihr der Gedanke, dass Pflege auch Aufopferung bedeutet, entweder selbst präsent ist, oder dass diese Idee in der Vergangenheit von außen an sie herangetragen wurde. Marina weist eine Aufopferung für sich jedoch zunächst zurück. Anschließend bricht sie ihre Argumentation, in der sie ihre informelle Pflgetätigkeit als ein Geben und Nehmen darstellt mit den Worten „egal, ja“ jedoch ab. Vermutlich werden Marina bei genauerem Nachdenken Erinnerungen vorstellig, in denen sie die Pflege doch mehr als ein Geben als als ein Nehmen empfand und sie muss feststellen, dass ihre pauschal positive Bewertung einer genaueren Betrachtung nicht standhält. Im Interview finden sich dann weitere Hinweise darauf, dass Marina die Pflege durchaus als belastend wahrnimmt. So hat Marina dafür gesorgt, dass ihre Mutter täglich eine Tagespflegeeinrichtung besucht, und sie erklärt, mit dem Gedanken zu spielen, die Mutter vollständig in einem Pflegeheim unterzubringen. Die Gewissheit, dass im Pflegeheim bald ein Platz frei würde, entlaste sie, sagt Marina. Warum ist Marina jedoch so bestrebt, die Pflege als durchweg positiv darzustellen? Oder, allgemeiner formuliert, wie kommt es

dazu, dass sich einige Pflegenden stark belastet präsentieren, während andere sich als unbelastet darstellen, obwohl ihre jahrzehntelange Pflgetätigkeit eine andere Sichtweise erwarten ließe?

Bleiben wir zunächst bei Marina. Marina hat viele Jahre unter dem Egozentrismus und den Depressionen ihrer Mutter gelitten, an denen diese nach dem Tod von Marinas kleinem Bruder erkrankte. Sie ist vor diesem Hintergrund bestrebt, sich in maximaler Distanz zu ihrer Mutter im Interview zu präsentieren. Ganz anders stellt sie hingegen das Verhältnis zu ihrer fürsorglichen Schwiegermutter dar, die für Marina zur engsten Vertrauten und zu einem Vorbild wurde. Durch die Präsentation als unbelastete Pflegeperson, die die Bemühung um das Wohl ihrer Familie als ausschließlich positiv empfindet, gelingt Marina die klare Abgrenzung von der egozentrischen Mutter und zugleich die Identifikation mit ihrem Vorbild, der sich bedingungslos für das Wohl ihrer Familie einsetzenden Schwiegermutter. Zudem teilen Marina und ihre Mutter ein ähnliches Schicksal: auch Marina hat ein Kind im Kleinkindalter verloren. Allerdings wählt Marina einen ganz anderen Umgang mit diesem einschneidenden Ereignis als ihre Mutter. Sie neigt zur Normalisierung der krisenhaften Erfahrung und begreift ihr Leid durch den Tod ihres Kindes als nur eines von vielen. In ähnlicher Weise normalisiert sie auch ihre pflegebedingten Belastungen beziehungsweise neigt dazu, diese im Interview zu bagatellisieren, weil eine offene Äußerung Assoziationen mit der Mutter wecken könnte und in Konflikt zur Vorbildfunktion und der engen solidarischen Beziehung zur Schwiegermutter steht.

Birgit hingegen präsentiert sich im Unterschied zu Marina von Beginn an stark belastet durch die informelle Pflege ihrer Schwiegereltern. Birgit gelang angesichts ihres fehlenden landwirtschaftlichen Hintergrunds und weil ihr ein „Denken vom Hof her“ (Fliege, 1998, S. 172) fremd blieb, die Integration in die sehr traditionelle kleinbäuerliche Familie ihres Mannes in über 30 Jahren nicht. Dabei existieren in der Familie durchaus positive Solidaritätsbeziehungen in Form normativer Solidarität (Bengtson und Roberts, 1991), die sich in der wahrgenommenen Verpflichtung äußert, sich gegenseitig zu unterstützen. Birgit bleibt aus dem familialen Zusammenhalt aber ausgeschlossen. Birgit führte in ihrer Selbstpräsentation bewusst einen „Kampf in der Familie“ und im erlebten Leben unbewusst einen „Kampf für die Familie“. Sie wurde zur Erfüllungsgehilfin für die übrigen Familienmitglieder, die gegen ihren Willen die Pflege der Schwiegereltern übernahm. Nachdem Birgit sich aber in ihrer Gegenwarts-perspektive als ausgenutzt und „Opfer der Familie“ wahrnimmt, kann sie auch offen ihre pflegebedingten Belastungen im Interview äußern, ohne in Loyalitätskonflikte mit der Familie oder in Konflikt mit dem selbst

aufgelegten Ideal einer „guten“ Bäuerin zu geraten, die traditionellen bäuerlichen Wertorientierungen und Rollenbildern klaglos folgt.

Die Ergebnisse der Fallrekonstruktion offenbaren neben zum Teil erheblichen pflegebedingten Belastungen aber auch, dass die informelle Pflege in bestimmter Konstellation mit positiven Erfahrungen verknüpft ist. So kann Pflege durch bereichernde Momente gekennzeichnet sein, wenn enge solidarische Beziehungen zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigen bestehen. Dann bietet die Pflege die Möglichkeit, Zeit mit einer geliebten Person zu verbringen und etwas für die Unterstützung zurückzugeben, die man in der Vergangenheit erhalten hat. Belastende und bereichernde Erfahrungen können dabei koexistieren und damit auch eine ambivalente Wahrnehmung der informellen Pflegetätigkeit. Weiterhin scheinen Belastungen nicht alleine dafür ausschlaggebend, ob Pflege fortgesetzt oder aufgegeben wird, sondern deren Bearbeitung spielt ebenfalls eine wichtige Rolle. Birgit gelingt beispielsweise nach Wiederaufnahme der Berufstätigkeit eine Emanzipation von den Erwartungen der Familie und die Niederlegung der Pflege. Für Marina wird die informelle Pflege nach Aufgabe ihrer außerbetrieblichen Berufstätigkeit dagegen zu einem Ersatzberuf. Sie toleriert daher eher hohe Anforderungen und persönliche Einschränkungen durch die Pflege ähnlich wie bei einer Erwerbstätigkeit und setzt die Versorgung Angehöriger trotz bestehender Belastungen fort.

Insgesamt zeigt die Studie unterschiedliche Arten des Erlebens, Darstellens und Bearbeitens der informellen Pflege auf landwirtschaftlichen Familienbetrieben am Einzelfall auf, die jeweils eng mit der Biographie der Pflegenden verknüpft sind. Dabei wurde insbesondere deutlich, dass zurückliegende biographische Erfahrungen dem Eingestehen pflegebedingter Belastungen entgegenstehen können: Nicht jede Frau, die angibt unbelastet zu sein, ist dies auch. Dieser Befund regt u. a. zu einer kritischen Auseinandersetzung mit den Methoden zur Messung pflegebedingter Belastungen in der Landwirtschaft an.

Abschließend anzumerken ist zudem, dass die Übernahme der Pflegeverantwortung für unterstützungsbedürftige Angehörige auch in landwirtschaftlichen Familien keine Selbstverständlichkeit mehr darstellt. Vielmehr zeigen die Fallrekonstruktionen in Übereinstimmung mit der Literatur (z. B. Eder et al., 2021), dass sich ein Wandel in den Generationenbeziehungen vollzieht, von verpflichtender zu freiwilliger Solidarität und Pflege. Dies wurde am Fall von Birgit, aber auch in weiteren Rekonstruktionen deutlich. So lehnt Paula, eine Nebenerwerbslandwirtin und hauptberufliche Hebamme, die Übernahme der informellen Pflege ihrer Schwiegereltern ab, nachdem diese ihr „die Familie

kündigten“. Auch Astrid, die Ehefrau von Joachim, der mit der Hofübernahme eine uneingeschränkte Pflegeklausel unterzeichnete, verweigert ihre Hilfe bei der Versorgung der Schwiegereltern. Sie erklärt ihre Haltung vor allem damit, dass von Seiten der Schwiegereltern nie ein Interesse an ihr als Mensch bestanden hätte, und dass es mehr bräuchte als „nur ein[en] Vertrag“, um einen Menschen zu pflegen.

Die informelle pflegerische Versorgung im häuslichen Umfeld wird demnach vermehrt zu einem Aushandlungsprozess zwischen den Generationen. Die Übernahme der Pflegeverantwortung durch die Frauen der wirtschaftenden Generation ist in der Landwirtschaft zunehmend von einem „Mitwirken“ der älteren Generation sowie von affektiver Solidarität (Bengtson und Roberts, 1991) abhängig und kann nicht mehr als selbstverständlich vorausgesetzt werden.

Zusammenfassung

In der Landwirtschaft werden zwischen 80 % und 90 % der pflegebedürftigen Menschen im häuslichen Umfeld versorgt. Meist sind es die Frauen auf den Betrieben, die die Pflege übernehmen. Aus der allgemeinen Pflegeforschung ist bekannt, dass die informelle Pflege Angehöriger mit erheblichen Belastungen verbunden sein kann. Dieser Befund ist jedoch aufgrund von milieuspezifischen Besonderheiten (hohe Bedeutung von Generationenkonflikten und Generationensolidarität, Pflegeklausel im Hofübergabevertrag) nicht ohne weiteres auf die Landwirtschaft übertragbar.

In dieser Studie wurden die Belastungen und die Bearbeitung einer informellen Pflegetätigkeit auf landwirtschaftlichen Betrieben mittels Biographischer Fallrekonstruktion analysiert. Insgesamt konnten sechs Typen Pflegenden rekonstruiert werden, darunter auch eine männliche Pflegeperson und zusätzlich der kontrastive Fall einer Nebenerwerbslandwirtin, die die Pflege ablehnt. Die Fallauswahl erfolgte nach dem maximal kontrastiven Vergleich. Zu den Typen pflegender Frauen gehören u. a. **„Die unfreiwillig Pflegenden und Erstarkte“**, **„Die semiprofessionelle scheinbar unbelastete Opportunistin“** und die **„Pflegeperson aus Demut und Leidenschaft“**. Ein Landwirt verkörpert den Typus **„Pflegender zu Pandemiebedingungen zwischen formaler Pflichterfüllung und Freiwilligkeit“**.

Es wurde deutlich, dass nicht nur die empfundenen Belastungen ausschlaggebend dafür sind, ob die informelle Pflege fortgesetzt oder wieder aufgegeben wird, sondern dass weitere lebensgeschichtliche Erfahrung hierfür eine wichtige Rolle spielen. So führt das Durchlaufen eines Professionalisierungsprozesses

nach Aufgabe einer außerbetrieblichen Berufstätigkeit dazu, dass die Pflege trotz hoher Belastungen fortgesetzt wird. Das Pflegegeld wird hierbei als Einkommen betrachtet und die Pflege wird zu einem Ersatzberuf, in dem Belastungen eher toleriert werden, ähnlich wie bei einer Erwerbstätigkeit. Anderen Pflegepersonen gelingt hingegen nach Wiederaufnahme einer außerbetrieblichen Berufstätigkeit die Emanzipation von den Erwartungen der Familie und die Niederlegung der Pflegeverantwortung, nachdem ein jahrelang bestehendes Machtungleichgewicht die unfreiwillige Übernahme zunächst forciert hatte. Die Rekonstruktionen legen zudem offen, dass sich nicht nur die Wahrnehmung und Bearbeitung der Pflegeaufgabe zwischen den einzelnen Typen Pflegenden unterscheiden, sondern dass es auch biographische Konstellationen gibt, die bewirken, dass es Frauen in der Landwirtschaft schwerfällt, pflegebedingte Belastungen offen einzugestehen. Nicht jede Frau, die angibt unbelastet zu sein, ist dies auch. Dieser Befund regt zu einer kritischen Auseinandersetzung mit den Methoden zur Messung pflegebedingter Belastungen an und kann ein Hinweis auf eine „Dunkelziffer“ belasteter Pflegepersonen in der Landwirtschaft sein.

Autoren

PD Dr. Christine Niens
war bei der Universität Göttingen tätig und arbeitet heute beim
Thünen-Institut für Betriebswirtschaft in Braunschweig.

E-Mail: christine.niens@thuenen.de

Literatur

- Beneker, H. (2002): „Liebe Erfahrungen...“ - Erlebte und erzählte Lebensgeschichten von Migrantinnen in der Pflege. In: Schaeffer, D.; Müller-Mundt, G. (Hg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung, Bern: 149 - 165.
- Bengtson, V. L.; Roberts, R. (1991): Intergenerational Solidarity in Aging Families: An Example of Formal Theory Construction. *Journal of Marriage and Family*, 53(4): 856 - 870.
- Bude, H. (1984): Rekonstruktionen von Lebenskonstruktionen – eine Antwort auf die Frage, was die Biographieforschung bringt. In: Kohli, M., Robert, G. (Hrsg.): Biographie und soziale Wirklichkeit. Metzler, Stuttgart.
- Eder, A.; Haring-Mosbacher, S. A.; Höllinger, F. (2021): Intergerationenbeziehungen im bäuerlichen Milieu zu Beginn des 21. Jahrhunderts. *Berliner Journal für Soziologie*, 31(2):219 - 248.
- Fischer-Rosenthal, W.; Rosenthal, G. (1997): Warum Biographieanalyse und wie man sie macht. *ZSE* 17 (4): 405 - 427.
- Fliege, T. (1998): Bauernfamilien zwischen Tradition und Moderne: Eine Ethnographie bäuerlicher Lebensstile. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Glaser, B. G.; Strauss, A. L. (2010): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Verlag Hans Huber, Hofgrebe AG, Bern.
- Rosenthal, G. (2015): *Interpretative Sozialforschung*. Beltz Juventa, Weinheim.
- Schütze, F. (1983): Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis* 13 (3): 283 -293.
- Strauss, A. L., Corbin, J. (1996): *Grounded theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Beltz, Weinheim.

Veröffentlichte Projektergebnisse

4.1 Kategorie A – Fachaufsätze in Peer Review-Zeitschriften, Beiträge zu Konferenzen mit Peer Review oder Sammelbänden sowie Buchpublikationen

Niens, C. (2024): Wo Licht ist, ist auch Schatten? Erste empirische Befunde zu offen und verdeckt geäußerten Belastungen pflegender Landwirtinnen. Tagungsband der 34. Jahrestagung der ÖGA, Universität für Bodenkultur, Wien am 19.-20. September 2024, S.91-92. (<https://boku.ac.at/wiso/iafo/34-jahrestagung-der-oesterreichischen-gesellschaft-fuer-agrar-roekonomie-oega-2024>).

Folgender Beitrag befindet sich im Satz: Niens, C.: Leben und Pflegen in der Landwirtschaft - Rekonstruktive Analysen im biographischen Kontext. Veröffentlichung als E-Book open-access und in der Printversion im Winter 2025 / 2026 im Universitätsverlag Göttingen.

4.2 Kategorie B – Jede weitere Form öffentlich gemachter Ergebnisse

Niens, C. (2025): Zwischen Feldarbeit und Fürsorge: Offen und verdeckt geäußerte Belastungen durch freiwillige und unfreiwillige Pflege Angehöriger im häuslichen Umfeld. Vortrag gehalten am 04.04.2025 bei der 5. Internationalen Tagung „Frauen in der Landwirtschaft, Freie Universität Bozen, Bozen Südtirol 02. - 04. April 2025.

Niens, C. (2025): Zwischen Feldarbeit und Fürsorge. Interview mit Ulrike Tonner von der Südtiroler Bäuerinnenorganisation vom 24. Februar 2025.

Niens, C. (2025): «Unfreiwillige Pflege»: Wenn die Familie Druck macht. Interview für die BauernZeitung, veröffentlicht am 14.08.2025. «Unfreiwillige Pflege»: Wenn die Familie Druck macht - bauernzeitung.ch | BauernZeitung

Niens, C. (2024): Wo Licht ist, ist auch Schatten? Erste empirische Befunde zu offen und verdeckt geäußerten Belastungen pflegender Landwirtinnen. Vortrag gehalten am 20.09.2024 bei der 34. Jahrestagung ÖGA, Universität für Bodenkultur, Wien 19. - 20.09.2024.

Niens, C. (2023): Des einen Freud, ist des anderen Leid? Informelle Pflege in der Landwirtschaft. Vortrag gehalten am 04.11.2023 bei der Tagung der Sektion Land-, Agrar und Ernährungssoziologie der DGS „Bestandsaufnahme aktueller Forschungen der Land-, Agrar- und Ernährungssoziologie“, Fulda 03. - 04.November. 2023.

Niens C. (2023): Wohnen und Pflegen in der Landwirtschaft. Eine Rekonstruktion der Belastungssituation informell Pflegender im Mehrgenerationenverbund. Vortrag gehalten am 17.11.2023 bei der Jahrestagung „Wohnen in Krisen. Krisen des Wohnens“ der Sektion Frauen- und Geschlechterforschung in der DGS, Osnabrück 16. - 17. November 2023.

Presseinformation Nr. 108 - 05.08.2022: Belastung pflegender Landwirtinnen. DFG fördert Studie an der Universität Göttingen zur häuslichen Pflege in der Landwirtschaft.

Interview zur Studie mit PD Dr. Christine Niens

Wie und warum pflegen Menschen auf landwirtschaftlichen Betrieben? Frau PD Dr. Christine Niens über die Ergebnisse einer Studie der Universität Göttingen, die sich genau diese Frage stellte.



PD Dr. Christine Niens. Quelle: privat

Frau Dr. Niens, was war das Ziel der Studie zur häuslichen Pflege in der Landwirtschaft?

Ziel war es offenzulegen, wie Pflegepersonen auf landwirtschaftlichen Betrieben die Pflege Angehöriger wahrnehmen und bearbeiten. In der Landwirtschaft gelten milieuspezifische Besonderheiten, Generationenkonflikte, familiäre Solidarität und teilweise immer noch uneingeschränkte Pflegeklauseln.

Mit wem haben Sie gesprochen?

Die Interviewpartner sollten auf landwirtschaftlichen Betrieben leben und idealerweise auch dort arbeiten. Zumeist handelte es sich um Frauen, aber es war auch ein Mann dabei. Die Gespräche fanden auf den Betrieben statt, zum Teil dauerten sie fünf bis sechs Stunden. Ich fuhr mehrmals hin, um so viel wie möglich von ihren Lebensgeschichten einzufangen. Dabei kam es auch zu Gesprächen mit anderen Menschen im Umfeld.

Gab es eine Gemeinsamkeit?

Alle Interviews zeigten, dass familiäre Konstellationen stark beeinflussen, wie Menschen mit Belastungen und

dem Thema Pflege umgehen. Machtunterschiede drängen Frauen in bestimmte Rollen, aus denen sie sich nur schwer befreien können. Zudem sind die eigenen Erfahrungen und Zukunftsvorstellungen ausschlaggebend.

Wie hoch ist die Belastung?

Pauschal kann das nicht beantwortet werden. Pflegenden unterscheiden sich, sei es durch die Dauer der Tätigkeit oder ihre Haltung dazu. Pflege kann bereichern, wenn eine enge Bindung zum Pflegebedürftigen besteht. Unter den Interviewten war eine Frau, die seit fast dreißig Jahren Mutter und Schwiegermutter pflegt. Sie sieht das als Ersatzberuf, hat eine semiprofessionelle Einstellung entwickelt und nun viel Erfahrung. Aber nicht jeder, der angibt, unbelastet zu sein, ist das auch. Eine andere Frau hat das Interview nur heimlich geführt. Mir konnte sie die starke Belastung eingestehen, der Familie gegenüber nicht. Diese Frau hing mir noch eine Weile nach.

Wo finden Pflegende Unterstützung?

Es gibt viele Beratungsangebote. Die Trainings- und Erholungswoche für pflegende Angehörige der SVLFG wurde sehr positiv bewertet. Kontakte zu knüpfen, Praxistipps auszutauschen und zu erfahren, dass Pflege auch anderen schwerfällt, hilft sehr.

Was ist die größte Herausforderung?

Es ist in der Landwirtschaft ein Tabu, sich über die Pflegesituation zu beschweren. Man möchte niemanden im Stich lassen, und viele Personen in der Landwirtschaft haben einen hohen Selbstanspruch, wollen dem Bild der guten Bäuerin entsprechen: „Mama und Oma haben es auch geschafft“. Das muss sich ändern.

Warum greifen pflegende Angehörige nicht verstärkt auf Pflegedienste zurück, um sich die Arbeit zu erleichtern?

Ambulante Pflegekräfte im ländlichen Raum sind schwer verfügbar. Deren Unterstützung wird auch nicht immer nur als Entlastung empfunden. Ich habe mit Frauen gesprochen, die einen Pflegedienst hatten und zum Teil selbst wieder abbestellt haben. Das sich ständig ändernde Personal, man versteht sich nicht mit jedem, die Frage der Privatsphäre in der eigenen Wohnung... das sind Hemmnisse. Auch die zeitliche Gebundenheit ist ein Punkt. Man möchte vielleicht nicht

morgens um 06:00 Uhr aufstehen oder die Pflegebedürftigen möchten nicht bereits um 17:00 Uhr ins Bett gebracht werden.

Nach welchen Personengruppen haben Sie für die Interviews genau gesucht?

Gesucht waren Frauen auf landwirtschaftlichen Betrieben, die dort leben und arbeiten, die Angehörige im häuslichen Umfeld seit mindestens sechs Monaten pflegen, und Frauen, die entgegen des Wunsches der Familie oder eventuell bestehender Vereinbarungen im Hofübergabevertrag die Pflege der Altenteiler nicht übernommen oder nach kurzer Zeit wieder abgegeben haben. Gleichermaßen waren Frauen dabei, die sich die Pflege der Altenteiler mit ihrem (Ehe-)Partner aufteilen oder regelmäßig bei der Pflege durch ihren Partner unterstützt werden.

Warum waren die meisten Interviewpartner Frauen?

Ursprünglich lag der Fokus auf Frauen, weil sie die Hauptaufgaben in der Pflege übernehmen. Die Männer wollten wir nicht ausschließen, aber pflegende Männer gibt es tatsächlich nicht so häufig.

Warum war das Forschungsthema für Sie persönlich von Interesse?

Als Kind verbrachte ich viel Zeit bei meinen Großeltern und meiner Großtante auf dem Land und auf landwirtschaftlichen Betrieben, bin selbst im ländlichen Raum aufgewachsen. Außerdem habe ich lange im Agrarbereich gearbeitet. Gerade mit wissenschaftlichem Hintergrund fragt man sich außerdem automatisch: Wo gibt es relevante Forschungslücken? Das war bei der Pflegesituation auf landwirtschaftlichen Betrieben der Fall. Angesichts des demographischen Wandels ist die pflegerische Versorgung ebenfalls sehr interessant. Wir werden immer älter, es gibt nicht genug Pflegekräfte oder genug Geld. Das gilt insbesondere für die Versorgung ländlicher Strukturen.

Welche zentralen Fragestellungen standen im Fokus?

Die zentralen Fragen waren:

- Wie kommt es dazu, dass einige Frauen die Pflegeaufgabe als sehr belastend empfinden, während andere von einer bereichernden Tätigkeit sprechen?
- Gibt es biographische Konstellationen, die dazu führen, dass pflegebedingte Belastungen nur indirekt geäußert werden oder begünstigen bestimmte Biographien eine besonders hohe Toleranz gegenüber pflegebedingten Belastungen?

- Unter welchen Bedingungen wirken Männer an der Pflege mit oder übernehmen diese hauptverantwortlich?

In welchem Zeitraum wurde die Studie durchgeführt?

Die Studie „Belastungen pflegender Landwirtinnen – eine rekonstruktive Analyse im biographischen Kontext“ der Universität Göttingen dauerte drei Jahre. Begonnen wurde am 16.05.2022, das Projekt endete am 15.05.2025. In diesem Zeitraum führten wir die Interviews, transkribierten sie und werteten sie aus. Die Auswertung eines Interviews nimmt ca. drei bis vier Monate in Anspruch. Dies erklärt auch, warum wir nur mit einer begrenzten Anzahl Pflegender sprechen konnten.

Inzwischen liegt ein Abschlussbericht vor, für Anfang 2026 ist auch ein kostenloses eBook geplant. Hier werden wir die Fälle und die Ergebnisse bereitstellen.

Die Studie wurde übrigens von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert.

Dieses Interview erschien im Mitgliedermagazin "Alles SVLFG", Ausgabe 4/2025.

Die Ergebnisse der Studie folgen bald im kostenlosen eBook, der Abschlussbericht ist schon online: www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/104657/ssoar-2025-niens-Belastungen_pfleger_Landwirtinnen_-_Eine.pdf?sequence=1

Wunsch- und Wahlrechte bei Leistungen zur Teilhabe gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

Karl Friedrich Köhler

Ist der Inhalt von Rechten oder Pflichten nach Art oder Umfang nicht im Einzelnen bestimmt, sind bei ihrer Ausgestaltung die persönlichen Verhältnisse des Berechtigten, sein Bedarf und seine Leistungsfähigkeit sowie die örtlichen Verhältnisse zu berücksichtigen, soweit Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen. Dabei soll den Wünschen des Berechtigten entsprochen werden, soweit sie angemessen sind (§ 33 SGB I). Auch § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX bestimmt, dass bei der Entscheidung über Leistungen zur Teilhabe und bei ihrer Ausführung berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen wird. Diese seit 2001 geltende Norm [1] des allgemeinen Rehabilitationsrechts gilt für alle Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt (§ 7 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).

1 Einleitung

Bei der Ausgestaltung der persönlichen Verhältnisse des Berechtigten „soll“ nach § 33 SGB I im Rahmen der Leistungserbringung den Wünschen des Berechtigten entsprochen werden, soweit sie angemessen sind. „Denn unter mehreren objektiv gleichwertigen Versorgungsmöglichkeiten weiß der Betroffene im Zweifel besser als der Versicherungsträger, welches Mittel seinen Bedürfnissen am ehesten gerecht wird.“ [2] Nur in atypischen Fällen darf die Erfüllung eines angemessenen Wunsches unterbleiben. Der Wunsch muss nicht begründet werden, sodass es auf die Motive des Leistungsberechtigten nicht ankommt. [3] Allerdings muss die gewünschte Art der Leistungserbringung grundsätzlich vom Gesetz vorgesehen sein, sodass z. B. die Leistungserbringung durch einen in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zugelassenen Arzt nicht verlangt werden kann. [4] Die Belange des Leistungsträgers sind dabei stets gegen die Interessen des Betroffenen abzuwägen. [5]

§ 33 Satz 1 SGB I gilt als leistungsrechtliches Prinzip für alle Sozialleistungen, einschließlich der Leistungen zur Teilhabe.

Eine speziellere Regelung für die Leistungen zur Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen findet sich in § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX. Sie ersetzt das „soll“ in § 33 SGB I durch ein „wird ... entsprochen“, wodurch die Verbindlichkeit der Wünsche für den Leistungsträger erhöht wird. An die Stelle „angemessener“ treten „berechtigter“ Wünsche, also solche, denen kein Rechtsgrund entgegensteht. Wiederum speziellere Regelungen als in § 8 SGB IX gelten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 SGB IX, wenn sie in den Leistungsgesetzen zu finden sind (z. B. § 40 Abs. 3 SGB V, § 5 SGB VIII oder § 9 Abs. 2 SGB XII).

Die im Rehabilitationsrecht enthaltenen Ermessensnormen, wie z. B. § 40 Abs. 3 SGB V, § 13 Abs. 1 SGB VI, § 26 Abs. 5 SGB VII, sind im Übrigen im Einklang mit dem Wunsch- und Wahlrecht auszulegen.

2 Sinn und Zweck des Wunsch- und Wahlrechts

Wunsch- und Wahlrechte des Berechtigten sind Ausdruck einer kooperativen Leistungsverwaltung der Rehabilitationsträger [6] und räumen dem Betroffenen ein subjektiv-öffentliches Recht ein. [7] Als Instrumente zur Umsetzung der Ziele „Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ (§ 1 SGB IX) sowie der selbstbestimmten Lebensführung entsprechen sie den Grundsätzen des Art. 3a der UN-Behindertenrechtskonvention und dienen der Individualisierung der Leistungen. Leistungen, die nach dem Leistungsrecht des jeweiligen Rehabilitationsträgers nicht gewährt werden dürfen, können mit Hilfe der Wunsch- und Wahlrechte nicht geltend gemacht werden, sodass mit Hilfe der Wunsch- und Wahlrechte im Einzelfall nur die in der jeweiligen Anspruchsnorm enthaltenen Rechte konkretisiert werden können.

Leistungen zur Teilhabe werden nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX ausschließlich zur Erreichung der in § 4 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele erbracht. Dazu ist die Adaption dieser Ziele durch den Berechtigten, d.h. seine auf die Erreichung dieser Ziele ausgerichtete Mitwirkung, notwendig. Der Berechtigte erhält mit dem Wunsch- und Wahlrecht nach § 33 Satz 2 SGB I bzw. § 8 Abs. 1 SGB IX einen über die Mitwirkungspflichten nach § 60 SGB I hinausgehenden rechtlichen Anreiz zur aktiven Mitgestaltung und Mitarbeit. [8]

Unabhängig davon, ob die Berechtigten Wünsche äußern, haben die Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) die zur Ausgestaltung ihrer Leistungen relevanten persönlichen Verhältnisse zunächst von Amts wegen zu erforschen. Dazu gehören auch die mit der eigenverantwortlichen Gestaltung der Lebensumstände und der Förderung der Selbstbestimmung zusammenhängenden Aspekte. [9] Indem § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX den Rehabilitationsträger verpflichtet, bei der Entscheidung über die Leistungen und bei deren Ausführung berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten zu entsprechen, ergibt sich, dass derartige berechnete Wünsche

sowohl hinsichtlich des „Ob“ als auch des „Wie“ der Leistung zu berücksichtigen sind. [10]

Der Rehabilitationsträger hat den Berechtigten auf sein Wunsch- und Wahlrecht hinzuweisen. Dies folgt zum einen aus der Pflicht zur Amtsermittlung aller erheblichen Tatsachen (§ 20 SGB X) und zum anderen aus der Pflicht zu Auskunft und Beratung (§§ 14, 15 SGB I, §§ 31 ff. SGB IX).

„Wünsche“ der Leistungsberechtigten sind grundsätzlich alle von ihnen geäußerten oder anders deutlich gemachten Vorstellungen in Bezug auf die Leistung. Sie können sich auf alle Fragen, die für die Leistung von Bedeutung sind (Ziel und Ausrichtung der Leistung, diagnostisches und therapeutisches Verfahren, Person, Ort der Leistung oder die Qualifikation des Leistungserbringers) beziehen. [11] Auch Menschen mit geistigen und seelischen Behinderungen und behinderte Kinder können Wünsche äußern, [12] ebenso deren Erziehungsberechtigte (Art. 6 Abs. 2 GG, § 1626 Abs. 1 BGB) bzw. Vormünder oder Betreuer (§§ 1793, 1901 Abs. 2 BGB). Dem Wunsch- und Wahlrechts ist sowohl bei der Entscheidung als auch bei der Ausführung der Leistung Rechnung zu tragen.

3 Wunsch- und Wahlrecht nach § 33 Satz 2 SGB I

3.1 Wünsche des Berechtigten

Nach § 33 Satz 2 SGB I soll angemessenen Wünschen des Berechtigten entsprochen werden, wobei sich diese Verpflichtung der Verwaltung nach dem Wortlaut der Vorschrift („dabei“) zunächst nur auf die Ausgestaltung von nach Art und Umfang unbestimmten Rechten bezieht. Damit ist die Vorschrift für Geldleistungen praktisch bedeutungslos. Lediglich dann, wenn es um die Modalität der Auszahlung geht (der Leistungsberechtigte wünscht die Überweisung auf ein bestimmtes Konto), bleibt sie relevant. [13]

Nach h. M. ist § 33 Satz 2 SGB I aber eine gegenüber Satz 1 eigenständige Vorschrift [14] mit der Folge, dass die „angemessen“ Wünsche des Betroffenen grundsätzlich maßgebend sind, wenn der Inhalt der Rechte nach Art und Umfang nicht näher bestimmt ist. [15] Letzteres ist dann der Fall, wenn der Verwaltung vor allem bei der Frage nach Art und Umfang der Leistung ein Entscheidungsspielraum verbleibt. Das ist nicht nur bei Ermessensleistungen, [16] sondern nach wohl h. M. auch bei der Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe der Fall. [17]

Persönliche Verhältnisse i. S. des § 33 Satz 1 SGB I, die im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts („dabei“) berücksichtigt werden sollen, sind Alter, Geschlecht, Sprache, religiöse Bekenntnisse, Gesundheitszustand, berufliche Kenntnisse, geistige Fähigkeiten, Bildungsgrad, psychische Besonderheiten, Beziehungen zur Umwelt einschließlich der Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen, insbesondere der Familie. [18] So ist beispielsweise im Rahmen des Auswahlermessens zu berücksichtigen, dass die Beteiligung des Ehepartners für die Rehabilitation dienlich ist, mit der Folge, dass auf Wunsch des Rehabilitanden eine wohnortnahe Rehabilitationseinrichtung auszuwählen ist. [19]

Die Vorschrift stellt für den typischen Fall zwingendes Recht dar („soll“), d. h. nur in atypischen Fällen hat die Verwaltung eine Ermessensentscheidung bezüglich des Wunsches zu treffen.

Für die Äußerung eines Wunsches ist weder eine bürgerlich-rechtliche Geschäftsfähigkeit noch eine sozialrechtliche Handlungsfähigkeit i. S. des § 36 SGB I erforderlich. Es genügt stattdessen eine Einsichtsfähigkeit des Betroffenen in Bezug auf die in Frage stehende Rechtsposition, die nicht an ein bestimmtes Lebensalter oder eine geistige Fähigkeiten gebunden ist. [20] Auch Vorschläge an den Versicherungsträger, in einem bestimmten Sinne zu verfahren, sind Wünsche, die berücksichtigt werden sollen. [21]

3.2 Angemessenheit des Wunsches

Der Wunsch muss „angemessen“ sein, was dann der Fall ist, wenn er sich innerhalb des Rahmens einer inhaltlichen Ausgestaltung des im Einzelnen nicht bestimmten Rechts bewegt und den berechtigten Interessen des Sozialleistungsträgers nicht entgegensteht. [22]

Die Angemessenheit bezieht sich auf den Zweck der jeweiligen Vorschrift, sodass dieser Normzweck nicht dadurch beeinträchtigt werden darf, dass man den Wunsch des Betroffenen erfüllt. [23] Das BSG hat demzufolge den Wunsch eines Versicherten nach stationärer Unterbringung in einer Einrichtung, die nicht die volle Gewähr für eine erfolgreiche Drogenentwöhnung bietet, als unangemessen eingestuft und zurückgewiesen. [24]

Bei einem besonders hohen Verwaltungsaufwand, der in keinem vernünftigen Verhältnis zu den mit dem Wunsch des Berechtigten für ihn verbundenen Vorteilen steht, muss ebenfalls von Unangemessenheit ausgegangen werden. [25] Auch die bei der Erfüllung des Wunsches entstehenden Mehrkosten [26] sind angesichts des stets zu beachtenden Gebots der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 Abs. 2 SGB IV) zu

beachten, [27] wobei deren Geringfügigkeit aber noch nicht zur Unangemessenheit des Wunsches führt. [28] Eine feste Grenze existiert insoweit nicht. [29]

4 Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX

4.1 Berücksichtigung berechtigter Wünsche und der persönlichen Lebenssituation

Aus § 8 Abs. 1 SGB IX folgt, dass berechtigten Wünschen der leistungsberechtigten Person bei der Entscheidung über die Leistungen zur Teilhabe zu entsprechen ist, d. h. es handelt sich um eine gebundene Entscheidung. Liegt also ein berechtigter Wunsch vor, steht dem Rehabilitationsträger kein Handlungsermessen auf der Rechtsfolgenseite zu. Das Wunsch- und Wahlrecht des § 8 Abs. 1 SGB IX stellt – anders als § 33 Satz 2 SGB I, der von „angemessenen“ Wünschen spricht – auf „berechtigten Wünschen“ ab. Wünsche können somit nur dann abgelehnt werden, wenn sie Rechtsvorschriften entgegenstehen oder der verfolgten Zielsetzung der Leistung widersprechen. [30] Sind die Wünsche nach dieser Vorgabe berechtigt, sind sie auch angemessen. [31]

Hinsichtlich der Wünsche erfasst § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB IX zunächst solche Aspekte, die in der Person des Berechtigten liegen, also Alter, Geschlecht, Familie sowie religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse, soweit diese Auswirkungen auf Art, Ort und Inhalt der Leistung haben können. Mit den Pflichten der Rehabilitationsträger nach § 4 Abs. 3 SGB IX korrespondiert sodann die Regelung des § 8 Abs. 1 Satz 3 SGB IX, der zufolge die Träger den besonderen Bedürfnissen von Müttern und Vätern mit Behinderungen bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den besonderen Bedürfnissen von Kindern mit Behinderungen Rechnung zu tragen haben. Damit werden verfassungsrechtliche und menschenrechtliche Wertungen ausdrücklich einbezogen. [32] Mit der Unterstützung behinderter Eltern im Rahmen ihres Erziehungsauftrags wird gewährleistet, dass diese ihn benachteiligungsfrei erfüllen können. Insbesondere ist eine längere Trennung von Eltern und Kindern durch Teilhabeleistungen soweit wie möglich zu vermeiden.

§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX schreibt den Rehabilitationsträgern vor, die „berechtigten“ Wünsche des Leistungsberechtigten bei der Entscheidung über und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe zu berücksichtigen. Das Gesetz bestimmt nicht, was unter einem berechtigten Wunsch zu verstehen ist. Nach der Gesetzesbegründung sind solche Wünsche berechtigt,

denen keine Rechtsvorschrift entgegensteht und die sich innerhalb des – für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden – gesetzlichen Leistungsrechts bewegen. [33] Somit wird klar, dass nicht jeder Wunsch zu berücksichtigen ist. Allgemein lässt sich sagen, dass ausschließlich Wünsche des Leistungsberechtigten als berechtigt angesehen werden können, die mit dem mit der Leistung zur Teilhabe verfolgten Ziel vereinbar sind und den Grundsätzen entsprechen, die die Rehabilitationsträger bei der Ausführung der Leistungen zu beachten haben. Die Gesetzesbegründung spricht auch von den „berechtigten Vorstellungen“ des Betroffenen [34] und bringt damit zum Ausdruck, dass sich § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX in erster Linie auf subjektive Dimensionen („Vorstellungen“) des Betroffenen bei der Entscheidung über und die Durchführung der Teilhabeleistung bezieht. [35] Das können z. B. Wünsche hinsichtlich des Leistungserfüllungsortes in Bezug auf die Wohnortferne oder Wohnortnähe, die Geeignetheit des Ortes selbst (z. B. Klimafragen bei Atemwegserkrankungen), das Behandlungskonzept, die besondere Leistungsqualität (z. B. Barrierefreiheit) oder die Kenntnis der Einrichtung aus früheren Maßnahmen mit guten Ergebnissen sein. [36]

Fraglich ist, ob sich aus der „im Übrigen“-Verweisung des § 8 Abs. 1 Satz 2, 2. Halbs. SGB IX auf § 33 SGB I etwas für die Auslegung des Wortes „berechtigt“ in § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ergibt. § 33 Satz 2 SGB I lautet: „Dabei soll den Wünschen des Berechtigten ... entsprochen werden, soweit sie angemessen sind.“ Mit der Regelung des § 8 Abs. 1 Satz 2, 2. Halbs. SGB IX wird jedoch ausschließlich auf § 33 Satz 1 SGB I Bezug genommen. [37] Nur bei dieser Regelung handelt es sich um eine Auslegungsnorm zu § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB IX, denn sie bezieht sich ausschließlich auf objektive Lebenslagen des Rechtsinhabers, ergänzt um den Hinweis auf die Rechtskonformität der berücksichtigungsfähigen Umstände. § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX spricht hingegen hinsichtlich der subjektiven Dimensionen von den „berechtigten“ Wünschen des Betroffenen. [38] „Von berechtigten Wünschen ... kann nur ausgegangen werden, wenn sie sich im Rahmen des Leistungsrechts, der mit ihm ... verfolgten Zielsetzungen und sonstiger Vorgaben wie etwa der Pflicht, Leistungen nur in Einrichtungen zu erbringen, mit denen ein Vertrag nach § 21 (SGB IX) [39] besteht, halten. Sie sind dann auch angemessen“. [40] Somit kann § 33 Satz 2 SGB I für die Auslegung des Wortes „berechtigt“ in § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX keinerlei eigenständigen Deutungsgehalt besitzen.

Zu den von Rehabilitationsträgern bei der Ausführung von Leistungen zu beachtenden Grundsätzen gehört vor allem der einer sparsamen und wirtschaftlichen Leistungserbringung (vgl. z. B. § 13 Abs. 1 SGB VI), die sich auf Art, Dauer, Umfang, Beginn und Ausführung der

Leistung sowie auf die Auswahl der Reha-Einrichtung auswirkt. Wünsche des Versicherten, die mit diesen Grundsätzen vereinbar sind, hat etwa der Rentenversicherungsträger bereits nach § 13 Abs. 1 SGB VI im Rahmen seines pflichtgemäßen Ermessens zu berücksichtigen.

Zu den von den Rehabilitationsträgern zu berücksichtigenden Grundsätzen gehört auch, dass Leistungen nur in Einrichtungen erbracht werden dürfen, mit denen Verträge bestehen, deren Inhalte in § 38 SGB IX beschrieben sind. Wünsche eines Leistungsberechtigten nach einer bestimmten Reha-Einrichtung oder einem bestimmten Leistungsort sind daher nur dann berechtigt, wenn sie dies berücksichtigen und die Reha-Einrichtung in der Lage ist, eine sachgemäße und zielorientierte Leistung sowie deren Erfolg sicherzustellen. Daraus folgt, dass ein Rehabilitationsträger in der Regel berechtigt ist, den Wunsch eines Versicherten nach Aufnahme in eine bestimmte Einrichtung abzulehnen, wenn mit dieser kein Vertrag nach § 38 SGB IX besteht. Ein Wahlrecht des Versicherten besteht daher von vornherein grundsätzlich nur zwischen Einrichtungen, mit denen ein Rehabilitationsträger einen Vertrag abgeschlossen hat. Eine von diesem Grundsatz abweichende Ermessensentscheidung ist vom Rehabilitationsträger nur dann zu treffen, wenn ein atypischer Fall vorliegt. Dies ist etwa dann gegeben, wenn der Rehabilitationsträger nicht in der Lage ist, von ihm belegte Einrichtungen z.B. bei besonderen Erkrankungen anzubieten und die vom Versicherten gewünschte Einrichtung die vorgeschriebenen Anforderungen erfüllt. [41]

Wichtig erscheint dabei der Hinweis, dass es nicht erforderlich ist, dass der zur Leistung verpflichtete Rehabilitationsträger selbst mit der gewünschten Rehabilitationseinrichtung einen Versorgungsvertrag geschlossen hat, sondern dass es ausreicht, dass die gewünschte Einrichtung über einen Versorgungsvertrag nach § 38 SGB IX mit einem zur Erbringung von medizinischen Leistungen zuständigen Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) verfügt. [42] Eine Pflicht des Rehabilitationsträgers zum Abschluss eines Versorgungsvertrages mit einer Rehabilitationseinrichtung folgt aus § 8 SGB IX aber nicht. [43]

Nach § 8 Abs. 3 SGB IX haben die Berechtigten einen über § 8 Abs. 1 SGB IX hinausgehenden Anspruch darauf, dass die Rehabilitationsträger bei ihrer Aufgabenwahrnehmung das Selbstbestimmungsrecht der Berechtigten sowohl bei der Auswahl als auch bei der Ausführung der Leistung beachten. Dies folgt aus der Tatsache, dass die Auswahl und Ausführung einer Leistung zur „Gestaltung der Lebensumstände“ gehören.

Nicht berechtigt sind Wünsche, die die Zielgerichtetheit, die Bedarfsgerechtigkeit oder die Wirksamkeit

der Leistung einschränken oder gefährden. Ob das der Fall ist, beurteilt sich in den Aufgabenbereichen der einzelnen Rehabilitationsträger unterschiedlich. Der Wunsch nach einer wohnortnahen medizinischen Rehabilitation mag im Bereich der Krankenversicherung berechtigt sein, während er das in den Bereichen der Renten- oder Unfallversicherung gerade nicht ist, weil die spezifischen Rehabilitationsziele dieser Träger (RV: Abwendung der Minderung einer Erwerbsfähigkeit, § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a SGB VI; UV: vollständiger Schadensausgleich, § 26 SGB VII) eine Behandlungsqualität erfordern, die nur in überregionalen Einrichtungen vorhanden ist. [44]

4.2 Mehrkosten, Wunsch- und Wahlrecht vs. Wirtschaftlichkeitsgebot

Generell gilt, dass alle Sozialleistungen, also auch solche zur Teilhabe, dem Wirtschaftlichkeitsgebot unterliegen. Dies ergibt sich aus ausdrücklich aus § 69 Abs. 2 SGB IV und allgemein aus dem öffentlichen Haushaltsrecht. Dabei soll das Leistungsziel mit möglichst geringem Aufwand erreicht werden, was aber keinen Vorrang der billigsten Leistung bedeutet, wenn zwischen den zur Wahl stehenden Leistungen Qualitätsunterschiede bestehen. Solche Unterschiede können sich etwa daraus ergeben, dass eine Leistung für einen bestimmten Berechtigten auf Grund von dessen Wünschen und Präferenzen (§ 33 SGB I, § 8 SGB IX), schlichtweg besser geeignet ist als die vom Rehabilitationsträger zunächst angedachte Maßnahme. Nur bei qualitativer Gleichwertigkeit der Leistungen, ist der kostengünstigsten Vorrang zu geben.

a) Mehrkosten

Daraus folgt, dass es auch keinen generellen Mehrkostenvorbehalt gibt, wonach Leistungsberechtigte stets die durch Ausübung ihres Wunsch- und Wahlrechts entstehenden Mehrkosten zu tragen hätten. [45] Solche Mehrkostenvorbehalte bedürfen vielmehr ausdrücklicher gesetzlicher Regelungen, [46] wie sie in § 47 Abs. 3 SGB IX für Hilfsmittel und in § 29 Abs. 1 Satz 3 SGB VII für Arznei- und Verbandmittel der Unfallversicherungsträger enthalten sind. Sind sie nicht normiert, dann ist das Wunsch- und Wahlrecht ohne Zuzahlung zu realisieren, solange die gewünschte Leistung grundsätzlich im Sachleistungssystem zur Verfügung steht. [47] Wie in der Gesetzesbegründung ausgeführt wird, entstehen durch die erweiterten Wunsch- und Wahlrechte Mehraufwendungen, denen Einsparungen durch Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten auf Grund verbesserter Rehabilitationsleistungen gegenüberstehen. [48] Der Gesetzgeber geht daher mit Ausnahme des Hilfsmittelbereichs davon aus, dass

Mehraufwendungen grundsätzlich vom Leistungsträger zu tragen sind.

Eine besondere „Angemessenheitsobergrenze“ ist jedoch in § 104 Abs. 2 SGB IX für den Bereich der Eingliederungshilfe definiert. Die Vorschrift geht den allgemeinen Bestimmungen als *lex specialis* vor und konkretisiert § 8 SGB IX. [49] Danach ist Wünschen der Leistungsberechtigten, die sich auf die Gestaltung der Leistung richten, zu entsprechen, soweit sie „angemessen“ sind (§ 104 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Nach § 104 Abs. 2 Satz 2 SGB IX gelten Wünsche als nicht angemessen, wenn und soweit die Höhe der Kosten der gewünschten Leistung die Höhe der Kosten für eine vergleichbare Leistung von Leistungserbringern, mit denen eine Vereinbarung nach SGB IX-Kapitel 8 besteht, unverhältnismäßig übersteigt (Nr. 1) und wenn der Bedarf nach der Besonderheit des Einzelfalles durch die vergleichbare Leistung gedeckt werden kann (Nr. 2). Für die Anwendbarkeit des § 104 Abs. 2 Satz 2 SGB IX muss die Wunschleistung zu unverhältnismäßigen Mehrkosten führen. Bereits damit wird deutlich, dass nicht nur gleich kostenintensive Wunschleistungen erbracht werden können, sondern dass Mehrkosten durchaus entstehen können, solange sie nur nicht unverhältnismäßig sind.

Die Angemessenheit hat sich jedoch nicht nur auf Kostengesichtspunkte zu erstrecken, sondern auf die Ausgestaltung der Leistung im Übrigen, wie z.B. auf deren Qualität und Geeignetheit zur Erreichung der Teilhabeziele. [50] Bei dieser Entscheidung ist zunächst die Zumutbarkeit einer von den Wünschen des Leistungsberechtigten abweichenden Leistung zu prüfen (§ 104 Abs. 3 Satz 1 SGB IX). Die alternative Leistung zu der Wunschleistung muss für die Anwendbarkeit von § 104 Abs. 2 Satz 2 SGB IX qualitativ und quantitativ vergleichbar sein. Zwar muss es sich nicht um identische Leistungen handeln, allerdings dürfen die Abweichungen für die gleichwertige Erfüllung des Leistungszwecks der Eingliederungshilfe keine oder nur eine sehr marginale Relevanz aufweisen. [51] Liegen keine vergleichbaren Leistungen in diesem Sinne vor, schließt dies allerdings eine allgemeine Angemessenheitsprüfung nach § 104 Abs. 2 Satz 1 SGB IX nicht aus, denn auch insoweit kann eine etwas besser geeignete Leistung aufgrund sehr hoher Mehrkosten nicht mehr angemessen im Sinne der Norm sein. [52]

Die Frage, ob und wann die Wunschleistungen zu unverhältnismäßigen Mehrkosten führen, wurde bislang sehr unterschiedlich beantwortet. Das BVerwG hat jedenfalls Mehrkosten von 75 % als unverhältnismäßig angesehen, [53] während z. B. andere Gerichte die Spanne bei etwa 20–30 % festgelegt haben. [54] Letztlich muss aber bei der Frage der Verhältnismäßigkeit von Mehrkosten im Einzelfall auf die objektive Nachvollziehbar-

keit der subjektiven Wünsche in Bezug auf die Erreichung der Ziele der Eingliederungshilfe und nicht nur auf die unmittelbaren Kosten abgestellt werden. [55] In jedem Fall muss der Bedarf nach der Besonderheit des Einzelfalles durch die vergleichbare Leistung gedeckt werden können. Erhebliche Mehrkosten der Wunschleistung können also umso eher noch angemessen sein, je besser der Zweck der Eingliederungshilfe mit der Wunschleistung gegenüber der Alternativleistung erfüllt werden kann. [56] Pauschalierende Betrachtungen verbieten sich daher. An einen generellen Mehrkostenvorbehalt kann im Rahmen der Eingliederungshilfe daher nicht angeknüpft werden. [57]

Auch § 40 Abs. 2 Satz 4 SGB V enthält für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung eine trägerspezifische Regelung zum Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten, die über die allgemeinen Regelungen in § 33 SGB I und für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in § 8 SGB IX hinausgeht. Wählt der Versicherte danach eine andere als von der Krankenkasse zugedachte zertifizierte Einrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V nicht besteht, hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zur Hälfte zu tragen, aber nur insoweit als diese nicht im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 SGB IX angemessen sind. [58] Hier stellt sich die Frage, welche etwaigen Mehrkosten das sind und wie sie sich bestimmen lassen. Entscheidend für die Antwort ist, ob die zugewiesene Einrichtung den individuellen funktionsbezogenen Rehabilitationsbedarf des Berechtigten (§§ 13 Abs. 2, 19 SGB IX) decken und somit die daraus abgeleiteten Rehabilitationsziele (§§ 1, 4 Abs. 1, 13 Abs. 2 Nr. 3, 42 Abs. 1 SGB IX) erreichen kann. Nur die mit der Leistungsausführung in einer insoweit geeigneten Einrichtung verbundenen Kosten können der Beurteilung zugrunde gelegt werden, ob durch die Inanspruchnahme der vom Berechtigten gewünschten Einrichtung Mehrkosten entstanden sind. [59] Außerhalb des Bereichs der gesetzlichen Krankenversicherung haben alle übrigen Rehabilitationsträger bei gleicher Qualität und Wirksamkeit der gewünschten Leistungsausführung die anfallenden Mehrkosten zu übernehmen.

b) Wunsch- und Wahlrecht vs. Wirtschaftlichkeitsgebot

Nach dem Urteil des BSG vom 6.6.2002 [60] geht das Wirtschaftlichkeitsgebot grundsätzlich dem Wunsch- und Wahlrecht vor. Am 7.5.2013 [61] hatte das Gericht gar entschieden, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V als *lex specialis* das Wunsch- und Wahlrecht des § 8 SGB IX verdrängt. Dabei beruft sich das BSG auf § 7 Satz 1 SGB IX, wonach die Vorschriften des SGB IX hinter speziellem Reha-Trägerrecht zurück-

zustehen haben. Nur ist das Wirtschaftlichkeitsgebot keine „spezielle“ Vorschrift des SGB V, sondern eine, die das gesamte Sozialgesetzbuch durchzieht. Mithin muss das Wunsch- und Wahlrecht des SGB IX einen das Wirtschaftlichkeitsgebot transzendierenden Sinngehalt besitzen und kann durch dieses Gebot nicht ausgehebelt werden. Beide Urteile lassen also unberücksichtigt, dass das Wunschrecht ein Element der Wirksamkeit ist und somit einen bedeutenden Aspekt der wirtschaftlichen Leistungserbringung darstellt. In Anbetracht des Zusammenhangs von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (vgl. § 28 Abs. 2 SGB IX, wonach nur wirksam ausgeführte Leistungen wirtschaftlich sind), hätte das Gericht zwei Elemente des Wirtschaftlichkeitsgebots, nämlich das selbstbestimmte Wunschrecht und das Auswahlmessen der Träger, gegeneinander abwägen müssen. [62] Die Entscheidung vom 7.5.2013 ist nicht zuletzt deshalb auf Kritik gestoßen, [63] weil sie ohne eine zwingende Abweichung im Wortlaut des SGB V die Anwendung von § 8 Abs. 1 SGB IX praktisch ausschließt.

Das Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 Abs. 1 SGB IX soll die Motivation zur und die Wirksamkeit der Maßnahme befördern, damit sie zur „lohnenden Investition“ wird. [64] Seine Ausübung und Verwirklichung erhöht die Ergebnisqualität, d. h. es verkörpert selber ein rehabilitations-spezifisches Ökonomieprinzip. [65] Es kann daher nicht in Opposition zu den Geboten sparsamen Wirtschaftens treten. Seine Umsetzung ist, so sieht es das SGB IX, per se wirtschaftlich. [66] Das mag der Leistungsbewilligungs- oder Leistungserbringungspraxis nicht immer bequem sein, ist vom Gesetz aber so gewollt und entspricht dem mit dem SGB IX intendierten Paradigmenwechsel weg von der Behindertenfürsorge hin zur Behindertenvorsorge und Behindertenselbstständigkeit. [67]

Das Wunsch- und Wahlrecht geht seit Einführung des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) vom 16.7.2015 [68], ausdrücklich dem Wirtschaftlichkeitsgebot vor. [69] Die dem entgegenstehende Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 7.5.2013, B 1 KR 12/12 R) ist mit dieser Gesetzesänderung überholt.

4.3 Das Wahlrecht in Bezug auf Geld - statt Sachleistungen

Sachleistungen zur Teilhabe, die nicht in Rehabilitationseinrichtungen auszuführen sind, können nach § 8 Abs. 2 Satz 1 SGB IX auf Antrag der Leistungsberechtigten als Geldleistungen erbracht werden, wenn die Leistungen hierdurch voraussichtlich bei gleicher Wirksamkeit wirtschaftlich zumindest gleichwertig ausgeführt werden können. Für die Beurteilung der

Wirksamkeit stellen die Leistungsberechtigten dem Rehabilitationsträger geeignete Unterlagen zur Verfügung (§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB I). Diese müssen eine hinreichende Transparenz und Aussagefähigkeit über die gewünschte Leistungserbringung aufweisen, damit der Rehabilitationsträger in die Lage versetzt wird, bezüglich der Wirksamkeit der vom Betroffenen gewünschten Maßnahme eine Entscheidung zu treffen. Kommt der Leistungsberechtigte dieser Obliegenheit nicht nach, kann der Rehabilitationsträger den Antrag auf Geld- statt Sachleistung allein aus diesem Grund ablehnen.

Das Recht auf Ausführung der Sachleistung als Geldleistung besteht somit nicht, wenn die Ausführung der Leistung in einer Rehabilitationseinrichtung notwendig ist. Die komplexe und intensive Form der Leistungserbringung in einer Einrichtung bedarf nämlich in jedem Fall der Qualitäts-, Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitskontrolle der Rehabilitationsträger, sodass sie nicht durch das in § 8 SGB IX vorgesehene Verfahren ersetzt werden kann. [70]

Umstritten ist, ob mit dem Begriff der Sachleistung auch Dienstleistungen erfasst werden. [71] Wie häufig im Sozialrecht, wird man hier davon auszugehen haben, dass der Begriff als Oberbegriff für Sach- und Dienstleistungen zu verstehen ist. [72]

Ein Geldleistungsanspruch besteht in diesem Fall nur aufgrund einer Ermessensentscheidung des Rehabilitationsträgers, was zur Folge hat, dass keine Leistungsberechtigung i. S. d. § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX besteht, wenn der Rehabilitationsträger bei pflichtgemäßer Ermessensausübung den Leistungsantrag ablehnt.

Lehnt der Rehabilitationsträger den Antrag des Leistungsberechtigten ab, so hat er dies nach nach der Regelung des § 8 Abs. 2 Satz 3 SGB IX durch Bescheid zu begründen. Diese an sich wegen § 35 SGB X selbstverständliche Regelung soll nach der Gesetzesbegründung klarstellen, dass den Leistungsberechtigten hinsichtlich der Wirksamkeit der von ihm gewünschten Geldleistung keine Beweislast trifft. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass der Betroffene zusammen mit seinem Antrag Unterlagen einzureichen hat, aus denen die Wirksamkeit der durch eine Geldleistung von ihm selbst zu beschaffenden Maßnahme ersichtlich wird. Vielmehr hat der Rehabilitationsträger mit Hilfe der ihm vom Leistungsberechtigten zur Verfügung gestellten Unterlagen seine Entscheidung zu begründen und ggf. auch im Rechtsbehelfsverfahren zu vertreten. [73] Dabei hat er nach § 35 Abs. 1 Satz 2 SGB X auch die Gesichtspunkte mitzuteilen, von denen er bei der Ausübung seines Ermessens ausgegangen ist.

Andernfalls hätte der Leistungsberechtigte die Pflicht, einen Preisvergleich anzustellen bzw. der Träger bräuchte lediglich zu behaupten, die von ihm vorgeschlagene Sachleistung habe die gleiche Qualität und Wirksamkeit wie die mit Geldmitteln vom Berechtigten selbst beschaffte Leistung. Dem Betroffenen wären dann mangels detaillierterer Kenntnis Einwendungen abgeschnitten. So aber hat der Rehabilitationsträger, der sich darauf beruft, dass die für den Betroffenen ausgewählte Sachleistung gleich leistungsfähig sei wie die vom Betroffenen gewünschte Geldleistung, aber mit günstigeren Vergütungssätzen zu erbringen sei als letzterer, die Gleichwertigkeit der Leistungserfüllung mittels eines Bescheids (§ 8 Abs. 2 Satz 3 SGB IX) eingehend und nachprüfbar darzulegen, wogegen Widerspruch und Klage möglich sind. Da mit der Leistungsablehnung ein Eingriff in bestehende Rechte (§ 19 Abs. 1 SGB IX: Abstimmung der erforderlichen Leistungen mit dem Leistungsberechtigten im Teilhabeplan) verbunden ist, ist der Betroffene zuvor nach § 24 SGB X anzuhören. [74]

Das Wahlrecht besteht bei Sachleistungen, die außerhalb von Rehabilitationseinrichtungen zu erbringen sind, also bei ambulanten und mobilen Rehabilitationdienstleistungen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft. Die Gesetzesbegründung nennt insoweit Einrichtungen zur Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. [75]

Nach der Übermittlung eines Geldbetrages anstatt einer Sachleistung hat der Betroffene sich die konkrete Ausführung der Leistung durch einen Dritten selbst zu beschaffen, wobei er diesem gegenüber als Vertragspartner i. S. des BGB auftritt. § 8 Abs. 2 Satz 1 SGB IX setzt dabei voraus, dass die selbstbeschafften Leistungen bei gleicher Wirkung wirtschaftlich zumindest gleichwertig ausgeführt werden können. Ist diese Voraussetzung erfüllt, kann das dem Rehabilitationsträger eingeräumte Ermessen fehlerfrei nur durch Zustimmung zu dem gestellten Antrag ausgeübt werden. Die wirtschaftlich zumindest gleichwertige Ausführung der Leistung ist nach den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 69 SGB IV i. V. m. § 28 Abs. 2 SGB IX) unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit zu beurteilen. [76]

5 Schlussbemerkung

Wunsch- und Wahlrechte der Leistungsberechtigten mögen im Einzelfall dort, wo sie von der vom Rehabilitationsträger vorgesehenen Maßnahme abweichen, für letzteren unbequem sein. Dennoch sind sie angesichts der gebotenen Umsetzung der Rehabilitationsziele „Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ (§ 1 SGB IX) und der selbstbestimmten Lebensführung entsprechend den Grundsätzen des Art. 3a der UN-Behindertenrechtskonvention unabdingbar. Die Ablehnung eines vom Leistungsberechtigten geäußerten Wunsches bedarf deshalb einer besonders sorgfältigen Begründung, die auch diejenigen Gesichtspunkte zu erkennen gibt, von denen der Rehabilitationsträger bei der Ausübung seines Ermessens ausgegangen ist.

Autor

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

Quellen

- [1] Die Regelung des § 8 SGB IX ist mit Wirkung zum 1.1.2018 durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) vom 23.12.2016 (BGBl. I, S. 3234) in Kraft getreten (Art. 1 i.V.m. Art. 26 Abs. 1 BTHG) und war ursprünglich in § 9 SGB IX vom 1.7.2001 enthalten.
- [2] BSG, 3.11.1999, B 3 KR 16/99 R, SozR 3-1200 § 33 Nr. 1, Rn. 21.
- [3] Vgl. BVerwG, 15.6.1970, V C 11.70, BVerwGE 35, 287, 289; Just, in: Hauck/Noftz, SGB I, § 33, Rn. 17.
- [4] Vgl. Just, in: Hauck/Noftz, SGB I, § 33, Rn. 18.
- [5] Just, in: Hauck/Noftz, SGB I, § 33, Rn. 20; Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, § 33 SGB I, Rn. 3.
- [6] Vgl. Hill, NJW 1986, S. 2602, 2609.

- [7] BSG, 17.5.2023, B 8 SO 12/22 R, juris Rn. 22.
- [8] Vgl. Gesetzesbegründung, BT-Drucks. 14/5074, S. 100 zu der bis zum 31.12.2017 geltenden inhaltsgleichen Vorgängerregelung des § 9 SGB IX; BSG, 25.5.2011, B 12 KR 8/09 R, SozR 4-2500 § 5 Nr. 14, Rn. 26; Fuchs, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, 7. Aufl. 2021, § 8, Rn. 8.
- [9] Fuchs, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, 7. Aufl. 2021, § 8, Rn. 4b.
- [10] Welti, SGB 2003, S. 379, 381 f.
- [11] Fuhrmann/Heine, SGB 2009, S. 516, 520 m.w.N.
- [12] BT-Drucks. 14/5074, S. 100; Noftz, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 2a, Rn. 36.
- [13] Vgl. BSG, 10.9.1984, 10 RKg 15/83, SozR 1200 § 47 Nr. 1; BSG, 14.8.2003, B 13 RJ 11/03 R, SGB 2004, S. 631.
- [14] Mrozynski, SGB I, 4. Aufl. 2010, § 33, Rn. 10.
- [15] Just, in: Hauck/Noftz, SGB I, § 33, Rn. 16; Lilge, in: Lilge/Gutzler, SGB I, 5. Aufl. 2019, § 31, Rn. 44 f.; Wanna-gat/Rüfner, SGB I, § 33, Rn. 9; Mrozynski, SGB I, 6. Aufl. 2019, § 33, Rn. 13; Bley, in: GesKomm., § 33, Rn. 14.
- [16] Vgl. BSG, 3.2.1988, 5/5b RJ 46/87, SozR 2200 § 1243 RVO Nr. 7, Rn. 14.
- [17] Vgl. Timme, in: Krahmer/Trenk-Hinterberger LPK-SGB I, 4. Aufl. 2020, § 33, Rn. 5; Just, in: Hauck/Noftz, SGB I, § 33, Rn. 7; Welti/Sulek, VSSR 2000, S. 459; Lilge, in: Lilge/Gutzler, SGB I, 5. Aufl. 2019, § 31, Rn. 18; a.A. Mrozynski, SGB I, 4. Aufl. 2010, § 33, Rn. 8.
- [18] Lilge, in: Lilge/Gutzler, SGB I, 5. Aufl. 2019, § 33, Rn. 21.
- [19] LSG Nordrhein-Westfalen, 24.10.2008, L 8 B 15/08 R ER, juris.
- [20] Vgl. Lilge, in: Lilge/Gutzler, SGB I, 5. Aufl. 2019, § 33, Rn. 46; Mrozynski, SGB I, 6. Aufl. 2019, § 33, Rn. 13b; Weselski, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB I, 3. Aufl. 2018, § 33, Rn. 47; Just, in: Hauck/Noftz, SGB I, § 33, Rn. 17; Bley, in: GesKomm., § 33 SGB I, Rn. 15.
- [21] Lilge, in: Lilge/Gutzler, SGB I, 5. Aufl. 2019, § 33, Rn. 46.
- [22] Wertenbruch, in: BochKomm, SGB I, § 33 Rn. 20., Just, in: Hauck/Noftz, SGB I, § 33, Rn. 20.
- [23] Vgl. Lilge, in: Lilge/Gutzler, SGB I, 5. Aufl. 2019, § 31, Rn. 53; Just, in: Hauck/Noftz, SGB I, § 33, Rn. 20.
- [24] BSG, 15.11.1983, 1 RA 33/83, SozR § 1236 Nr. 43.
- [25] Vgl. BSG, 12.9.1984, 10 RKg 15/83, SozR 1200 § 47 Nr. 1; BSG, 14.8.2003, B 13 RJ 11/03 R, SozR 4-7610 § 362 Nr. 1, Rn. 22; vgl. auch Bayerisches LSG, 30.10.1985, L 4 Kg 41/84, juris.
- [26] Vgl. dazu nachstehend unter IV.2.a.
- [27] BSG, 7.5.2013, B 1 KR 12/12 R, SozR 4-2500 § 40 Nr. 7; BVerwG, 22.1.1987, 5 C 10/85, BVerwGE 75, 343 ff.
- [28] Vgl. Bley, in: GesKomm., § 33, Rn. 17b; Lilge, in: Lilge/Gutzler, SGB I, 5. Aufl. 2019, § 33, Rn. 56; Wanna-gat/Rüfner, SGB I, § 33, Rn. 10; Just, in: Hauck/Noftz, SGB I, § 33, Rn. 21; vgl. auch Peters/Hommel, SGB AT, § 33, Rn. 4.
- [29] Weselski, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB I, 3. Aufl. 2018, § 33, Rn. 51.
- [30] BT-Drucks. 14/5074, S. 100; Luthe in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl. 2018, § 8, Rn. 28.
- [31] Jousen, in: Dau/Düwell/Jousen/Luik, SGB IX, 6. Aufl. 2022, § 8, Rn. 6; Sieper, jurisPR-SozR 22/2022 Anm. 3.
- [32] Welti, DVfR, Forum D – Diskussionsbeitrag Nr. 19/2015, S. 3, www.reha-recht.de (10.2.2025).
- [33] Vgl. BT-Drucks. 14/5074, S. 100 f. zu der bis zum 31.12. 2017geltenden Regelung des § 9 SGB IX.
- [34] BT-Drucks. 14/5074, S. 100.
- [35] Fuhrmann/Heine, SGB 2009, S. 516, 519.
- [36] Fuhrmann/Heine, SGB 2009, S. 516, 521.
- [37] Fuhrmann/Heine, SGB 2009, S. 516, 519.
- [38] Fuhrmann/Heine, SGB 2009, S. 516, 519.
- [39] Heute: § 38 SGB IX.
- [40] BT-Drucks. 14/5074.
- [41] Vgl. Bayerisches LSG, 22.7.2010, L 14 R 382/09, juris Rn. 24 f.
- [42] Fuchs, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, 7. Aufl. 2021, § 8, Rn. 23.
- [43] LSG Nordrhein-Westfalen, 3.3.2006, L 4 RA 45/03, juris Rn. 31; LSG Rheinland-Pfalz, 12.1.2004, L 2 RJ 160/03, NZS 2004, S. 653.
- [44] Fuchs, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, 7. Aufl. 2021, § 8, Rn. 21.

- [45] SG München, 15.5.2023, S 48 SO 131/23 ER, juris Rn. 33; SG Halle, 11.4.2024, S 7 SO 9/24 ER, juris Rn. 32; Welti, DVfR, Forum D – Diskussionsbeitrag Nr. 19/2015, S. 4, www.reha-recht.de (10.2.2025).
- [46] Fuhrmann/Heine, SGB 2009, S. 516, 517 a.E.
- [47] Vgl. Hessisches LSG, 28.8.2008, L 1 KR 02/05, ZGMR 2008, S. 333.
- [48] BT-Drucks. 14/5074, S. 2.
- [49] LSG Baden-Württemberg, 19.11.2024, L 2 SO 3045/24 ER-B, juris Rn. 31; Gutzler, in: Hauck/Noftz SGB IX, § 104, Rn. 5. Zum Verhältnis von § 104 SGB IX zu § 33 SGB I vgl. BT-Drs. 18/9522, S. 279; LSG Niedersachsen-Bremen, 13.12.2022, L 8 SO 42/22 B ER, juris Rn. 25; SG Freiburg, 13.7.2023, S 9 SO 1663/23 ER, juris Rn. 16.
- [50] Vgl. BT-Drucks. 18/9522, S. 280; vgl. auch LSG Niedersachsen-Bremen, 13.12.2022, L 8 SO 42/22 B ER, juris; LSG Sachsen, 22.3.2022, L 8 SO 49/21 B ER, juris Rn. 33.
- [51] Gutzler, in: Hauck/Noftz SGB IX, § 104, Rn. 25.
- [52] LSG Baden-Württemberg, 19.11.2024, L 2 SO 3045/24 ER-B, juris Rn. 31; Gutzler, in: Hauck/Noftz SGB IX, § 104, Rn. 25.
- [53] BVerwG, 11.2.1982, 5 C 85/80, BVerwGE 65, 52, 56.
- [54] SG Karlsruhe, 20.5.2015, S 1 SO 4334/14, juris; SG Karlsruhe, 28.11.2014, S 1 SO 750/14, juris; SG Duisburg, 16.4.2012, S 2 SO 55/11, juris; SG Freiburg, 1.3.2011, S 9 SO 2640/10, juris; SG Hildesheim, 19.5.2010, S 34 SO 212/07, juris; SG Mainz, 30.6.2009, S 5 SO 32/07, juris; SG Oldenburg, 15.6.2007, S 2 SO 22/07 ER, juris; OVG Lüneburg, 16.2.2004, 4 ME 400/03, juris.
- [55] Gutzler, in: Hauck/Noftz SGB IX, § 104, Rn. 26.
- [56] Gutzler, in: Hauck/Noftz, SGB IX, § 104, Rn. 22; kritisch zum Mehrkostenvorbehalt unter Berücksichtigung von Art. 19 der UN-Behindertenrechtskonvention Schmitt, NZS 2018, S. 247, 254.
- [57] Vgl. Wehrhahn, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 4. Aufl., § 104, Rn. 10.
- [58] SG Darmstadt, 27.10.2023, S 10 KR 908/19, juris Rn. 26.
- [59] Fuchs, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, 7. Aufl. 2021, § 8, Rn. 35.
- [60] B 3 KR 68/01 R, SozR 3-2500 § 33 Nr. 44, Rn. 13, 17; kritisch dazu: Bold, NZS 2014, S. 129 ff. sowie Fuhrmann/Heine, SGB 2014, S. 297 ff.
- [61] BSG, 7.5.2013, B 1 KR 12/12 R, SozR 4-2500 § 40 Nr. 7.
- [62] Fuchs, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, 7. Aufl. 2021, § 8, Rn. 13.
- [63] Vgl. Fuhrmann/Heine, SGB 2014, S. 297 ff.
- [64] Vgl. Raspe, Die Rehabilitation 1/2009, S. 49.
- [65] Fuhrmann/Heine, SGB 2009, S. 516, 518.
- [66] Vgl. BT-Drucks. 14/5074, S. 2: „Durch erweiterte Leistungsansprüche der Versicherten entstehen für die gesetzliche Krankenversicherung Mehraufwendungen, denen Einsparungen durch Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten auf Grund verbesserter Rehabilitationsleistungen gegenüberstehen“.
- [67] So auch BT-Drucks. 14/2931, S. 3; Fuhrmann/Heine, SGB 2009, S. 516, 518.
- [68] BGBl. I, S. 1211.
- [69] Waßer, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, § 40, Rn. 83 ff., 86; SG Oldenburg, 13.1.2022, S 63 KR 261/20, juris mit Anm. Walling, DVfR, Fachbeitrag A13-2022, www.reha-med.de (12.2.2025); SG Darmstadt, 27.10.2023, S 10 KR 908/19, juris Rn. 26 f.
- [70] Welti, in: Lachwitz/Schellhorn/Welti, HK-SGB IX, 2. Aufl. 2006, § 8, Rn. 40.
- [71] Vgl. dazu Welti, SGB 2003, S. 386.
- [72] Vgl. BSG, 16.12.1993, 4 RK 5/92, SozR 3-2500 § 13 Nr. 4; LSG Brandenburg, 7.6.2005, L 24 KR 49/03, juris.
- [73] Vgl. BT-Drucks. 14/5800, S. 25 zu der bis zum 31.12.2017 geltenden Regelung des § 9 SGB IX.
- [74] Fuchs, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, 7. Aufl. 2021, § 8, Rn. 47.
- [75] BT-Drucks. 14/5047, 104.
- [76] Fuchs, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, 7. Aufl. 2021, § 8, Rn. 44.

