

Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft

1 2026

In diesem Heft

Dr. Johanna Freund, Kathrin Pörner & Dr. Ingrid Titzler
Inanspruchnahme des Telefonischen Einzelfallcoachings in der
Routineversorgung: Evaluationsergebnisse aus dem SVLFG
Modellprojekt „Mit uns im Gleichgewicht“ zur Prävention von
psychischer Belastung in den „grünen Berufen“

Karl Friedrich Köhler
Entschädigung eines aufgrund einer Heilbehandlung eingetretenen
Gesundheitsschadens als Aufgabe der landwirtschaftlichen
Unfallversicherung

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



Herausgeber

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

www.svlfg.de

Weißensteinstraße 70-72
34131 Kassel

Telefon: 0561 785-16014

E-Mail: kommunikation@svlfg.de

Redaktion

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

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

Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft

1²⁰²⁶

In diesem Heft

Dr. Johanna Freund, Kathrin Pörner & Dr. Ingrid Titzler

Inanspruchnahme des Telefonischen Einzelfallcoachings in der Routineversorgung: Evaluationsergebnisse aus dem SVLFG-Modellprojekt „Mit uns im Gleichgewicht“ zur Prävention von psychischer Belastung in den „grünen Berufen“

Seite 4

Karl Friedrich Köhler

Entschädigung eines aufgrund einer Heilbehandlung eingetretenen Gesundheitsschadens als Aufgabe der landwirtschaftlichen Unfallversicherung

Seite 18

Inanspruchnahme des Telefonischen Einzelfallcoachings in der Routineversorgung: Evaluationsergebnisse aus dem SVLFG Modellprojekt „Mit uns im Gleichgewicht“ zur Prävention von psychischer Belastung in den „grünen Berufen“

Dr. Johanna Freund, Kathrin Pörner & Dr. Ingrid Titzler

Personen in den grünen Berufen sind aufgrund der Arbeitsbedingungen im landwirtschaftlichen Sektor einer Vielzahl an Risikofaktoren ausgesetzt. Das macht sie anfälliger für psychische und körperliche Erkrankungen als Personen in anderen Berufsgruppen. Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) bietet ihren Versicherten eine Reihe an Präventionsangeboten an, welche vor Ort in Präsenz genutzt werden können. Im Rahmen des Modellprojekts „Mit uns im Gleichgewicht“ werden diese Gesundheitsangebote um telefon- und internetgestützte Angebote erweitert. Die Wirksamkeit dieser telefon- und internetgestützten Angebote wurde von den Wissenschaftspartnern der Universität Erlangen-Nürnberg und Universität Ulm im Zeitraum 2018 bis 2022 in verschiedenen Teilprojekten wissenschaftlich evaluiert. Im Rahmen der Implementierungsstudie ImplementIT wurde die Einführung und der stufenweise nationale Rollout dieser telefon- und internetgestützten Angebote in die Routineversorgung der SVLFG wissenschaftlich begleitet, um den Implementierungsprozess auf verschiedenen individuellen und organisatorischen Ebenen zu evaluieren. Der aktuelle Artikel berichtet die Studiendaten aus ImplementIT zur Inanspruchnahme des Telefonischen Einzelfallcoachings in der Routineversorgung durch Versicherte der SVLFG, wie z.B. die Coachingdauer, Themenschwerpunkte und die Weiterleitung an externe Angebote. Die Ergebnisse sprechen für eine gute Anpassung des Telefonischen Einzelfallcoachings an die Bedürfnisse der Zielgruppe, was aufgrund der hohen Arbeitsbelastung besonders relevant ist. Diese Flexibilität zeigt sich einerseits in der Bandbreite der Dauer der einzelnen Sitzungen sowie auch des gesamten Coachingprozesses. Es wurden sowohl Verlängerungen des Coachings zur weiteren Stabilisierung gestellt als auch einige Coachings vorzeitig beendet, wenn bereits eine Verbesserung der Lebenssituation erreicht wurde.

1 Hintergrund

Das von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forst- und Gartenbau (SVLFG) eingeführte Modellprojekt „Mit uns im Gleichgewicht“ hat die Förderung und den Erhalt der psychischen Gesundheit bei Personen zum Ziel, die im beruflichen Setting Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau tätig sind. Um die psychische Gesundheit von Personen in den „grünen Berufen“ (im Folgenden als Sammelbegriff für die bei der SVLFG versicherten Berufsgruppen verwendet) zu erhalten und zu fördern, bietet die SVLFG ihren Versicherten Vor-Ort-Präventionsangebote an, wie zum Beispiel Seminare zur Betriebsübergabe oder zum Stressmanagement. Diese Gesundheitsangebote wurden im Rahmen des geförderten Modellprojektes um internet- und telegestützte Interventionen erweitert, welche von externen Dienstleistern angeboten werden.

Interventionen zur Prävention von psychischen Belastungen sind insbesondere in der Landwirtschaft gefragt, da diese Berufsgruppe aufgrund ihrer schwierigen Arbeitsbedingungen vielen Belastungen (zum Beispiel hohe Arbeitsbelastung, Familienkonflikte, Saisonarbeit) ausgesetzt ist. Eine Übersichtsarbeit von Yazd et al. (2019) fand eine höhere Belastung in landwirtschaftsnahen Berufen im Vergleich zu nicht-landwirtschaftlichen Berufen. Insbesondere Personen aus dem Bereich (Milch-)Viehhaltung berichteten über ein

höheres Belastungsniveau im Vergleich zu nicht-landwirtschaftlichen Berufen. In einer weiteren Übersichtsarbeit, die 35 Studien aus dem Zeitraum 1987 bis 2018 umfasste, wurde die Punkt-Prävalenz von Depression (d.h. der Anteil an Personen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt eine Depression aufwiesen) bei Personen in der Landwirtschaft und verwandten Bereichen in den USA auf 20 % geschätzt (Hagen et al., 2020). Mit Blick auf diese hohe Rate an Betroffenen ist auch die Berücksichtigung von Risikofaktoren sehr wichtig. Folgende Risikofaktoren für eine psychische Belastung in der Landwirtschaft und verwandten Berufsfeldern wurden unter anderem in der Übersichtsarbeit von Yazd et al. (2019) identifiziert (in Klammern sind die absolute Anzahl und der Prozentsatz an Studien notiert, in denen diese identifiziert wurden): Pestizidbelastungen (43, 19 %), finanzielle Situation, z. B. Investments, Einkommen, Marktsituation (39,18 %), Wetterunsicherheit inkl. Dürren und Klimawandel (25,11 %), schlechte physische Gesundheit und Unfälle (23,10 %) sowie Arbeitsbelastung und Stress (17,8 %).

Hinzu kommt, dass selbst bei identifizierter Belastung und Bereitschaft der Personen, Unterstützung zu suchen, die Versorgung mit entsprechenden Angeboten im ländlichen Raum allgemein eingeschränkt ist (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018; Salize et al., 2007), was insbesondere die Berufsfelder der grünen Branche betrifft. Diese Versorgungslücke könnte durch

internet- und telegestützte Gesundheitsangebote als zeitlich und örtlich flexible Ansätze zur Erbringung von Gesundheits-/Präventionsleistungen verkleinert werden. Sie sind bereits bei einer Vielzahl somatischer und psychischer Beschwerden und Erkrankungen sowie verschiedenen Zielgruppen erprobt und für wirksam befunden worden (Snoswell et al., 2023). Jedoch fehlt es bislang an Untersuchungen in der Zielgruppe der grünen Berufe und an Erkenntnissen über die Akzeptanz und Inanspruchnahme von internet- und telegestützten Gesundheitsangeboten (Myers, 2018). Diese Zielgruppe scheint jedoch aus obig berichteten Gründen insbesondere eine hohe Relevanz zu haben für eine nachhaltige Integration und Implementierung von internet- und telebasierten Angeboten in die Regelversorgung.

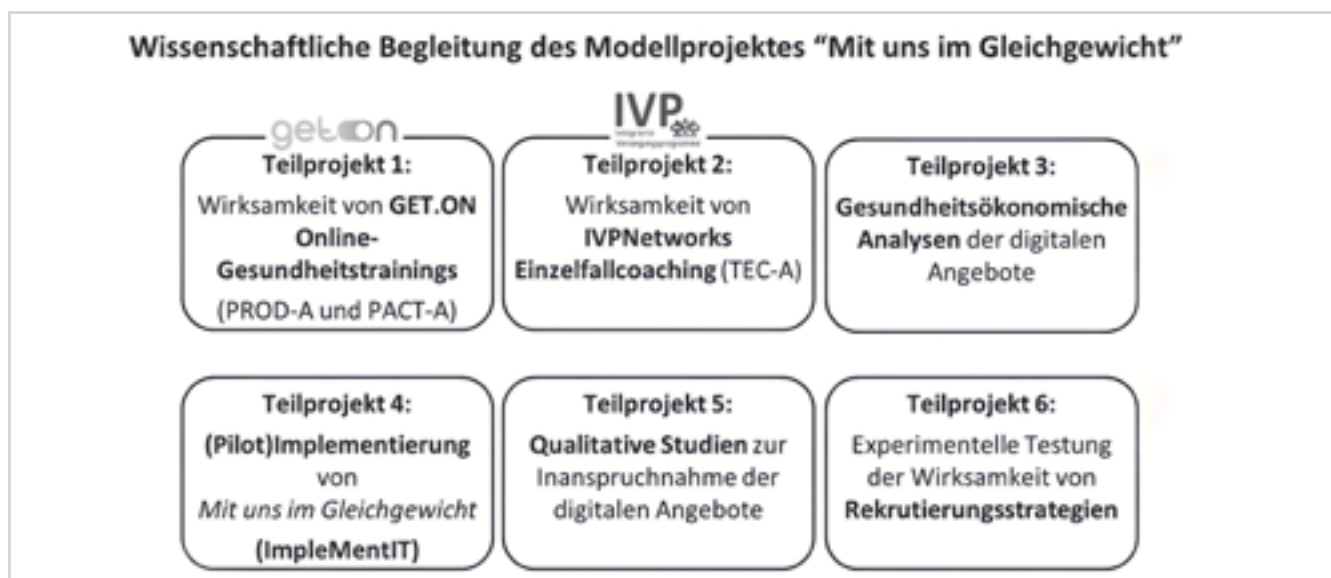
Vor diesem Hintergrund untersuchte der Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) und die Abteilung für Klinische Psychologie der Universität Ulm (UUlm) im Auftrag der SVLFG von 01.06.2017 bis 30.04.2025 zum einen die klinische Wirksamkeit und Kosteneffektivität von Online-Gesundheitstrainings und einem Telefonischen Einzelfallcoaching und zum anderen die Akzeptanz, Inanspruchnahme und Implementierung dieser präventiven digitalen Interventionen in der Zielgruppe der SVLFG-Versicherten. Die neuen digitalen Gesundheitsangebote wurden den Versicherten der SVLFG in ganz Deutschland über unterschiedliche Zugangswege angeboten und im Rahmen der Implementierungsstudie ImplementIT (Freund et al., 2020) evaluiert. Abbildung 1 zeigt die verschiedenen Teilprojekte und -studien zur Evaluation von Wirksam-

keit, Kosteneffektivität und Implementierung graphisch. Detaillierte Informationen zum Studiendesign der jeweiligen Teilprojekte enthalten die Studienprotokolle aller veröffentlichten Wirksamkeits- und Implementierungsstudien (Braun et al., 2019; Freund et al., 2020; Terhorst et al., 2020; Thielecke et al., 2020). Weitere deutschsprachige Publikationen zum Projekt sind außerdem in der Ausgabe 1/2023 (Titzler et al., 2023) sowie 2/2024 (Freund et al., 2024; Titzler & Freund, 2024) der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft“ erschienen.

2 Implementierung des Telefonischen Einzelfallcoachings in die Routineversorgung

Die Wirksamkeit des Telefonischen Einzelfallcoachings wurde im Rahmen des Modellprojekts „Mit uns im Gleichgewicht“ in der randomisiert-kontrollierten Studie TEC-A untersucht, was als Goldstandard in der Forschung gilt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die depressive Symptomschwere von Personen, die am Telefonischen Einzelfallcoaching teilnahmen, sowohl nach sechs, zwölf und 18 Monaten nach Coachingbeginn signifikant im Vergleich zu Personen in der Kontrollgruppe verringert hatte (Thielecke et al., 2024; Thielecke & Titzler et al., 2025a). Diese Ergebnisse wurden bereits in international anerkannten wissenschaftlichen Zeitschriften und der Ausgabe 1/2025 der Zeitschrift „Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft“ veröffentlicht (Thielecke et al., 2025b).

Abbildung 1. Übersicht über die Teilprojekte der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes „Mit uns im Gleichgewicht“



Obwohl es bereits zahlreiche telemedizinische Interventionen mit nachgewiesener Wirksamkeit gibt, erfolgt deren Einsatz und Anwendung in der Gesundheitsversorgung sehr verzögert, langsam und kostenintensiv. Nur 14 % der klinischen Interventionen gelingt die langfristige Integration in die Routineversorgung (Westfall et al, 2007). Die Implementierungsforschung verfolgt daher das Ziel, die Implementierung von innovativen Lösungen in die Gesundheitsversorgung zu verbessern und effektiver zu gestalten (Eccles & Mittman, 2006).

Das von der SVLFG für ihre Versicherten im Bereich Landwirtschaft, Forstwirtschaft und Gartenbau eingeführte Telefonische Einzelfallcoaching wurde ab Juni 2018 zuerst in den Pilot-Regionen Bayern und Schleswig-Holstein eingeführt und ab April 2019 stufenweise auf alle Bundesländer ausgeweitet. Die Implementierungsstudie ImplementIT zielte darauf ab, den stufenweisen Implementierungsprozess der telegestützten SVLFG-Gesundheitsangebote in die Routineversorgung durch den externen Dienstleister IVPNetworks zu evaluieren und Determinanten für eine erfolgreiche Implementierung auf verschiedenen individuellen und organisatorischen Ebenen zu identifizieren. Im Rahmen dessen wurden u.a. Barrieren und Förderfaktoren aus Sicht der Mitarbeitenden untersucht. Weitere Informationen und Ergebnisse können den entsprechenden Veröffentlichungen entnommen werden (Freund et al., 2023; Titzler & Freund, 2024).

3 Methode

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen der Erhebung dargestellt. Das Studiendesign sowie alle methodischen Details können im Studienprotokoll der Implementierungsstudie ImplementIT nachgelesen werden (Freund et al., 2020). Alle SVLFG Versicherten, die seit April 2019 die internet- und telegestützten Gesundheitsangebote nutzten, wurden zu drei wissenschaftlichen Kurz-Befragungen zur Evaluation der Gesundheitsangebote in der Routine-Versorgung eingeladen. Nach der Beratung im Telezentrum der SVLFG, der schriftlichen Einverständniserklärung zur Studienteilnahme und Einsteuerung in das Telefonische Einzelfallcoaching durch Telezentrummitarbeitende, wurden Teilnehmende zur ersten Online-Befragung eingeladen. Weitere Online-Befragungen fanden sechs und zwölf Monate nach Interventionsbeginn statt.

Die Evaluation basierte auf weit verbreiteten Modellen in der Implementierungsforschung, dem RE-AIM Framework (Glasgow et al., 1999) und dem Consolidated Framework for Implementation Research (Damschroder et al., 2009). Mithilfe des RE-AIM Frameworks lässt sich der Durchführungserfolg einer Intervention auf den

folgenden fünf Dimensionen Reichweite, Wirksamkeit, Annahme, Implementierung und Aufrechterhaltung werten. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Dimension „Implementierung“. Diese zielt darauf ab, zu erfassen, ob eine Intervention tatsächlich so wie geplant eingeführt, umgesetzt und genutzt wird.

Die Implementierung der telebasierten Intervention folgte einem schrittweisen, bundesweiten Rolloutplan, der die Verfügbarkeit der internet- und telegestützten Interventionen und die Einschreibung der Versicherten in jeder Einführungsregion festlegte. Jede Region (jeweils 2 bis 7 Bundesländer) durchlief diese Implementierungsphasen zu unterschiedlichen Zeitpunkten, beginnend mit einer Pilotimplementierungsphase in Bayern und Schleswig-Holstein für 1,5 Jahre, gefolgt von drei Rollouts (A, B und C) über drei Jahre. Die Datenerhebung der nationalen Implementierungsstudie begann im April 2019 und endete am 30.09.2023.

Versicherte der SVLFG wurden im Rahmen der Implementierungsstudie über verschiedene Kommunikationskanäle auf die Präventionsangebote aufmerksam gemacht (u.a. Beratung der Versicherten durch die SVLFG Außendienstmitarbeiter/-innen und Telezentrum-Mitarbeiter/-innen, Website, Presseberichte, Rundfunk- und Fernsehbeiträge, Anschreibe-Aktionen an die Versicherten per Post).

Das Telefonische Einzelfallcoaching wurde von den Coaches von IVPNetworks durchgeführt und auf der firmeneigenen Plattform ivp.net dokumentiert. Nach einer vorgegebenen mit dem FAU-Studienteam abgestimmten Musterstatistik (Codebook) wurden Variablen und deren Kodierung/Ausprägung festgelegt, an Hand deren die Evaluation durch die Universität erfolgte.

4 Intervention

Das Telefonische Einzelfallcoaching folgte einem personalisierten Ansatz. Es konnte bezogen auf die Dauer (Richtwert 850 Minuten über sechs Monate plus genehmigungspflichtiger Verlängerungsoption um weitere 150 Minuten über drei Monate), Häufigkeit und Sitzungsanzahl sowie der adressierten Themen entsprechend an die individuelle Bedarfslage der Teilnehmenden angepasst werden. Bei Bedarf sollte das Coaching durch Vernetzung mit weiteren Beratungsstellen (z.B. landwirtschaftliche Familienberatung, sozioökonomische Beratung) um weitere Leistungsangebote ergänzt werden oder in ein Vor-Ort Coaching übergehen können.

Bei den Coaches handelte es sich um Psychologinnen und Psychologen mit Universitätsabschluss und

therapeutischer oder coachingbezogener Weiterbildung in beispielsweise systemischen, hypnotherapeutischen, kognitiv-behavioralen, psychodynamischen oder weiteren Methoden. Approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten standen den Coaches zur Supervision zur Verfügung.

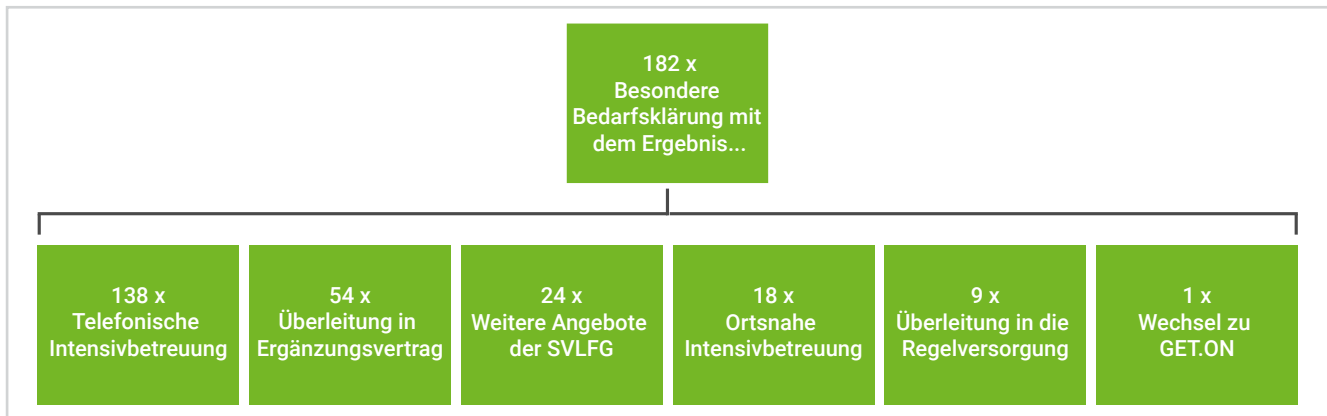
5 Ergebnisse der Interventionsdaten zur Inanspruchnahme

Insgesamt wurden auf der Plattform 620 Fälle mit Teilnahme-Interesse seitens der Telezentrummitarbeitenden im Evaluationszeitraum erfasst, wobei die erste Einschreibung im Mai 2019 und die letzte im September 2022 erfolgte. Bei diesen 620 vom Telezentrum eingesteuerten und auf der IVP-Plattform registrierten Fälle, wurde in 527 Fällen (85 %) eine besondere Bedarfsklärung durchgeführt und dokumentiert. Ein Kontakt mit dem Casemanagement wurde für 511 Fälle (82.42 %) dokumentiert. Nicht jeder Präventionsteilnehmende, der einen Telefonischen Erstkontakt hatte und/oder das

Coaching gestartet hat, hatte auch eine vorausgehende Bedarfsklärung.

Für 438 von 620 Fällen (70.65 %) wurde mindestens eine Telefonische Sitzung mit dem Coach dokumentiert (Coachingbeginn). Auf eine doppelte bzw. wiederholte Teilnahme gehen 20 dieser Fälle (4.57 %, $n = 20/438$) zurück, wobei der Zeitraum zwischen dem Ende der ersten und der Einschreibung zur zweiten Nutzung im Durchschnitt bei 55.02 Wochen, d.h. circa einem Jahr lag ($SD = 32.52$, $Min = 1.57$, $Max = 94.57$). In 182 Fällen (29.35 %, $n = 182/620$) wurde das Coaching nicht begonnen. Für 182 Fälle wurde eine besondere Bedarfsklärung dokumentiert mit dem Ergebnis (siehe Abbildung 2) Telefonische Intensivbetreuung ($n = 138$), Überleitung in den Ergänzungsvertrag aufgrund einer manifesten psychischen Erkrankung ($n = 54$), Überleitung in die Regelversorgung ($n = 9$), weitere Angebote der SVLFG ($n = 24$) und ortsnahe Intensivbetreuung ($n = 18$). Zum Zeitpunkt vom Datenerhebungsende und Auswertung der Interventionsdaten befanden sich noch 21 Fälle (3.39 %) im laufenden Coaching.

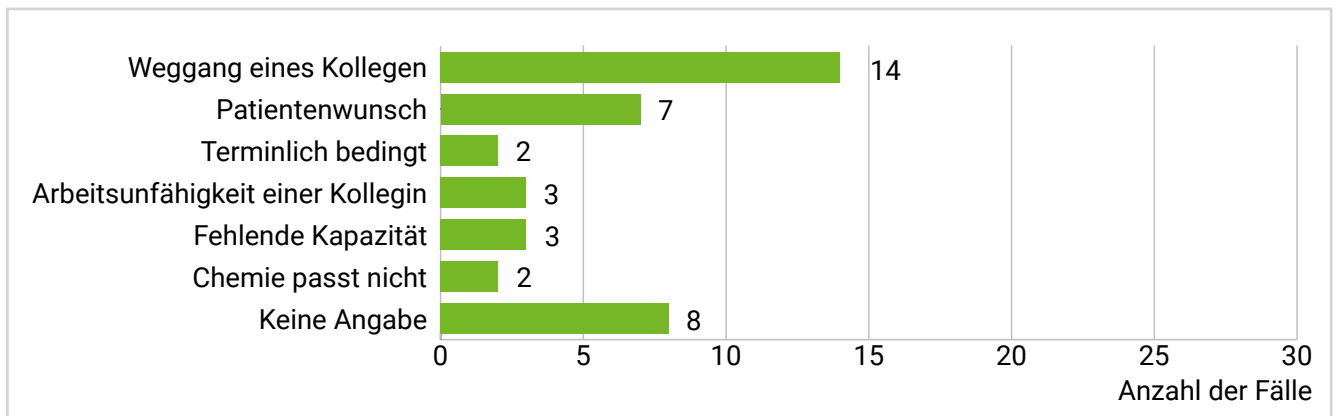
Abbildung 2. Übersicht der Bedarfsklärung ($n = 182$)



5.1 Betreuung durch Coaches

Während der Studiendauer von 2019 bis 2022 wurden die 438 Fälle, die das Telefoncoaching begonnen haben, von insgesamt 75 Psychologinnen und Psychologen betreut, welche jeweils mindestens einen und höchstens 26 Teilnehmende ($M = 6.41$, $SD = 6.08$) begleiteten. Für 39 der 438 Fälle (8.9 %, $n = 39/438$) wurde in der

Leistungsdokumentation ein Coach-Wechsel dokumentiert, d. h. zwei oder drei Coaches waren an der Beratung beteiligt. Als häufigster Grund hierfür wurde der Weggang des ursprünglichen Coaches genannt (35.9 %, $n = 14/39$). In 17.95 % der Fälle, bezogen auf die 39 Fälle mit Dokumentation, erfolgte der Wechsel auf Patientenwunsch ($n = 7/39$, vgl. Abbildung 3).

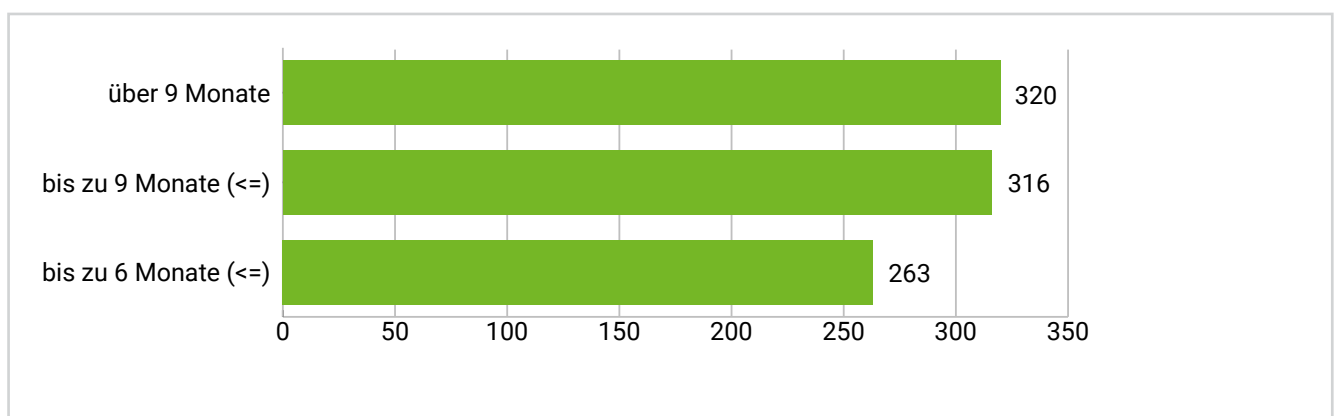
Abbildung 3. Grund für Wechsel des Coaches beim Telefonischen Einzelfallcoaching von IVP ($n = 39$)

5.2 Dauer des Telefonischen Einzelfallcoachings

Gemäß der Dokumentation haben 438 Personen an mindestens einer Coaching-Sitzung teilgenommen. Bei Betrachtung der durchschnittlichen Werte dieser 438 Fälle mit mindestens einer Coaching-Sitzung kann der Ablauf eines „typischen“ Coachings wie folgt beschrieben werden: Im Zeitraum von fünf Monaten fanden im Zwei-Wochen-Rhythmus 10 Sitzungen á ca. 45 Minuten statt. Der Aspekt der Personalisierung des Telefonischen Einzelfallcoachings, um die individuelle Ausgangslage und Bedürfnisse der Teilnehmenden zu berücksichtigen, zeigt sich bereits in der zeitlichen Ausgestaltung. Dabei zeigen sich große Spannen der Dauer einer Sitzung von mindestens 8 Minuten und höchstens

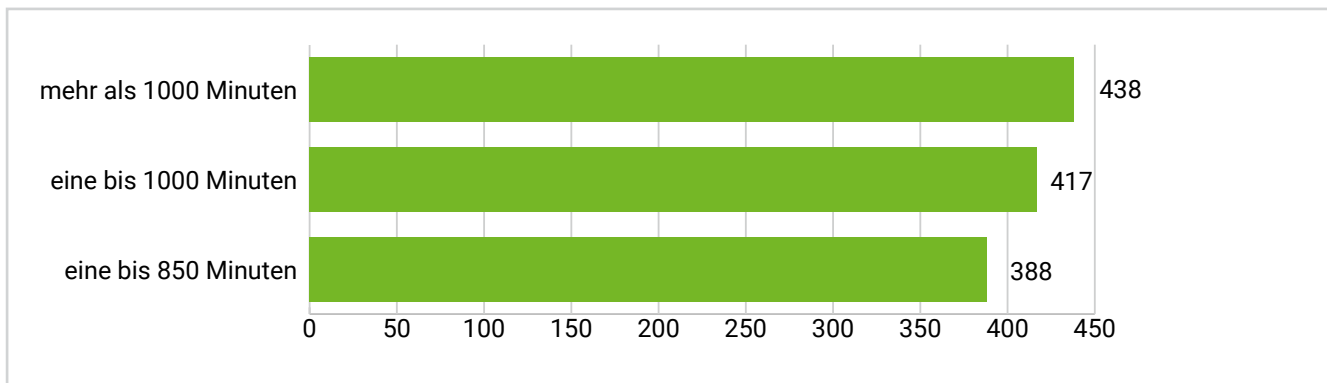
174 Minuten sowie der gesamten Coachingdauer in Minuten von 8 Minuten bis 2.150 Minuten bzw. in Tagen von einem Tag bis hin zu 328 Tagen. Dies spricht für die hohe Individualität und die Ausrichtung an den (zeitlichen) Bedürfnissen der Teilnehmenden.

In 320 Fällen (300 Fälle mit fehlenden Werten) wurden vollständige Daten in Bezug auf den Erstkontakt und das Ende des Coachings dokumentiert. In 263 Fällen davon (82.19 %) erfolgte die Nutzung über einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten, in 53 Fällen (16.56 %) in einem Zeitraum von bis zu neun Monaten und in vier Fällen (1.25 %) über neun Monate hinaus (vgl. Abbildung 4). Insgesamt wurde in 88 Fällen ein Verlängerungsantrag gestellt (27.84 %).

Abbildung 4. Kumulierte Nutzungsdauer vom Zeitpunkt des Erstkontakts bis zum Ende des Coachings ($n = 320$, Anzahl fehlender Werte = 300)

Von den 438 Fällen, in denen ein Coaching stattfand, dauerte es in 88.58 % der Fälle ($n = 388/438$) bis zu 850 Minuten, in 6.62 % der Fälle ($n = 29/438$) bis zu 1000

Minuten und in 4.79 % der Fälle ($n = 21/438$) über 1000 Minuten hinaus (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5. Kumulierte Coachingminuten bei mindestens einer Minute ($n = 438$)

5.3 Vollständige Teilnahme am Telefonischen Einzelfallcoaching

Bei der Evaluation wurde die vollständige bzw. unvollständige Nutzung des Kontingents der Teilnehmenden („Vollständige Teilnahme“ vs. „unvollständige Teilnahme“) jeweils nach zwei Kriterien erfasst:

Fälle, in denen das Coaching innerhalb von 26 Wochen abgeschlossen wurde und in denen mindestens 595 Minuten absolviert wurden, wurden als „Vollständige Teilnahme nach Kriterium A“ eingestuft. Bei Heranziehung des Datums des Erstkontaktes, fielen 59 Fälle (9.52 %, $n = 59/620$) in diese Kategorie. Wenn das Coaching innerhalb von 26 Wochen abgeschlossen und mindestens 425 Minuten absolviert wurden, erfolgte eine Einordnung als „Vollständige Teilnahme nach Kriterium B“. Dies traf nach dem Datum des Erstkontaktes auf 101 Fälle (16.29 %, $n = 101/620$) zu. Nach dem Datum des Erstkontaktes konnten demnach 42 Fälle (6.77 %, $n = 42/620$) nach dem Kriterium B, jedoch nicht nach dem Kriterium A als vollständige Teilnahme eingestuft werden.

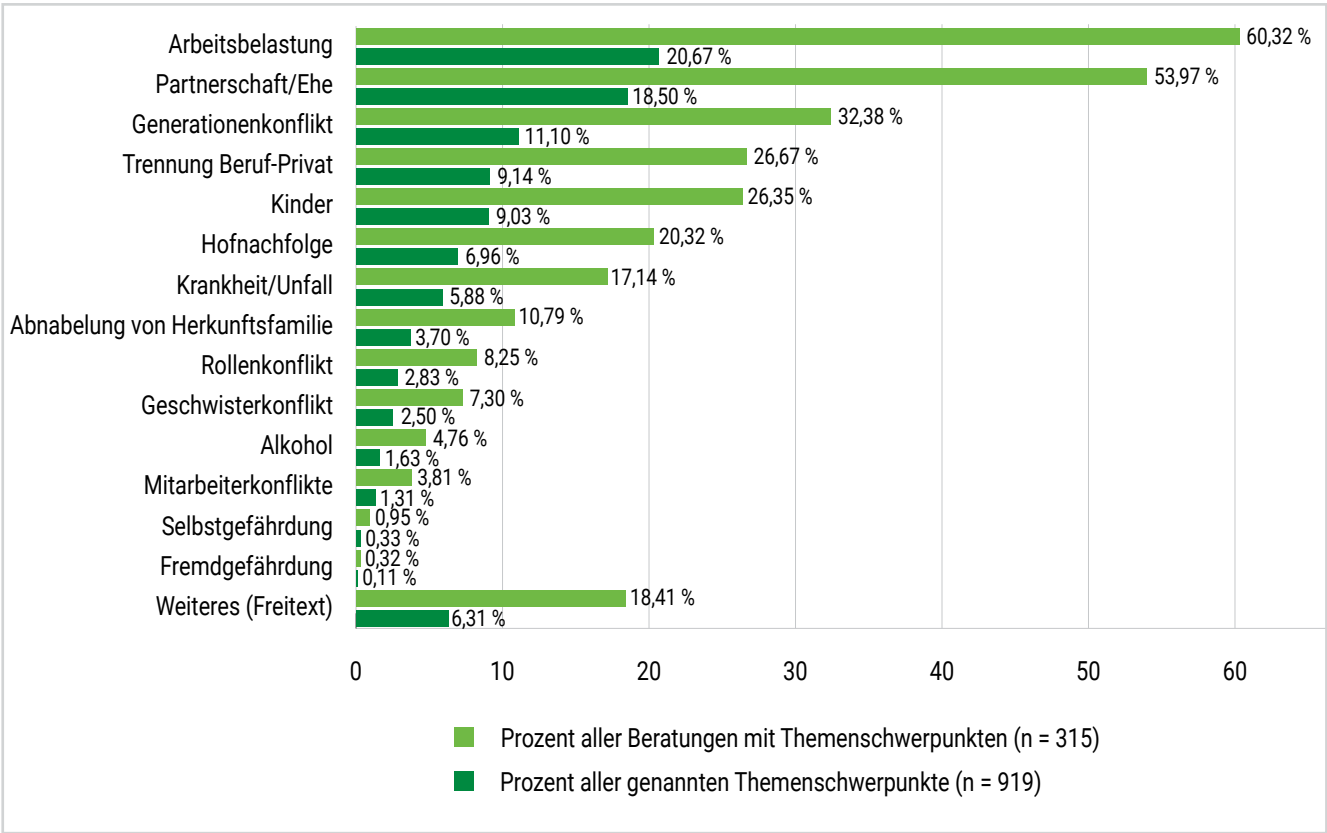
Fälle, in denen das Coaching nicht in 26 Wochen abgeschlossen wurde und in denen weniger als 595 Minuten absolviert wurden, wurden als „Unvollständige Teilnahme nach Kriterium A“ eingestuft. Bei Heranziehung des Datums des Erstkontaktes, fielen 20 Fälle (3.23 %, $n = 20/620$) in diese Kategorie. Wenn das Coaching nicht in 26 Wochen abgeschlossen und weniger als 425 Minuten absolviert wurden, erfolgte eine Einordnung als „Unvollständige Teilnahme nach Kriterium B“. Dies traf

nach dem Datum des Erstkontaktes auf 11 Fälle (1.77 %, $n = 11/620$) zu. Nach dem Datum des Erstkontaktes konnten demnach neun Fälle (1.45 %, $n = 9/620$) nach dem Kriterium A, jedoch nicht nach dem Kriterium B als unvollständige Teilnahme eingestuft werden.

5.4 Inhaltliche Themenschwerpunkte

Die Evaluation adressierte auch die inhaltlichen Themen. Hierbei zeigte sich eine große Bandbreite an Coaching-Themen. Die Coaches dokumentierten in 315 Fällen Themen-Schwerpunkte (keine Daten zu 305 Coachingfällen), die im Verlauf des gesamten Coachings behandelt wurden. Insgesamt wurden 919 Themen in den 315 Beratungsfällen dokumentiert. In diesen 315 Beratungsfällen berichteten die Coaches im Schnitt 2.92 Themenschwerpunkte pro Coaching (Spanne: 1-7, $SD = 1.29$). Am häufigsten wurden „Arbeitsbelastung“ (20.67 % aller Themen, $n = 190/919$; 60.32 % aller Beratungsfälle, $n = 190/315$), „Partnerschaft/Ehe“ (18.50 % aller Themen, $n = 170/919$; 53.97 % aller Beratungen, $n = 170/315$) und „Generationenkonflikt“ (11.10 % aller Themen, $n = 102/919$; 32.38 % aller Beratungen, $n = 102/315$) als Coachingthemen angegeben (vgl. Abbildung 6). Selbstgefährdung (0.33 % aller Themen; $n = 3/919$) und Fremdgefährdung (0.11 % aller Themen, $n = 1/919$) wurde in unter 1 % der Beratungen als Themen berichtet. In 48.55 % aller Fälle ($n = 301/620$) wurde keine Angabe zu Selbst- oder Fremdgefährdung gemacht.

Abbildung 6. Themenschwerpunkte im Coaching (N = 919) in N = 315 Beratungsfällen

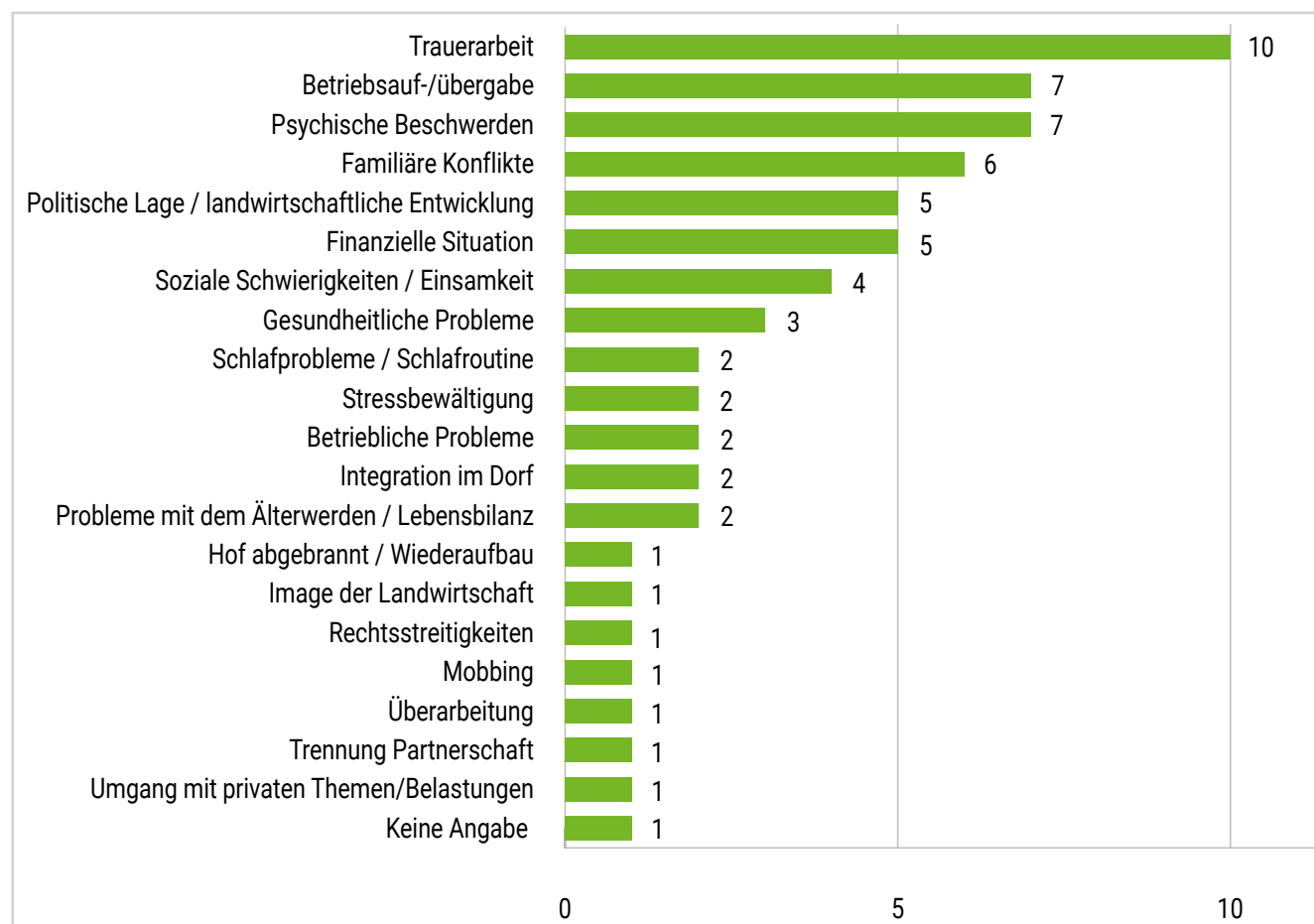


Anmerkung. Die Gründe wurden aus einer Vorauswahl gewählt. Mehrfachnennungen waren möglich. Insgesamt wurden in 315 Beratungsfällen 919 Themenschwerpunkte angesprochen.

Zu weiteren Themenschwerpunkten (65 Nennungen),
die als Freitext angegeben wurden, zählten unter
anderem Trauerarbeit, psychische Beschwerden,

Betriebsauf- und -übergabe und familiäre Konflikte (vgl.
Abbildung 7).

Abbildung 7. Weitere Themenschwerpunkte im Coaching, erfasst als Freitext-Feld (n = 65 Nennungen)



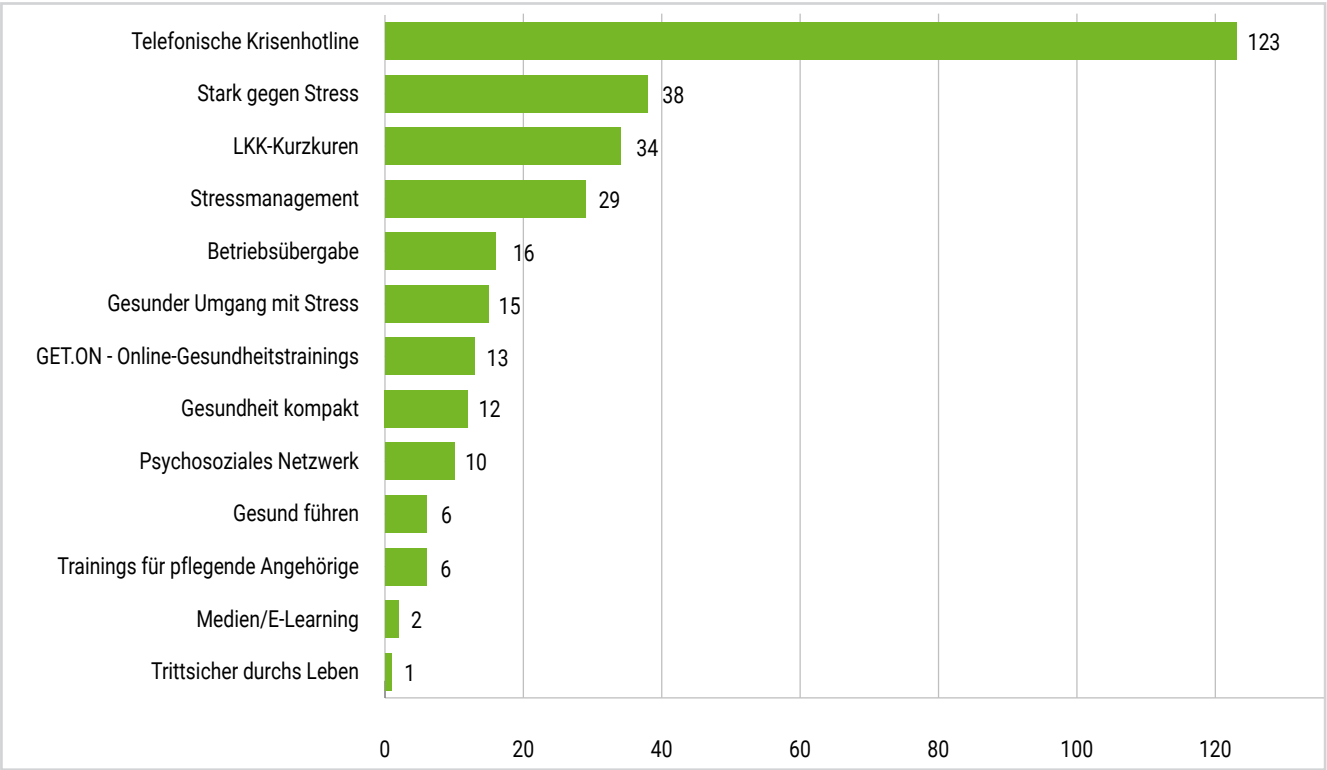
Anmerkung. Die Gründe wurden als Freitext notiert. Die einzelnen Angaben wurden anschließend zusammengefasst, um eine sinnvolle Kategorisierung zu ermöglichen.

5.5 Weiterleitung an andere SVLFG-Angebote

Die angebotenen Beratungsleistungen im Zuge des Coachings wurden ebenfalls auf der ivp.net-Webseite dokumentiert. Am häufigsten wurde auf das Angebot „Telefonische Krisenhotline“ der IVPNetworks hinge-

wiesen (40.33 %, $n = 123/305$). Mit Abstand folgte der Verweis auf SVLFG-interne Angebote wie „Stark gegen Stress“ (12.46 %, $n = 38/305$) oder die „LKK-Kurzkuren“ (11.15 %, $n = 34/305$) (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8. Verweis auf weitere Gesundheitsangebote der SVLFG während des Coachings
(N = 305 Dokumentationen)



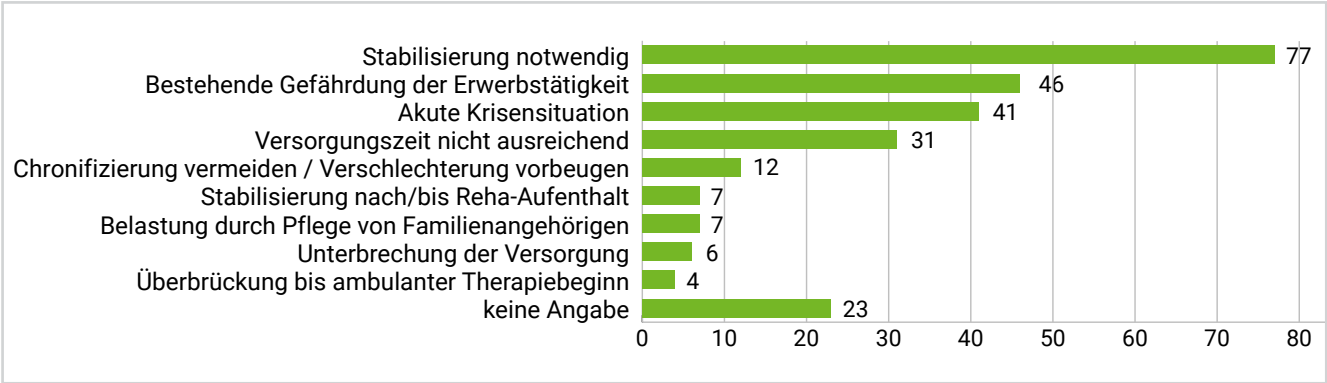
Anmerkung. Es gab fünf ungültige Werte, die nicht mit ausgewertet wurden.

5.6 Nutzung der Verlängerungsoption

Abbildung 9 zeigt, dass in 135 von 620 Fällen (21.77 %) während des Coachings eine Verlängerung beantragt bzw. von der Verlängerungsoption Gebrauch gemacht wurde. Als Hauptgrund für eine solche Verlängerung wurde am häufigsten eine weitere Stabilisierung der

Klienten (57.04 %, $n = 77/135$) dokumentiert. Darüber hinaus gab es Verlängerungen aufgrund einer weiterhin bestehenden Gefährdung der Erwerbstätigkeit (34.07 %, $n = 46$) oder aufgrund des Bestehens einer aktuellen Krisensituation (30.37 %, $n = 41/135$).

Abbildung 9. Grund für beantragte Verlängerung des Telefonischen Einzelfallcoachings ($n = 135$)



Anmerkung. Mehrfachnennungen waren möglich.

5.7 Weiterleitung an externe Angebote

In 65 Fällen (10.48 %, $N = 620$) wurde die teilnehmende Person an eine externe Beratung weitergeleitet. Am häufigsten wurde dabei an eine landwirtschaftliche oder allgemeine Familienberatungsstelle (vgl. Abbil-

dung 10) weitergeleitet. Unter sonstigen Beratungsstellen wurden Institutionen wie Suchtberatungsstellen, Mediationsangebote oder Selbsthilfegruppen angesprochen (siehe Abbildung 11). 28.55 % der Fälle ($n = 177/620$) wurden darüber hinaus an das Telezentrum der SVLFG weitergeleitet.

Abbildung 10. Weiterleitung an externe Beratungsangebote – Art der Beratungsstelle (Mehrfachnennung)
($n = 65$, $k = 68$)

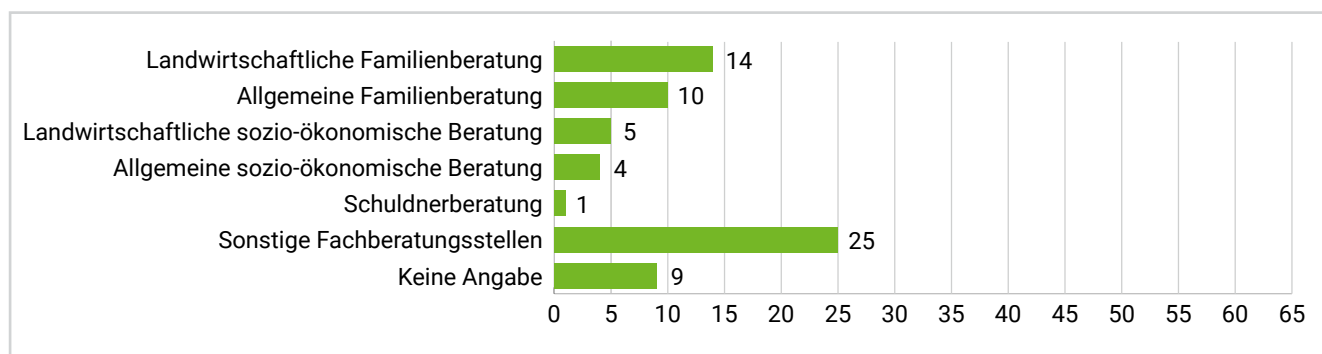
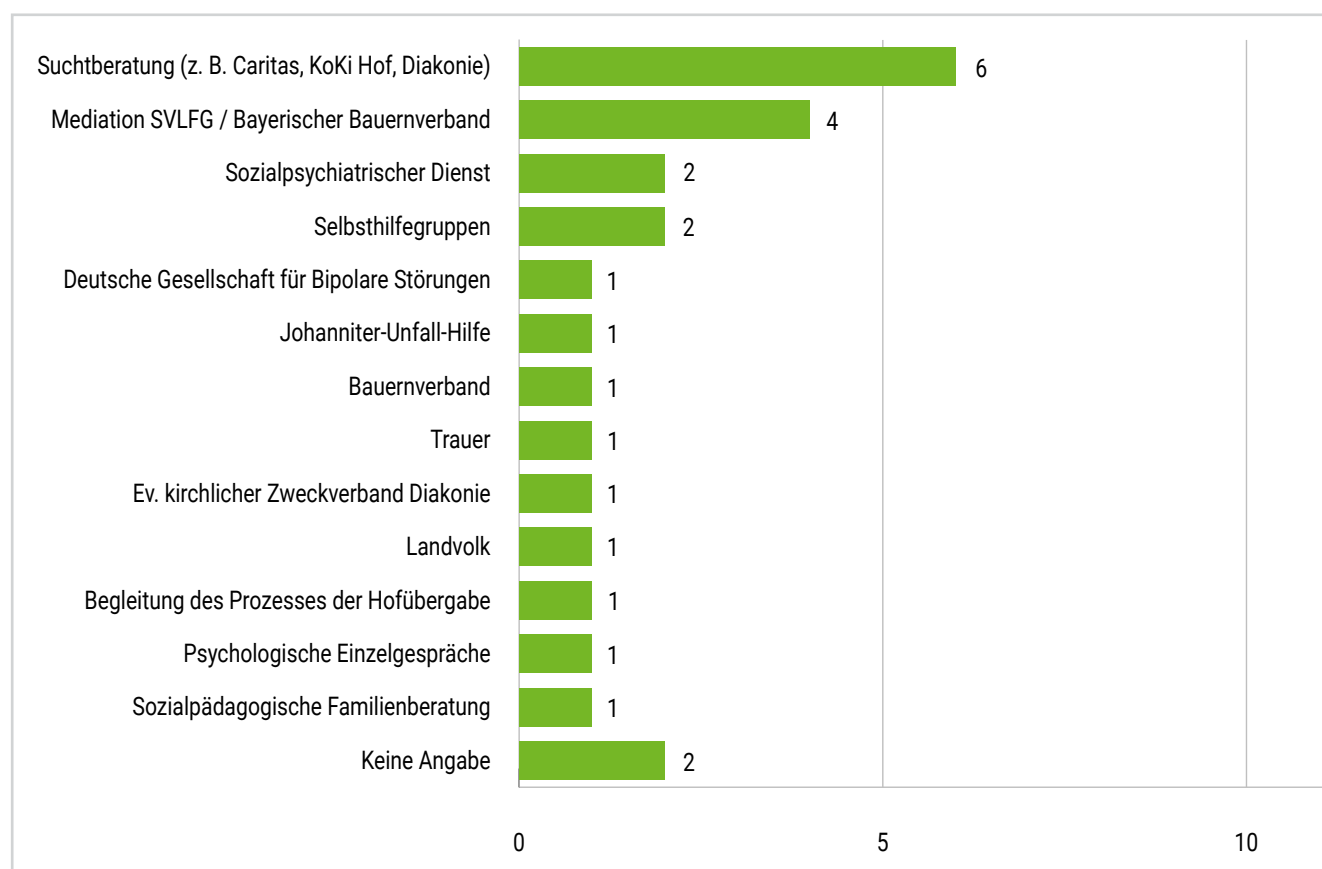


Abbildung 11. Art der sonstigen Fachberatungsstellen ($n = 25$)

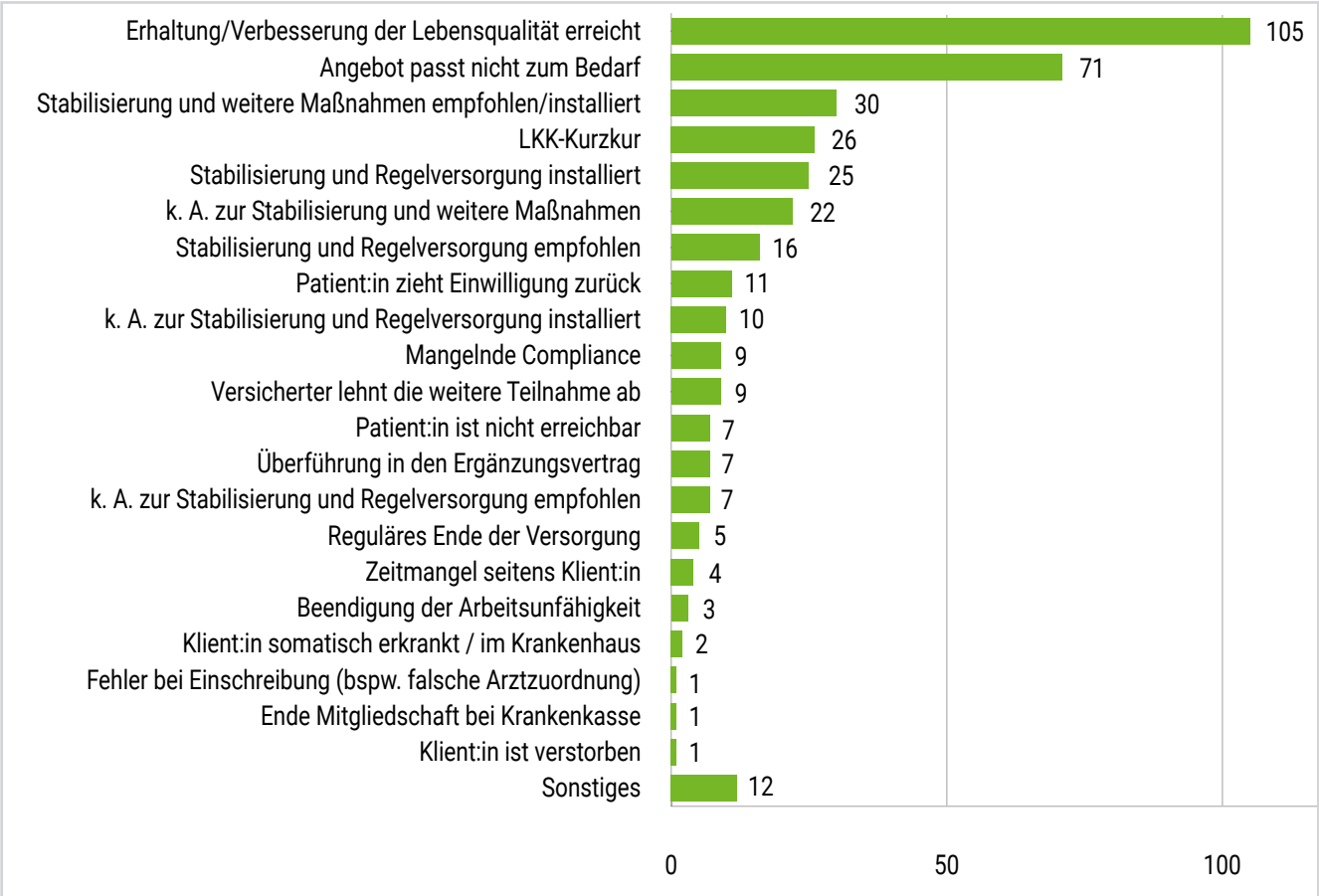


5.8 Vorzeitige Beendigung des Telefon-coachings

Wie Abbildung 12 zu entnehmen ist, wurden auch die Gründe für ein vorzeitiges Ende des Coachings auf ivp.net dokumentiert. Dabei wurden sowohl positive Been-

digungsgründe wie beispielsweise „eine Verbesserung der Lebensqualität und damit einhergehend kein Bedarf mehr“ (27.34 %, $n = 105/384$) als auch negative Gründe wie „die fehlende Passung des Angebots zum Bedarf“ (18.49 %, $n = 71/384$) angegeben.

Abbildung 12. Gründe für ein vorzeitiges Ende des Coachings ($n = 384$, fehlende Werte = 236)



Anmerkung. Die Gründe konnten sowohl aus einer Vorauswahl gewählt oder als Freitext notiert werden. Die einzelnen Angaben wurden anschließend zusammengefasst, um eine sinnvolle Kategorisierung zu ermöglichen. Dabei wurden die offenen Antworten teilweise den bestehenden Vorauswahlmöglichkeiten zugeordnet.

6 Fazit

Zusammenfassend zeigt sich eine Anpassung des Telefonischen Einzelfallcoachings an die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmenden hinsichtlich Dauer der einzelnen Sitzungen als auch der gesamten Coachingdauer. In mehr als der Hälfte der Beratungsfälle wurden insbesondere die Themen Arbeitsbelastung und Partnerschaft bzw. Ehe thematisiert. Wenn nötig wurden die Teilnehmenden entweder an SVLFG-interne Angebote, z.B. die Telefonische Krisenhotline oder externe Angebote, wie landwirtschaftliche Familienberatungen weitergeleitet. Für etwa jedes fünfte durchgeführte Coaching wurde eine Verlängerung beantragt, primär um eine weitere Stabilisierung zu gewährleisten. Im Gegensatz dazu konnte in 105 Fällen das Coaching bereits vorzeitig beendet werden, da eine Besserung der Lebensqualität erreicht worden war.

Beim Abgleich dieser Interventionsdaten aus der Implementierungsstudie ImplementIT mit den Daten der Wirksamkeitsstudie TEC-A (Thielecke et al., 2020) zum Telefonischen Einzelfallcoaching zeigt sich ein sehr ähnliches Bild. Die Rahmenbedingungen des Coachings (Dauer, Anzahl Sitzungen, Abstand der Sitzungen etc.) unterscheiden sich nur geringfügig und auch die angesprochenen Beratungsthemen zeigen große Überschneidungen. In beiden Studien wurden ebenso berufsbezogene und soziale Themen wie Arbeitsbelastung oder Partnerschaft angesprochen.

Für die Tatsache, dass ein Fünftel der Teilnehmenden von der Verlängerungsoption Gebrauch machte, gibt es verschiedene Interpretationsmöglichkeiten: Einerseits könnte dies für eine hohe Akzeptanz des Telefonischen Einzelfallcoachings sprechen, andererseits könnte es auch ein Indikator dafür sein, dass die Belastung bei vielen Personen in grünen Berufen so hoch ist, dass eine längere Coachingdauer notwendig wurde. Möglicherweise war das Angebot für einige auch zu niederschwellig und ein Teil der Teilnehmenden hätte vielleicht auch die Indikationskriterien für eine ambulante Psychotherapie erfüllt. In den Beratungsthemen hat sich gezeigt, dass besonders eine hohe Arbeitsbelastung für viele Personen in grünen Berufen schwierig ist.

Die große Bandbreite der jeweiligen Dauer der Coachingsitzungen sowie der Gesamtdauer des Coachings zeigen, dass das Telefonische Einzelfallcoaching die notwendige Flexibilität für diese Berufsgruppe bietet und sich an deren zeitlichen Möglichkeiten anpassen kann. Der Anteil dokumentierter „verfehlter Passung“ (18.49 %, $n = 71/384$) und die damit einhergehende vorzeitige und frühe Beendigung der Beratungsleistung kann kritisch betrachtet darauf hindeuten, dass der personalisierte Ansatz nicht für alle

das richtige Angebot gewesen ist, aber immerhin ein niederschwelliger Einstieg in die Auseinandersetzung mit der aktuellen Belastungssituation gewesen sein könnte.

Als methodische Limitation ist zu beachten, dass die gelieferten ivp.net-Interventionsdaten zum Telefonischen Einzelfallcoaching viele fehlende Angaben aufweisen, trotz einer Abstimmung von Variablen (mittels Kodierbuch) und einer Implementierung der Erhebung in der hauseigenen Plattform in enger Absprache zwischen dem FAU-Studenten- und IVPNetworks. Die entsprechenden fehlenden Werte sind an den jeweiligen Stellen gekennzeichnet. Daher müssen die Ergebnisse immer vor dem Hintergrund etwaiger Verzerrungen durch fehlende Angaben interpretiert werden und endgültige Schlussfolgerungen je nach Variable nur mit Vorsicht gezogen werden.

Autorenkontakt

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

Abkürzungen

FAU	Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
M	Mittelwert
N	Stichprobengröße (eng. number)
SD	Standardabweichung
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Quellen

- Braun, L., Titzler, I., Ebert, D. D., Buntrock, C., Terhorst, Y., Freund, J., Thielecke, J. & Baumeister, H. (2019). Clinical and cost-effectiveness of guided internet-based interventions in the indicated prevention of depression in green professions (PROD-A): study protocol of a 36-month follow-up pragmatic randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1), 278. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2244-y>
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. <https://www.bptk.de/studien/ein-jahr-nach-der-reform-der-psychotherapie-richtlinie-wartezeiten-2018/>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Eccles, M. P. & Mittman, B. S. (2006). Welcome to implementation science. *Implementation Science*, 1(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>
- Freund, J., Titzler, I., Thielecke, J., Braun, L., Baumeister, H., Berking, M. & Ebert, D. D. (2020). Implementing internet- and tele-based interventions to prevent mental health disorders in farmers, foresters and gardeners (ImplementIT): study protocol for the multi-level evaluation of a nationwide project. *BMC Psychiatry*, 20(1), 424. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02800-z>
- Freund, J., Ebert, D. D., Thielecke, J., Braun, L., Baumeister, H., Berking, M. & Titzler, I. (2023). Using the consolidated framework for implementation research to evaluate a nationwide depression prevention project (ImplementIT) from the perspective of health care workers and implementers: results on the implementation of digital interventions for farmers. *Frontiers in Digital Health*, 4, 1083143. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.1083143>
- Freund, J., Ebert, D. D., Thielecke, J., Braun, L., Baumeister, H., & Berking, M., & Titzler, I. (2024). Implementierungsdeterminanten im Beratungs- und Einstellungsprozess zu internet- und telefonbasierten Gesundheitsangeboten aus Sicht der SVLFG- Mitarbeitenden im Außendienst, Telezentrum und Implementierungsteam. *Soziale Sicherheit in Der Landwirtschaft*, 2, 29–48. www.svlfg.de/sdl-2-2024
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M. & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322–1327. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1322>
- Hagen, B. N. M., Winder, C. B., Wootten, J., McMullen, C. K. & Jones-Bitton, A. (2020). A Systematic review and meta-analysis of depression among farming populations worldwide. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 17(24), 9376. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249376>
- Myers, C. R. (2018). Using telehealth to remediate rural mental health and healthcare disparities. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(3), 233–239. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1499157>
- Salize, H. J., Rössler, W. & Becker, T. (2006). Mental health care in Germany. *European Archives of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, 257(2), 92–103. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0696-9>
- Snoswell, C. L., Chelberg, G., De Guzman, K. R., Haydon, H. M., Thomas, E. E., Caffery, L. J. & Smith, A. C. (2021). The clinical effectiveness of telehealth: a systematic review of meta-analyses from 2010 to 2019. *Journal of Telemedicine And Telecare*, 29(9), 669–684. <https://doi.org/10.1177/1357633x211022907>
- Terhorst, Y., Braun, L., Titzler, I., Buntrock, C., Freund, J., Thielecke, J., Ebert, D. & Baumeister, H. (2020). Clinical and cost-effectiveness of a guided internet-based acceptance and commitment therapy to improve chronic pain-related disability in green professions (PACT-A): study protocol of a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ Open*, 10(9), e034271. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034271>
- Thielecke, J., Buntrock, C., Titzler, I., Braun, L., Freund, J., Berking, M., Baumeister, H. & Ebert, D. D. (2020). Clinical and cost-effectiveness of personalized tele-based coaching for farmers, foresters and gardeners to prevent depression: study protocol of an 18-month follow-up pragmatic randomized controlled trial (TEC-A). *Frontiers in Psychiatry*, 11, 125. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00125>
- Thielecke, J., Buntrock, C., Titzler, I., Braun, L., Freund, J., Berking, M., Baumeister, H. & Ebert, D. D. (2024). Telephone coaching for the prevention of depression in farmers: results from a pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Telemedicine And Telecare*, 30(6), 918–930. <https://doi.org/10.1177/1357633x221106027>
- Thielecke, J., Buntrock, C., Braun, L., Freund, J., Ebert, D. D., Baumeister, H., Berking, M. & Titzler, I. (2025). Wissenschaftliche Evaluation zur Wirksamkeit des telefonischen Einzelfallcoachings im Rahmen des SVLFG Modellprojektes „Mit uns im Gleichgewicht“ zur Prävention von psychischer Belastung in den „grünen Berufen“. *Soziale Sicherheit in Der Landwirtschaft*, 1, 9–41. www.svlfg.de/sdl-1-2025

Thielecke, J., Titzler, I., Braun, L., Ebert, D. D., Freund, J., Baumeister, H., Berking, M. & Buntrock, C. (2025). Does telephone coaching improve farmers' mental health in the long term? Results of the 12- and 18-month follow-up of a pragmatic randomized controlled trial. *Occupational Health Science*, 9(2), 437–468. <https://doi.org/10.1007/s41542-024-00216-9>

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

Titzler, I. & Freund, J. (2024). Barrieren und Förderfaktoren bei der Beratung und Vermittlung zu internet- und telefonbasierten Gesundheitsangeboten aus Sicht der SVLFG Außendienst-Mitarbeitenden. *Soziale Sicherheit in Der Landwirtschaft*, 2, 14–28. www.svlfg.de/sdl-2-2024

Westfall, J. M., Mold, J. & Fagnan, L. (2007). Practice-basedResearch—"Blue Highways" on the NIH Roadmap. *JAMA*, 297(4), 403. <https://doi.org/10.1001/jama.297.4.403>

Yazd, S. D., Wheeler, S. A. & Zuo, A. (2019). Key risk factors affecting farmers' mental health: a systematic review. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 16(23), 4849. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234849>

Entschädigung eines aufgrund einer Heilbehandlung eingetretenen Gesundheitsschadens als Aufgabe der landwirtschaftlichen Unfallversicherung

Karl Friedrich Köhler

Von der landwirtschaftlichen Unfallversicherung zu entschädigende Gesundheitsschäden treten nicht nur unmittelbar infolge eines Unfalls oder einer Berufskrankheit ein, sondern können auch mittelbar infolge der Durchführung einer Heilbehandlung, einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, einer Maßnahme nach § 3 der Berufskrankheiten-Verordnung und schließlich infolge einer angeordneten Untersuchung zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalls einschließlich der insoweit jeweils erforderlichen Wege verursacht worden sein (vgl. § 11 SGB VII). Darüber hinaus stehen Personen, die auf Kosten einer Krankenkasse oder eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung oder der landwirtschaftlichen Alterskasse stationäre oder teilstationäre Behandlung oder stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten, nach § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchst. a SGB VII unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Der nachstehende Beitrag erläutert beide Arten des Versicherungsschutzes.

1 Mittelbare Unfallfolgen gem. § 11 SGB VII

1.1 Zweck, Inhalt und Anwendungsbereich der Regelung

Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung haben bei Eintritt eines Versicherungsfalls (§ 7 SGB VII) u. a. Anspruch auf Heilbehandlung in Form ambulanter oder stationärer Behandlung sowie Leistungen der medizinischen Rehabilitation (vgl. §§ 26, 27 SGB VII, § 26 SGB IX).

Nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII sind als mittelbare Folgen des Versicherungsfalls auch Gesundheitsschäden versichert, die u. a. „infolge der Durchführung einer Heilbehandlung“ eintreten. Durch die Regelung des § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII werden somit Gesundheitsschäden, die durch die Erfüllung der in ihr umschriebenen Tatbestände wesentlich verursacht wurden, dem Versicherungsfall „auch“ dann zugerechnet, wenn sie nicht spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des Versicherungsfalls, sondern durch die Durchführung einer berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung wesentlich verursacht wurden.[1] In der Begründung zur Vorgängerregelung (§ 555 RVO) werden dafür „besondere sozialpolitische Bedürfnisse“ genannt,[2] die auch das geltende Recht anerkennt, weil § 11 SGB VII im Wesentlichen dem vorherigen Recht entspricht.[3]

Da aber Komplikationen, die während der Behandlung und Rehabilitation selbst auftreten, bereits unmittelbar nach § 8 Abs. 1 SGB VII versichert sind,[4] müssen bei mittelbaren gesundheitlichen Unfallfolgen „infolge“ der „Durchführung“ der Heilbehandlung i. S. des § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII weitere Geschehnisse von außen, d. h. außerhalb des reinen Behandlungs- und Rehabilitationsablaufs, eintreten.[5] Deshalb werden normale Folgen

einer (geglückten) Heilbehandlung, wie z. B. Narben oder typischerweise verbleibende funktionelle Einschränkungen, nicht vom Anwendungsbereich des § 11 SGB VII erfasst.[6] Auch Folgen, die in Gesundheitsstörungen bestehen, aber vom Behandler nicht zu verantworten sind, sind vom Schutzzweck der Norm nicht erfasst, wenn die Operation nahezu zur selben Zeit und in gleicher Weise auch ohne den Unfall vorgenommen worden wäre.[7]

Zur „Durchführung der Heilbehandlung“ gehören sämtliche Verrichtungen, die der Behandlung in dem Krankenhaus oder den Rehabilitationsmaßnahmen wesentlich zu dienen bestimmt sind, wie etwa das Zurücklegen von Wegen zur Teilnahme an Untersuchungen, Behandlungen oder einzelnen Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Wege zur Toilette oder Badeeinrichtung. Die versicherte Tätigkeit umfasst im Rahmen des § 11 SGB VII damit das Entgegennehmen der Behandlung oder Untersuchung sowie die Handlungen, die Versicherte vornehmen, um die Behandlung/Untersuchung entweder zu erhalten oder an ihrer Durchführung mitzuwirken, soweit sie sich dabei im Rahmen der ärztlichen Anordnung halten.

Auch die einzelnen Verrichtungen bei der Durchführung von Behandlungs- oder Rehabilitationsmaßnahmen sind versichert, etwa dann, wenn der Versicherte bei der Behandlung vom Behandlungstisch fällt [8] oder der Rehabilitand sich bei einem Rehabilitationstraining verletzt. Versichert ist auch der Sturz bei einem ärztlich angeordneten Erholungsspaziergang zwischen Untersuchungen,[9] nicht aber der Sturz vom Balkon des Klinikzimmers bei Frischluftgenuss.[10] Der Versicherungsschutz besteht nicht nur bei den in § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII beschriebenen Vorgängen, sondern auch während der notwendigen Hin- und Rückwege, wie z. B. Wegen zur Nachuntersuchung.[11] Bei einer stationären Behandlung ist nicht nur das Zurücklegen von Wegen

zu bestimmten medizinischen Leistungen versichert, sondern auch zu den alltäglichen Bedürfnissen entsprechenden Verrichtungen, wenn die besonderen räumlichen Umstände der stationären Einrichtungen wesentlich zur Entstehung des Unfalls beigetragen haben. Schließlich werden auch die Folgen einer fehlerhaften Behandlung vom Versicherungsschutz nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII umfasst,[12] selbst wenn die Gesundheitsstörung auf einem völlig ungewöhnlichen Behandlungsfehler des Arztes beruht.[13]

§ 11 SGB VII ist nicht auf Folgeunfälle beschränkt. Die Vorschrift bezieht auch Gesundheitsstörungen ohne neuen „Unfall“ ein,[14] sodass es für die Anwendung von § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII nicht darauf ankommt, ob ein ärztlicher Eingriff die Voraussetzungen eines Unfalls erfüllt. Es ist auch nicht Voraussetzung, dass die Verrichtungen im Rahmen der medizinischen Behandlung oder medizinischen Rehabilitation von Ärzten oder Therapeuten im Einzelnen angeordnet sind. Es kommt vielmehr maßgeblich darauf an, dass der Versicherte aufgrund objektiver Anhaltspunkte davon ausgehen konnte, dass die zu einem (weiteren) Gesundheitsschaden führende Verrichtung geeignet sei, dem Behandlungs- und Rehabilitationserfolg zu dienen.[15] Deshalb besteht z. B. Versicherungsschutz, wenn sich der Versicherte zum Schwesternzimmer seiner Station begibt, um seinen gelockerten Verband erneuern zu lassen, der Verband aber nach der Beurteilung der Schwester nicht erneuert zu werden braucht. Der Versicherte konnte aufgrund des objektiven Bildes (gelockter Verband) davon ausgehen, dass es zumindest geboten sei, den Rat einer Schwester einzuholen.[16] Der Patient oder Rehabilitand ist aber nicht versichert, wenn er wesentlich eigenwirtschaftlichen Zwecken zu dienende Verrichtungen vornimmt, wie z. B. den Kauf von Zeitungen am Kiosk des Krankenhauses.

§ 11 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII betrifft sämtliche (auch nicht-medizinische [17]) Untersuchungen zur Aufklärung des den Versicherungsfall betreffenden Sachverhalts, d. h. zur Frage, ob ein Versicherungsfall eingetreten ist und welche gesundheitlichen Folgen dieser hinterlassen hat. Dabei ist es unerheblich, wenn sich herausstellt, dass die vom Versicherten behauptete Kausalität zwischen dem Versicherungsfall und der Gesundheitsstörung nicht gegeben ist.[18] Abweichend von § 11 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB VII muss die Untersuchung angeordnet sein, wobei auch eine Anordnung des Durchgangsarztes genügt.[19]

Nach § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB VII gilt Abs. 1 entsprechend für das angeordnete Aufsuchen des Unfallversicherungsträgers oder einer von diesem bezeichneten Stelle zur Vorbereitung von Maßnahmen der Heilbehandlung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Maßnahmen nach § 3 BKV.

Für die Zuständigkeit des Unfallversicherungsträgers (vgl. §§ 121 ff. SGB VII) und die Höhe des Jahresarbeitsverdienstes (§§ 81 ff. SGB VII) bleiben die Verhältnisse im Zeitpunkt des Versicherungsfalles maßgebend, weil durch § 11 SGB VII kein neuer Versicherungsfall, sondern lediglich eine Zuordnung zu einem zuvor eingetretenen begründet wird.[20]

1.2 Exkurs: Haftung für sonstige Schäden (Verdienstausschlag, Schmerzensgeld)

Wegen der Entschädigungspflicht des Unfallversicherungsträgers für Fehler oder Mängel bei der Durchführung von Maßnahmen der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung unter dem Gesichtspunkt des § 11 SGB VII und des Übergangs der Schadensersatzansprüche des Versicherten bei kongruenten Leistungen des Unfallversicherungsträgers nach § 116 SGB X verbleibt dem Versicherten i. d. R. nur ein Anspruch auf Schmerzensgeld nach § 253 Abs. 2 BGB und ggf. ein Anspruch auf Ersatz des Verdienstausschlages gegen den Arzt oder das Krankenhaus.[21]

Da die ärztliche Heilbehandlung regelmäßig nicht in Ausübung eines öffentlichen Amtes i. S. des Art. 34 GG erfolgt und dies grundsätzlich auch für eine vom D-Arzt durchgeführte Heilbehandlung nach einem Arbeitsunfall gilt, haftet der behandelnde D-Arzt für Fehler grundsätzlich persönlich.[22] Eine Haftung des Unfallversicherungsträgers für Verdienstausschlag und Schmerzensgeld besteht nur, soweit der D-Arzt in Ausübung eines öffentlichen Amtes gehandelt hat. Mit Urteilen vom 29.11.2016 [23] und 20.12.2016 [24] hat der BGH unter Aufgabe seiner bisherigen Rechtsprechung [25] entschieden, dass auch die Erstversorgung durch den D-Arzt der Ausübung eines öffentlichen Amtes mit der Folge zuzurechnen ist, dass die Unfallversicherungsträger für etwaige Fehler in diesem Bereich nach Art. 34 GG i. V. m. § 839 BGB (auch auf Schmerzensgeld) haften.[26] Versicherte können die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für Fehler der D-Ärzte aus Amtshaftung somit nur heranziehen, wenn

- sich die Entscheidung des D-Arztes hinsichtlich der Frage, ob allgemeine oder besondere Heilbehandlung einzuleiten war, als schuldhaft falsch erweist,
- der Entschluss des D-Arztes, den Verletzten in eigene Behandlung zu übernehmen, schuldhaft pflichtwidrig erfolgte und (über die Folgen des Arbeitsunfalls hinaus) zu einem weiteren Gesundheitsschaden des Versicherten führte,
- dem D-Arzt bei der Erstbehandlung, Eingangsuntersuchung zur Diagnosestellung (Befunderhebung) und/oder anschließenden Diagnose ein zum Scha-

den des Patienten führender Fehler unterlaufen ist [27] oder die Tätigkeit des D-Arztes im Rahmen der Nachschau (soweit sich diese auf die Prüfung der Frage beschränkt, ob die bei der Erstversorgung des Verletzten getroffene Entscheidung zu Gunsten einer allgemeinen Heilbehandlung aufrechtzuerhalten ist) fehlerhaft war und zu einem Schaden des Versicherten führte.[28]

Diese Maßgaben tragen der Tatsache Rechnung, dass die Kernaufgabe des D-Arztes in der qualifizierten Beurteilung des Verletzungsbildes und der daraus zu folgendernden Art der Versorgung [29] besteht.

Im Durchgangsarztverfahren ist vorgesehen, dass der Arzt die Entscheidung trifft, ob bei dem Unfall des Verletzten die Voraussetzungen für einen Versicherungsfall vorliegen, für den ein Unfallversicherungsträger die Kosten zu übernehmen hat. Diese Entscheidung über die Leistungsverpflichtung ist bis zu einer anderslautenden nachträglichen Entscheidung des Unfallversicherungsträgers verbindlich. Wegen der weitreichenden Auswirkungen der Entscheidung des D-Arztes, ist eine Überprüfung der Leistungspflicht durch den Unfallversicherungsträger unter Heranziehung aller relevanten Angaben erforderlich.

Dem D-Arzt kommt also lediglich eine „Schleusen- oder Lotsenfunktion“[30] zu, die für das System der unfallversicherungsrechtlichen Heilbehandlung von besonderer Bedeutung ist. Nur insoweit handelt der D-Arzt als Beliehener in Ausübung einer öffentlich-rechtlichen Pflichtenstellung [31] und nur für den daraus entstehenden Schaden haftet der Unfallversicherungsträger nach Art. 34 GG i.V.m. § 839 BGB.

1.3 Vorliegen eines objektiv eingetretenen Versicherungsfalls

§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII setzt nach Auffassung des BSG keinen zuvor objektiv, d. h. aus der nachträglichen Sicht eines fachkundigen Beobachters eingetretenen Versicherungsfall voraus. Vielmehr genüge die Durchführung einer Heilbehandlung durch den Unfallversicherungsträger wegen eines vom Versicherten behaupteten Versicherungsfalls.[32]

Dem kann nicht gefolgt werden,[33] zumal sowohl der Wortlaut als auch die Überschrift von § 11 SGB VII ausdrücklich von den mittelbaren Folgen eines „Versicherungsfalls“ sprechen. Überhaupt leuchtet es nicht ein, weshalb Folgen eines Versicherungsfalls bestehen können sollen, ohne dass dieser tatsächlich eingetreten ist. § 11 SGB VII entspricht außerdem nach der Gesetzesbegründung [34] dem zuvor geltenden Recht (§ 555 RVO), das nach Rechtsprechung und Schrifttum einen

vorliegenden Versicherungsfall verlangte.[35] Auch würde mit der vom BSG vorgenommen Ausweitung des Versicherungsschutzes systemwidrig ein eigener Versicherungsschutztatbestand geschaffen.[36] Wenn das BSG im Übrigen argumentiert, die erweiterte Auslegung des § 11 Abs. 1 SGB VII führe im Ergebnis zu einer Gleichbehandlung zwischen den Kranken- und Rentenversicherten nach § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 15 Buchst. a SGB VII und den Unfallversicherten, die auf Veranlassung des Unfallversicherungsträgers an unfallversicherungsrechtlichen Sachverhaltsaufklärungs- oder Heilbehandlungsmaßnahmen teilnehmen,[37] ist dies aus der Entstehungsgeschichte des § 11 SGB VII nicht abzuleiten.[38] Schließlich fehlt es für das Argument, die Teilnahmepflicht des Versicherten rechtfertige die Ausweitung des Anwendungsbereiches von § 11 SGB VII, an einer Rechtsgrundlage, denn aus den (allgemeinen) Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 ff. SGB I lässt sich hierzu nichts herleiten, weil sich diese lediglich als Obliegenheiten erweisen.[39]

Lediglich die Untersuchung zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalls i. S. des § 11 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII setzt ausdrücklich nicht voraus, dass objektiv überhaupt ein Versicherungsfall vorliegt. Die Zurechnung erfolgt allein aufgrund der Teilnahme des Versicherten an einer vom Träger zur Sachverhaltsaufklärung angeordneten (nicht notwendig ärztlichen) Untersuchung. Die durch die Teilnahme wesentlich verursachten Gesundheitsschäden werden letztlich dem Versicherungsträger zugerechnet, der für die Aufklärung des behaupteten Unfallhergangs und zur Entscheidung über das Vorliegen/Nichtvorliegen eines Versicherungsfalls und von Unfallfolgen zuständig ist. Es kommt also grundsätzlich nur darauf an, ob eine solche Untersuchung gegenüber dem Versicherten angeordnet wurde und er an ihr teilgenommen sowie wesentlich dadurch Gesundheitsschäden erlitten hat. [40]

1.4 Zurechenbarkeit von mittelbaren Unfallfolgen bei Aufklärungs- und Heilbehandlungsmaßnahmen, die nur scheinbar aufgrund von Unfallfolgen durchgeführt wurden

Vom Vorliegen eines Versicherungsfalls ist freilich auszugehen, wenn dieser durch Bescheid des Unfallversicherungsträgers bindend festgestellt wurde (§ 77 SGG).

Stellt der Arzt bereits vorher fest, dass die Folgen eines Versicherungsfalls nicht (mehr) vorliegen, ist die Behandlung zu Lasten der Unfallversicherung zu beenden und ggf. zu Lasten der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung fortzusetzen. Wird z. B. vier Wochen nach einem leichten Auffahrunfall, der zu einer Zerrung der HWS führte, wegen fortbestehender

Beschwerden ein MRT gefertigt und zeigen sich dabei erhebliche degenerative Veränderungen an der HWS, so ist der Arzt verpflichtet, die Behandlung zu Lasten des Unfallversicherungsträgers zu beenden, weil die Folgen einer Distorsion in aller Regel nach etwa vier Wochen ausgeheilt sind.

Gemäß den Arbeitshinweisen der Unfallversicherungsträger zu § 6 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger [41] wirkt der Abbruch der Heilbehandlung nur für die Zukunft, d. h. die Kosten der Heilbehandlung sind vom Unfallversicherungsträger bis zu dem Zeitpunkt, in dem die entsprechende Mitteilung beim Arzt eingegangen ist, zu übernehmen. Wichtig ist in diesen Fällen die unverzügliche Information des Unfallversicherungsträgers und die Mitteilung an den Patienten über den Abbruch der Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob Heilbehandlungen, die – wie sich später herausstellte – objektiv nicht durch den Arbeitsunfall bedingt waren, die Tatbestände des § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII oder ggf. § 11 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII auslösen können. Dies hat das BSG unter bestimmten Voraussetzungen bejaht, nämlich dann, wenn der Unfallversicherungsträger dem Versicherten einen Anspruch auf eine bestimmte Heilbehandlungsmaßnahme nach den §§ 26 ff. SGB VII – nicht notwendig durch Verwaltungsakt – bewilligt oder ihn durch seine Organe oder Leistungserbringer zur Teilnahme an einer solchen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme aufgefordert hat und der Versicherte an der Maßnahme des Trägers, den Anordnungen der Ärzte folgend, teilnimmt.[42] Wie das BSG in seinem Urteil vom 5.7.2011 [43] bereits ausgeführt hat, beruht die gesetzliche Zurechnung auf der (grundsätzlich auch mitwirkungspflichtigen) Teilnahme des Versicherten an einer vom Unfallversicherungsträger oder diesem zurechenbar bewilligten oder angesetzten Maßnahme. Es kommt daher nicht darauf an, ob die Heilbehandlungsmaßnahme durch den Träger objektiv rechtmäßig war oder ob objektiv ein Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung (§ 26 Abs. 5 Satz 1 SGB VII) über die Bewilligung eines Anspruchs auf diese Heilbehandlung bestand. Der Tatbestand des § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII ist auch dann erfüllt, wenn der Träger oder sein Leistungserbringer, und dabei insbesondere der D-Arzt, für den Versicherten den Anschein gesetzt hat, es solle eine unfallversicherungsrechtliche Heilbehandlungsmaßnahme durchgeführt werden.[44]

Die bloß irrige Vorstellung des Versicherten, er nehme an einer unfallversicherungsrechtlichen Heilbehandlung teil, reicht allerdings nicht aus, um den Zurechnungstatbestand des § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII zu erfüllen. [45] Die Dinge liegen aber anders, wenn der Träger oder seine Leistungserbringer für den Versicherten

den Anschein gesetzt haben, es solle eine unfallversicherungsrechtliche Maßnahme durchgeführt werden. [46] Das ist dann der Fall, wenn der Träger oder seine Leistungserbringer dem Versicherten den Eindruck vermittelt haben, es solle eine solche Maßnahme des Unfallversicherungsträgers durchgeführt werden, an der er teilnehmen solle.[47] Insbesondere der D-Arzt kann durch sein dem Unfallversicherungsträger zurechenbares Handeln den Tatbestand des § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII eröffnen, wenn ein vernünftiger, „billig und gerecht“ denkender Versicherter anstelle des konkret Betroffenen aufgrund des Verhaltens des D-Arztes davon ausgehen durfte, er sei aufgefordert oder ihn treffe die Obliegenheit gemäß §§ 62, 63 SGB I, an der vom Unfallversicherungsträger gewollten Maßnahme mitzuwirken.[48] Der sich ggf. in einem akuten, emotional aufgeladenen Krankheitsgeschehen befindende Versicherte, der die medizinischen Fragen nicht überblickt, darf grundsätzlich auf die Angaben des D-Arztes vertrauen. Dabei ist es unerheblich, dass eine oder ggf. sogar mehrere abweichende ärztliche Auffassungen existieren und dem Versicherten gegenüber auch geäußert werden. Entscheidend ist die dem Versicherten verdeutlichte ärztliche Handlungstendenz des D-Arztes vor Durchführung der Maßnahme. Die Handlungstendenz muss darauf gerichtet gewesen sein, Unfallfolgen zu erkennen bzw. zu behandeln.

Hat also der Unfallversicherungsträger (oder seine Leistungserbringer) durch ein ihm zuzurechnendes Verhalten bei dem Versicherten den Anschein geweckt, es solle eine unfallversicherungsrechtliche Heilbehandlungsmaßnahme durchgeführt werden, sind durch diese Behandlung verursachte Schäden auch auf ein Verhalten des Unfallversicherungsträgers zurückzuführen. Es verwirklicht sich dann ein Risiko, vor dem die gesetzliche Unfallversicherung ebenfalls schützen und für das bei Schadenseintritt durch § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII Entschädigung geleistet werden soll.[49]

§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII ist dagegen ausgeschlossen, wenn der Versicherte z. B. aufgrund einer klaren Äußerung des D-Arztes Kenntnis hat, dass kein Unfallerschaden und keine Unfallfolge behandelt werden sollen. [50]

1.5 Beweis für die Kenntnis des Abbruchs der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung

Hat ein Versicherter durchgehend an einer durchgangsärztlichen Behandlung teilgenommen, so entfällt die Zurechnung der weiteren Heilbehandlung nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 beziehungsweise Nr. 3 SGB VII nur dann, wenn bewiesen wird, dass der Versicherte den Abbruch der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung

erkennen konnte.[51] Der Unfallversicherungsträger muss nachweisen, dass ein Wechsel der Kostenträgerschaft, den der Versicherte erkennen konnte, stattgefunden hat.[52] Dieser Beweis ist erst dann erbracht, wenn das Gericht nach § 286 ZPO die volle Überzeugung gewonnen hat, dass der Versicherte die Beendigung der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung erkennen konnte. Der Nachweis einer Kenntnis der Kostenträgerschaft der Krankenkasse kann auf äußere Umstände i. S. von Indizien gestützt werden, aus denen sich eine entsprechende Kenntnis ableiten lässt. Maßgeblich ist, ob stichhaltige Gründe für eine Kenntnisnahmemöglichkeit des Versicherten sprechen.

Die Unfallversicherungsträger werden deshalb den D-Ärzten deutliche Aufklärungs- und Dokumentationspflichten auferlegen müssen, um das Haftungsrisiko für mittelbare Unfallfolgen zu minimieren. Besonders streitanfällig dürften diejenigen Fälle sein, in denen Aufklärungsuntersuchung und Heilbehandlung nahtlos ineinander übergehen. Schütz fragt hier zu Recht „Wie soll einem zumindest sedierten Patienten kenntlich gemacht werden, dass das weitere (therapeutische) Handeln nun nicht mehr zulasten der Unfallversicherung erfolgt?“[53] Nur eine eindeutige Dokumentation im OP-Bericht kann insoweit Klarheit bringen, denn ein Wechsel der Handlungszurechnung kommt nur in Betracht, wenn der aufklärende Teil des Eingriffs für sich eindeutig die Unfallunabhängigkeit der vorgefundenen Schäden ergibt. In allen anderen Fällen muss es bei der mittelbaren Zurechnung zum Versicherungsfall bleiben.

2 **Versicherungsschutz von Krankenhauspatienten und Rehabilitanden, die eine stationäre oder teilstationäre Behandlung oder stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf Kosten einer Krankenkasse, eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung oder der landwirtschaftlichen Alterskasse erhalten (§ 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchst. a SGB VII)**

Die gesetzliche Unfallversicherung schützt nicht nur vor mittelbaren Unfallfolgen nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit, sondern auch vor Unfallfolgen, die Krankenhauspatienten und Rehabilitanden erleiden, weil sie eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung oder stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf Kosten einer Krankenkasse, eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung oder der landwirtschaftlichen Alterskasse erhalten.

2.1 **Zweck der Regelung**

§ 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchst. a SGB VII dient dem Zweck, Versicherte gegen drohende Gesundheitsgefahren aus der Behandlung, an der mitzuwirken sie grundsätzlich verpflichtet sind (§§ 60 ff. SGB I), zu schützen. Auch sollen sie gegen die Gefahren geschützt sein, die entstehen, weil sie sich in eine besondere Einrichtung begeben müssen und dort überwiegend anderen Risiken ausgesetzt sind als zu Hause.[54]

§ 107 SGB V grenzt durch die Definition der Begriffe „Krankenhaus“ und „Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung“ die Einrichtungsarten voneinander ab. Für die Frage des gesetzlichen Unfallversicherungsschutzes ist es nicht relevant, in welche dieser Einrichtungen sich Patienten begeben müssen. Es kommt allein darauf an, ob Patienten, die auf Kosten der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung oder der landwirtschaftlichen Alterskasse eine (teil)stationäre Behandlung oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten und dass sich der Unfall im Rahmen dieser (teil)stationären Behandlung oder im Zuge der Erbringung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ereignet.

2.2 **Stationäre oder teilstationäre Behandlung oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

a) **Stationäre Behandlung**

Stationäre Behandlung liegt vor, wenn ein Patient mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen im Krankenhaus versorgt werden soll. Bei kürzerer Verweildauer kann eine vollstationäre Behandlung vorliegen, wenn sich der in dieser kürzeren Zeit tatsächlich durchgeführte oder zumindest geplante Einsatz sächlicher und personeller Ressourcen des Krankenhauses, die ambulant nicht in gleicher Weise regelhaft verfügbar sind, entsprechend verdichtet.[55] Je intensiver also die diagnostische und therapeutische Behandlung des Versicherten den Einsatz sächlicher und personeller Mittel des Krankenhauses erfordert, desto weniger hohe Anforderungen sind für eine stationäre Versorgung an die Dauer des Aufenthalts im Krankenhaus zu stellen.[56] In Anwendung dieser Grundsätze hat das BSG z. B. eine nur kurzzeitige Notfallbehandlung auf einer Schlaganfallstation, die unter umfangreichem Einsatz nur im Krankenhaus verfügbarer intensivmedizinischer Mittel (insbesondere multidisziplinäres Team und besondere apparative Ausstattung einer Schlaganfallstationen) erbracht wird, als regelmäßig vollstationäre Versorgung eingeordnet.[57]

Nicht vom Versicherungsschutz umfasst werden die vor- und nachstationäre Behandlung, weil diese keine umfassende stationäre Heilbehandlungsform enthalten und ohne Unterkunft und Verpflegung erbracht werden. Auch die Entbindung eines Kindes – mit anschließendem stationärem Aufenthalt der Wöchnerin mit dem Säugling – ist nicht versichert, weil die Entbindung grundsätzlich keine Heilbehandlung erfordert. Versicherungsschutz besteht allerdings, wenn die stationäre Krankenhausaufnahme und Behandlung medizinisch veranlasst sind, z. B. infolge eines Kaiserschnitts oder einer notwendigen Bluttransfusion. Eine Hospizleistung nach § 39a SGB V oder die Unterbringung von Personen, denen lediglich Pflege gewährt wird, sind ebenfalls nicht versichert. Pflegebedürftige (nicht akut erkrankte) Personen sind nicht erfasst, weil in diesen Fällen – wie auch bei stationären oder teilstationären Hospizleistungen – keine medizinisch geprägte Rehabilitation stattfindet und die erforderlichen Pflegemaßnahmen regelmäßig nur dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen, aber nicht Teil einer ärztlichen Behandlung sind. Bei psychiatrischen Anstalten kommt es darauf an, ob die Betreuung zum Zwecke der medizinischen Rehabilitation oder zum Zwecke der Verwahrung erfolgt.[58]

b) Teilstationäre Behandlung

Teilstationäre Behandlung unterscheidet sich von vollstationärer Behandlung im Krankenhaus im Wesentlichen dadurch, dass sie nicht auf eine Aufnahme in der Klinik rund um die Uhr ausgerichtet ist, sondern nur jeweils zumindest einen Teil eines Tages umfasst.[59] Hauptanwendungsfall der teilstationären Behandlung ist die psychiatrische Behandlung in sog. Tages- und Nachtkliniken.

Abzugrenzen ist die teilstationäre von der vollstationären Behandlung anhand der zeitlichen Behandlungsprognose zum Zeitpunkt der Aufnahmeentscheidung.[60] Teilstationäre Behandlung liegt somit vor, wenn eine zeitliche Begrenzung der Krankenhausbehandlung auf eine Tages- oder Nachtbehandlung von vornherein geplant wird.[61] Entscheidend ist dabei die Planung der Krankenhausärzte i. S. der Umsetzung eines konkreten Behandlungskonzepts.[62] Der Behandlungsplan kann sich nachträglich ändern, etwa wenn eine zunächst teilstationär geplante Behandlung wegen einer Komplikation als vollstationäre (mit Übernachtung) fortgeführt wird, oder wenn – umgekehrt – wegen des gebesserten Gesundheitszustandes eine zunächst vollstationär begonnene Behandlung teilstationär fortgeführt wird.[63] Teilstationär ist eine Behandlung auch dann, wenn der Patient in der Klinik verpflegt wird oder es sich um eine Behandlung handelt, die spezifische Krankenhausseinrichtungen voraussetzt, wie z. B. Rufbereitschaft,

mehrere spezialisierte Ärzte oder eine jederzeit bestehende Operationsmöglichkeit.[64]

Wie das BSG entschieden hat, setzt eine teilstationäre Behandlung nicht zwingend eine eigene, räumlich getrennte Organisationseinheit im Krankenhaus in Form von Tages- oder Nachtkliniken voraus.[65] Insoweit ergibt sich ein nicht unwesentlicher Überschneidungsbereich zwischen eintägigen teilstationären Versorgungsfällen und vollstationären Behandlungen, die in bestimmten Fällen ebenfalls ohne Übernachtung erfolgen können.[66]

c) Kein Versicherungsschutz bei ambulanter Behandlung

Ambulante Behandlung wird (im Gegensatz zur ambulanten Rehabilitation) vom Versicherungsschutz nicht umfasst. Die stationäre Behandlung unterscheidet sich von der ambulanten grundsätzlich durch die „Aufnahme“ im Krankenhaus. Die Aufnahme in das Krankenhaus kennzeichnet den Beginn der stationären Behandlung und meint die physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses.[67] Eine ambulante Behandlung liegt vor, wenn eine organisatorische Eingliederung in das Krankenhaus nicht erfolgt.

d) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 29 Abs. 1 SGB I enthält eine Aufzählung der Leistungen, die im Rahmen der Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen dem Grunde nach gewährt werden können, nämlich Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verfolgen gemäß §§ 42 Abs. 1, 4 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX das Ziel, Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.[68] Der versicherte Personenkreis des § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchst. a SGB VII umfasst aber alle Personen, denen von einer Krankenkasse, einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder der landwirtschaftlichen Alterskasse stationäre oder teilstationäre Behandlung oder stationäre, teilstationäre

oder ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gewährt werden, ohne Rücksicht darauf, ob es sich dabei um Menschen mit Behinderungen handelt. [69]

Medizinische Leistungen der Rehabilitation sind insbesondere solche nach §§ 40, 41 SGB V, aber auch beispielsweise solche nach § 15 SGB VI i.V.m. §§ 42 bis 47a SGB IX. [70]

Leistungen stationärer, teilstationärer oder ambulanter medizinischer Rehabilitation werden durch besondere Rehabilitationseinrichtungen erbracht. Diese dienen der Behandlung und Nachbehandlung bereits eingetretener Krankheiten. [71] Die Unterscheidung zwischen Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen ist besonders für ambulante Maßnahmen von Bedeutung, da bei diesen nur hinsichtlich der Rehabilitation Versicherungsschutz besteht.

Ambulante medizinische Rehabilitation liegt nur vor, wenn die Maßnahmen – ebenso wie bei der (teil) stationären medizinischen Rehabilitation – interdisziplinär, komplex und ganzheitlich ausgerichtet sind. Sie müssen also berufliche und soziale Elemente umfassen und ärztliche, pflegerische, physio- und ergotherapeutische Leistungen zur Versorgung und Bewältigung der Krankheitsfolgen miteinander verzahnen, [72] wie dies z. B. bei der erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP) [73] oder der arbeitsplatzbezogenen muskuloskeletalen Rehabilitation (ABMR) [74] der Fall ist. Maßnahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation müssen in jedem Einzelfall von der Krankenkasse bzw. dem Rentenversicherungsträger oder der landwirtschaftlichen Alterskasse sowohl gegenüber den Betroffenen als auch gegenüber der Einrichtung bewilligt werden.

Leistungen ambulanter (§ 40 SGB V) medizinischer Rehabilitation werden durch besondere Rehabilitationseinrichtungen erbracht. Da auch ambulante Rehabilitationsleistungen nach § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V generell in „Rehabilitationseinrichtungen“ erbracht werden, gilt auch hier, dass der Inhalt der medizinischen Leistungen auf der Grundlage eines ganzheitlich orientierten, komplexen und individuellen (vgl. §§ 4 Abs. 1 Nr. 4 und Abs. 2, 8 Abs. 1 und 3, 42 Abs. 3 SGB IX) unter ärztlicher Verantwortung und Mitwirkung des Reha-Teams (vgl. § 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V) erstellten Konzepts zu erfolgen hat. [75]

Weder die pflegerische Betreuung in einem Alters- oder Pflegeheim [76] noch die stationäre Aufnahme zur Begutachtung [77] sind als Heilbehandlung oder Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu erachten, weil in diesen Fällen weder behandelt noch rehabilitiert

wird. Dagegen ist die stationäre Unterbringung zur Feststellung der Diagnose versichert, da sie bereits als Teil der medizinischen Behandlung anzusehen ist. [78]

Ebenso wie das LSG Baden-Württemberg [79] ist auch das LSG Berlin-Brandenburg [80] der Auffassung, dass eine durch den Rentenversicherungsträger durchgeführte „Nachsorge“ i. S. des § 17 SGB VI keine „ambulante Rehabilitation“ i. S. des § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchst. a SGB VII ist. Eine Nachsorgeleistung i. S. des § 17 SGB VI verfolgt das Ziel, den Erfolg einer zuvor durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme langfristig zu sichern und zu stabilisieren. Eine solche Nachsorgeleistung schließt demnach zwar an eine erfolgreich abgeschlossene Rehabilitationsmaßnahme an, stellt deshalb selbst aber keine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation dar. [81]

2.3 Kostenträger

Die Behandlung muss von einer Krankenkasse, einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder der landwirtschaftlichen Alterskasse finanziert werden. Bei dieser Aufzählung handelt es sich um eine abschließende Regelung, sodass eine entsprechende Anwendung der Norm auf andere Leistungserbringer (z. B. Versorgungsämter oder der Jugendämter) ausgeschlossen ist.

Krankenkassen i. S. dieser Vorschrift sind nur Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung, also Sozialversicherungsträger i. S. des § 4 SGB V. Private Krankenversicherungen fallen dagegen nicht unter die Regelung des § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchst. a SGB VII, was nach Ansicht des Sächsischen LSG auch mit 3 Abs. 1 GG vereinbar ist. [82] Träger der gesetzlichen Rentenversicherungsträger sind die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sowie die Deutsche Rentenversicherung mit Regionalbezeichnung (§ 125 SGB VI). Versichert ist schließlich, wer die Leistungen i. S. des § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchstabe a SGB VII durch die landwirtschaftliche Alterskasse erhält (§§ 49, 50 ALG).

Die Maßnahme erfolgt nicht nur dann auf Kosten der genannten Leistungsträger, wenn sie als Sachleistung erbracht wird, sondern auch, wenn eine Kostenerstattung durch die genannten Träger erfolgt. [83] Für die Konstellation des § 13 Abs. 2 SGB V wird dies als problematisch erachtet, [84] weil die Krankenkasse nur bei Sachleistungen als Unternehmerin die Bedingungen der Behandlungseinrichtungen selbst vertraglich festzulegen vermag. § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchst. a SGB VII unterscheidet aber nach seinem Wortlaut („auf Kosten“) gerade nicht zwischen Sachleistungs- und Kostenerstattungskonstellationen. Es besteht deshalb

kein Grund, den Versicherungsschutz nach § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchst. a SGB VII nicht greifen zu lassen, wenn statt der Sachleistung eine Kostenerstattung erfolgt, weil die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (§ 13 Abs. 3 Alt. 1 SGB V), diese zunächst rechtswidrig abgelehnt wurde (§ 13 Abs. 3 Alt. 2 SGB V) oder wenn mangels rechtzeitiger Entscheidung/Mitteilung der Krankenkasse gemäß § 13 Abs. 3a SGB V die Leistung im Rahmen der Genehmigungsfiktion als genehmigt gilt.[85]

Versicherungsschutz besteht auch in den Fällen, in denen der Betroffene neben der von der Krankenkasse oder den anderen genannten Trägern gewährten Maßnahme Wahlleistungen z. B. einer privaten Zusatzversicherung, wie etwa die Unterbringung in einem Einbettzimmer, in Anspruch nimmt.

2.4 Umfang des Versicherungsschutzes

Die versicherte Tätigkeit umfasst sowohl das Entgegennehmen der Behandlung als auch die Handlungen, die Versicherte vornehmen, um die Behandlung entweder zu erhalten oder an ihrer Durchführung mitzuwirken, soweit sie sich dabei im Rahmen der ärztlichen Anordnung halten. Eine solche Anordnung oder Empfehlung muss konkret auf den einzelnen Versicherten im Hinblick auf dessen Rehabilitationsbedarf erfolgen. Allgemeine Empfehlungen ohne Bezug auf die konkrete Behandlungsmaßnahme genügen nicht.[86]

Das Erhalten einer Leistung zur Rehabilitation erfordert aber nicht stets das passive Hinnehmen derselben, sondern zuweilen auch die aktive Betätigung (z. B. das Aufsuchen der Behandlungsräume, die Teilnahme an Therapieübungen oder die unmittelbar der Behandlung in der Behandlungsstätte dienenden Wege),[87] ohne die die Ziele der Krankenbehandlung oder Rehabilitation nicht zu erreichen sind.[88] Versichert sind somit grundsätzlich alle Verrichtungen, die im inneren Zusammenhang mit der Heilbehandlung stehen, also auch die Wege von und zur Behandlung sowie alle Mitwirkungsakte, die vom Behandler angeordnet oder für die Durchführung notwendig sind.[89] Dazu gehört auch das notwendige Aus- und Ankleiden sowie alle Mitwirkungsakte, zu denen der Versicherte verpflichtet ist. Es kommt nicht darauf an, ob die Leistung/Behandlung von einem Arzt oder anderem Personal erbracht wird. Unter diesen Voraussetzungen können auch Spaziergänge,[90] eine Radtour [91] oder Belastungsübungen [92] versichert sein.

Dagegen sind Risiken, die dem Versicherten auch in dessen Freizeit begegnen, nicht vom Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung erfasst. [93] Überhaupt ist der Versicherungsschutz bei eigen-

wirtschaftlichen, nicht auf die Heilbehandlung ausgerichteten Verrichtungen, die ihre wesentliche Ursache nicht in einer besonderen Krankenhausgefahr haben, zu verneinen, etwa bei privaten Besuchen, beim Einkauf von Zeitschriften oder Zigaretten,[94] Essen, Trinken oder Aufsuchen der Toilette.[95] Unfallversicherungsschutz kommt aber grundsätzlich auch infolge eigenwirtschaftlicher Verrichtungen für solche Verletzungen in Betracht, die sich aus Einrichtungen des Krankenhauses ergeben oder auf besonderen Gefahrenmomenten beruhen, die mit der stationären Unterbringung in fremder Umgebung verbunden sind. Denn die ungewohnten Lebensumstände während einer stationären Behandlung können in den privaten Bereich hineinwirken.[96] Dann muss es sich aber um Gefahren handeln, denen der Versicherte im Normalfall unter häuslichen Gegebenheiten nicht begegnet wäre.[97] In Betracht kommt z. B. ein Unfall aufgrund eines defekten Fahrstuhles [98] bzw. schadhafte oder ungewöhnlichen Mobiliars, wie ein nicht fixierter Nachttisch auf Rollen.[99]

Anders als in den Fällen des § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII ist das Risiko, durch einen ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Behandlungsfehler einen Schaden zu erleiden, nicht nach § 2 Nr. 15 Buchst. a SGB VII versichert. Unfälle, die allein wesentlich durch eine fehlerhafte Behandlung bei dem Erhalt der ärztlich angeordneten Behandlung verursacht werden, sind mangels Wesentlichkeit der Verrichtung des Versicherten für den Unfall regelmäßig keine Arbeitsunfälle.[100] Die gegen- teilige Auffassung würde zu einer nicht gerechtfertigten Besserstellung der in stationärer Behandlung stehenden Personen gegenüber den Kranken führen, die ambulant behandelt werden. Der Versicherungsschutz bei der stationären Behandlung ist im Rahmen des § 2 Nr. 15 Buchst. a SGB VII dadurch begründet, daß der Versicherte sich in eine besondere Einrichtung begeben muss und dort überwiegend anderen Risiken als zu Hause ausgesetzt ist. Hinsichtlich des Behandlungserfolges oder -misserfolges besteht jedoch kein wesentlicher Unterschied zwischen Kranken, die stationär behandelt und denen, die ambulant behandelt werden. In Bezug auf den Behandlungserfolg oder -misserfolg ist deshalb aus versicherungsrechtlichen Grundsätzen z. B. eine ungleiche Behandlung eines Verletzten, bei dem ein Bruch seines Armes stationär behandelt wird, nicht gerechtfertigt gegenüber dem Patienten, der sich nach der Behandlung des Bruches wieder nach Hause begeben kann und die weitere ärztliche Betreuung ebenfalls ambulant erhält.[101]

Dessen ungeachtet ist nicht einzusehen, warum Behandlungsfehler, die als einmaliges, zeitlich begrenztes Ereignis (z. B. während einer Operation) den Unfallbegriff des § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII erfüllen sollen, nicht aber solche, die erst durch die langdauernde Wie-

derholung der Behandlung (z. B. wochenlang falsche Medikation) zu einem Gesundheitsschaden führen.[102]

Behandlungsfehler hindern aber nicht die Annahme einer versicherten Tätigkeit i. S. des § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchst. a SGB VII.[103] Die Frage, ob ein Versicherungsfall vorliegt, ist vielmehr auf der Ebene der Unfallkausalität zu entscheiden. Dabei kommt es darauf an, ob die versicherte Tätigkeit (Entgegennahme der Behandlung) oder der Behandlungsfehler rechtlich wesentliche Unfallursache war. Unter Beachtung dessen wurde das Vorliegen eines Versicherungsfalles beispielsweise abgelehnt bei einer Infektion mit Hepatitis nach einer Bluttransfusion,[104] einer Wundinfektion im Anschluss an eine Operation,[105] einer Lähmung aufgrund einer Operation [106] oder Fehlern im Rahmen der Anästhesie.[107]

2.5 Zuständigkeit

Die Zuständigkeit für den Versicherungsschutz nach § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchst. a SGB VII wird mittelbar dadurch geregelt, dass § 136 Abs. 3 Nr. 2 SGB VII eine besondere Unternehmer-Definition für Versicherte enthält, die auf Kosten einer Krankenkasse, eines Rentenversicherungsträgers oder der landwirtschaftlichen Alterskasse behandelt werden oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten.

Unternehmer ist danach bei nach § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchst. a SGB VII versicherten Rehabilitanden der Reha-Träger und nicht etwa – wie man ansonsten aus § 136 Abs. 3 Nr. 1 oder 3 SGB VII ableiten könnte – der Sachkostenträger der Einrichtung oder gar der Rehabilitand als unmittelbarer Nutznießer der Rehabilitationsmaßnahme.

Demnach ist für die Rehabilitanden der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft zuständig. Für die Betriebskrankenkassen der Dienstbetriebe des Bundes ist die in die Zuständigkeit der Unfallversicherung Bund und Bahn gegeben (§ 125 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII). Hingegen ist die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft zuständiger Unfallversicherungsträger für die Rehabilitanden der Landwirtschaftlichen Kranken- und Alterskasse (§ 123 Abs. 1 Nr. 8 SGB VII).

3 Fazit

Als mittelbare Folgen des Versicherungsfalles sind Gesundheitsschäden infolge der Durchführung einer Heilbehandlung in die Entschädigungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten einbezogen (§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII), wobei sich der Versicherungsschutz auf alle Verrichtungen erstreckt, die dazu bestimmt sind, der Behandlung in dem Krankenhaus oder den Rehabilitationsmaßnahmen wesentlich zu dienen.

Patienten in Krankenhäusern, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen stehen gem. § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchst. a SGB VII nur dann unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn sie dort auf Kosten einer Krankenkasse, eines gesetzlichen Rentenversicherungsträgers oder der Landwirtschaftlichen Alterskasse (teil-)stationäre Behandlung oder (teil-)stationäre oder ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten. Zweck der Vorschrift ist die Versicherung des Risikos der geforderten aktiven Mitarbeit der Rehabilitanden bei den Rehabilitationsmaßnahmen sowie des Aufenthalts in stationären Einrichtungen, das dadurch entsteht, dass der Bereich der eigenen Wohnung verlassen wird und eine Einordnung in einen den genannten Sozialversicherungsträgern zuzurechnenden Gefahrenbereich erfolgt. Auch wenn die Personengruppe dieser Versicherten unter Hinweis auf die fehlende Fremdnützigkeit sowie die überwiegend nicht vorhandene Beschäftigungsbezogenheit aufgrund der Altersstruktur des betroffenen Personenkreises sozialpolitisch zum Teil kritisch gesehen wird,[108] ist ihr Versicherungsschutz zu begrüßen.

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] BSG, 13.12.2016, B 1 KR 29/15 R, SozR 4-1300 § 105 Nr. 5, Rn. 19; BSG, 5.7.2011, B 2 U 17/10 R, SozR 4-2700 § 11 Nr. 1 Rn. 33.
- [2] Entwurf des UVNG, BT-Drucks. IV/120 S. 155 zu § 555 RVO.
- [3] BT-Drucks. 13/2204 zu § 11 Abs. 1 SGB VII.
- [4] Vgl. Keller, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 11 Rn. 8a; Rapp, LPK-SGB VII, 6. Aufl. 2024, § 11 Rn. 2.
- [5] Vgl. Krasney, in Medizin und Haftung, FS Deutsch, 2009, S. 317 f.; Keller, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 11 Rn.
- [6] LSG Baden-Württemberg, 17.11.2016, L 10 U 2980/13, juris Rn. 34; Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, § 11 Rn. 2; Ricke, in KassKomm, § 11 SGB VII Rn. 4.
- [7] LSG Hamburg, 23.10.2024, L 2 U 2/23 D, juris; Keller, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 11, Rn. 11.
- [8] Vgl. BSG, 24.6.1981, 2 RU 87/8, BSGE 52, 57.
- [9] Vgl. LSG Hessen, 19.4.1978, L3U 1252/77, Breith. 1978, S. 924; Krasney, in Krasney/Becker/Heinz/Bieresborn, SGB VII, § 11 Rn. 7; Wagner, in jurisPK-SGB VII, § 8 Rn. 8b; Keller, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 11 Rn. 5.
- [10] Vgl. BSG, 22.1.1976, 2 RU 109/74, BSGE 41, 137; LSG Baden-Württemberg, 22.7.2019, L 1 U 4094/17, juris Rn.38.
- [11] Vgl. BSG, 25.1.1979, 8 a RU 36/78, SozR 2200 § 555 Nr. 2.
- [12] BSG, 27.6.1978, 2 RU 20/78, SozR 2200 § 539 Nr. 47; Krasney, in Brackmann/Krasney/Becker/Burchardt/Kruschinsky, SGB VII, § 11 Rn. 9; Keller, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 11 Rn. 13; Ricke, in KassKomm, § 11 SGB VII Rn. 6; Schmitt, SGB VII, 4. Aufl. 2009, § 11 Rn. 8.
- [13] Krasney, in Krasney/Becker/Heinz/Bieresborn, SGB VII, § 11 Rn. 9; Keller, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 11 Rn. 13; Wagner, in jurisPK-SGB VII, § 11 Rn. 29; Sandbiller, SGB 2012, S. 346 ff., 349; a.A. Rapp, in LPK-SGB VII, 6.
- [14] Vgl. z. B. BSG, 5.7.2011, B 2 U 17/10 R, BSGE 108, 274 Rn. 33; BSG, 6.9.2018, B 2 U 16/17 R, SozR 4-2700 § 11 Nr. 2 Rn. 16; LSG Schleswig-Holstein, 20.2.2023, L 8 U 16/19.2, juris Rn. 50; LSG Baden-Württemberg, 22.7.2019, L 1 U 4094/17, juris Rn. 39; Wagner, jurisPR-SozR 9/2012 Anm. 2; Krasney, in Krasney/Becker/Heinz/Bieresborn, § 11 Rn. 9; a.A. Kater, in Kater/Leube, SGB VII, § 11 Rn. 5.
- [15] Vgl. BSG, 9.12.2003, B 2 U 23/03 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 3, Rn. 13; BSG, 10.10.2006, B 2 U 20/05 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 19; Krasney, in Brackmann/Krasney/Becker/Burchardt/Kruschinsky, SGB VII, § 8 Rn. 27; Krasney, in Medizin und Haftung, FS Deutsch, 2009, S. 318; Keller, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 8 Rn. 17; Schwerdtfeger, in Lauterbach, Unfallversicherung, § 8 Rn. 31.
- [16] Vgl. Krasney, in Medizin und Haftung, FS Deutsch, 2009, S. 318.
- [17] BSG, 27.2.1970, 2 RU 164/68, BSGE 31, 50, 53; Krasney, in Krasney/Becker/Heinz/Bieresborn, § 11 Rn. 14.
- [18] Vollmar, BG 1968, S. 109, 111 f.; Ricke, in KassKomm, SGB VII, § 11 Rn. 20.
- [19] BSG, 5.7.2011, B 2 U 17/10 R, BSGE 108, 274 ff. Rn. 47.
- [20] Keller, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 11 Rn. 4; Rapp, LPK-SGB VII, 6. Aufl. 2024, § 11 Rn. 1.
- [21] Vgl. dazu und zum Folgenden Köhler, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 28 Rn. 12a ff.
- [22] Vgl. BGH, 20.12.2016, VI ZR 395/15, NJW 2017, S. 1745 = juris Rn. 10; BGH, 29.11.2016, VI ZR 208/15, juris; BGH, 9.12.2008, VI ZR 277/07, BGHZ 179, 115 Rn. 14; BGH, 28.6.1994, VI ZR 153/93, NJW 1994, S. 2417.
- [23] VI ZR 208/15, NJW 2017, S. 1742.
- [24] VI ZR 395/15, NJW 2017, S. 1745.
- [25] Vgl. BGH, 9.12.1974, III ZR 131/72, BGHZ 63, 265 = NJW 1975, S. 589.
- [26] Vgl. dazu Holtstraeter, ASUMed 2017, S. 258 ff.; zur Haftung für D-Arzt-Fehler im Allgemeinen vgl. BGH, 20.12.2016, VI ZR 395/15 mit Anm. v. Hüwe, jurisPR-MedizinR 4/2017 Anm. 3.
- [27] BGH, 10.3.2020, VI ZR 281/19, juris Rn. 14; BGH, 29.11.2016, VI ZR 208/15, NJW 2017, S. 1742; BGH, 20.12.2016, VI ZR 395/15, NJW 2017, S. 1745.
- [28] Vgl. BGH, 29.11.2016, VI ZR 208/15, NJW 2017, S. 1742; BGH, 20.12.2016, VI ZR 395/15, NJW 2017, S. 1745; BGH, 9.3.2010, VI ZR 131/09, VersR 2010, S. 768 Rn. 12; OLG Dresden, 22.7.2019, 4 W 497/19, juris Rn. 7.
- [29] Allgemeine oder besondere Heilbehandlung, §§ 28 Abs. 4, 34 Abs. 1 Satz 1 SGB VII, vgl. Gibis/Berner, Kommentar zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger, 2015, § 24 Rn. 1.
- [30] Schlaeger, jurisPR-SozR 17/2016 Anm. 6.

- [31] Zum Rechtsinstitut der „Beleihung“ vgl. Schmidt am Busch, DÖV 2007, S. 533 ff.
- [32] BSG, 5.7.2011, B 2 U 17/10 R, BSGE 108, 274 Rn. 38 ff.; BSG, 15.5.2012, B 2 U 31/11 R, NZS 2012, S. 909 ff. Rn. 26; BSG, 13.12.2016, B 1 KR 29/15 R, BSGE 122, 162 ff. Rn. 19; BSG, 6.9.2018, B 2 U 16/17 R, SozR 4-2700 § 11 Nr. 2 Rn. 17; ebenso Hess. LSG, 20.3.2017, L 9 U 108/12, juris Rn. 34 m. Anm. Schütz, jurisPR-SozR 13/2017 Anm. 3; Sandbiller, SGB 2012, S. 346, 348; Bereiter-Hahn/Mehrtens, § 11 Rn. 3.
- [33] Vgl. auch LSG Rheinland-Pfalz, 26.4.2022, L 3 U 163/20, juris Rn. 54; Feddern, jurisPR-SozR 21/2022 Anm. 6; Keller, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 11 Rn. 3; Ricke, in BekOGK, SGB VII, § 11 Rn. 7; Ulrich, SGB 2012, S. 350, 353; Wagner, jurisPR-SozR 9/2012 Nr. 2; ders., in jurisPK-SGB VII, § 11 Rn. 25; Rapp, in LPK-SGB VII, 6. Aufl. 2024, § 11 Rn. 1; Wietfeld, in BeckOK SozR, § 11 SGB VII Rn. 6.
- [34] BT-Drucks. 13/2204, S. 17.
- [35] BSG, 27.6.1978, 2 RU 20/78, BSGE 46, 283, 284; Lauterbach/Watermann, § 555 RVO Rn. 2; KassKomm-Ricke, § 555 RVO Rn. 5.
- [36] Vgl. Feddern, jurisPR-SozR 21/2022 Anm. 6; Keller, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 11 Rn. 3; Ricke, in: BeckOGK SGB VII, § 11 Rn. 5.
- [37] BSG, 5.7.2011, B 2 U 17/10 R, BSGE 108, 274 Rn. 41.
- [38] Vgl. auch Feddern, jurisPR-SozR 21/2022 Anm. 6; Ricke, in BeckOGK SGB VII, § 11 Rn. 9, 9.1.
- [39] Vgl. Feddern, jurisPR-SozR 21/2022 Anm. 6; Voelzke, in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB I, § 66 SGB I Rn. 42.
- [40] BSG, 5.7.2011, B 2 U 17/10 R, SozR 4-2700 § 11 Nr. 1 Rn. 39.
- [41] Abgedruckt z. B. bei Hauck/Noftz, SGB VII, § 34 Anhang 4.
- [42] Vgl. BSG, 6.9.2018, B 2 U 16/17 R, SozR 4-2700 § 11 Nr. 2 Rn. 17.
- [43] B 2 U 17/10 R, SozR 4-2700 § 11 Nr. 1.
- [44] Vgl. BSG, 6.9.2018, B 2 U 16/17 R, SozR 4-2700 § 11 Nr. 2 Rn. 18; LSG Thüringen, 30.4.2021, L 1 U 577/20, juris Rn. 32.
- [45] BSG, 5.7.2011, B 2 U 17/10 R, SozR 4-2700 § 11 Nr. 1, Rn. 43; Keller, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 11 Rn. 5b.
- [46] Vgl. BSG, 5.7.2011, B 2 U 17/10 R, SozR 4-2700 § 11 Nr. 1; BSG, 6.9.2018, B 2 U 16/17 R, SozR 4-2700 § 11 Nr. 2 Rn. 19.
- [47] St. Rspr., vgl. BSG, 5.7.2011, B 2 U 17/10 R, SozR 4-2700 § 11 Nr. 1 Rn. 43; BSG, 15.5.2012, B 2 U 31/11 R, NZS 2012, S. 909 ff. Rn. 26; BSG 13.2.2013, B 2 U 311/12 B, juris Rn. 10; BSG, 13.12.2016, B 1 KR 29/15 R, BSGE 122, S. 162 ff. Rn. 19; BSG, 6.9.2018, B 2 U 16/17 R, SozR 4-2700 § 11 Nr. 2 Rn. 19 ff.; LSG Hamburg, 23.10.2024, L 2 U 2/23 D, juris Rn. 39; Keller, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 11 Rn. 5b; Angermaier, jurisPR-SozR 14/2013 Anm. 2; Krasney, in Krasney/Becker/Heinz/Bieresborn, SGB VII, § 11 Rn. 9; Bereiter-Hahn/Mehrtens, § 11 Rn. 3; Schwerdtfeger, in Lauterbach, SGB VII, § 11 Rn. 12; Wietfeld, in BeckOK, § 11 SGB VII Rn. 9; Holtstraeter in KKW, § 11 SGB VII Rn. 2.
- [48] Vgl. BSG, 6.9.2018, B 2 U 16/17 R, SozR 4-2700 § 11 Nr. 2 Rn. 20 f.; BSG, 5.7.2011, B 2 U 17/10 R, SozR 4-2700 § 11 Nr. 1.
- [49] BSG, 6.9.2018, B 2 U 16/17 R, SozR 4-2700 § 11 Nr. 2 Rn. 18.
- [50] BSG, 6.9.2018, B 2 U 16/17 R, SozR 4-2700 § 11 Nr. 2 Rn. 21; BSG, 5.7.2011, B 2 U 17/10 R, SozR 4-2700 § 11 Nr. 1 Rn. 56.
- [51] Vgl. BSG, 4.9.2007, B 2 U 28/06 R, juris.
- [52] LSG Thüringen, 30.4.2021, L 1 U 577/20, juris Rn. 37.
- [53] Schütz, jurisPR-SozR 13/2017 Anm. 3.
- [54] Vgl. BSG, 27.6.1978, 2 RU 20/78, SozR 2200 § 539 Nr. 47; BSG, 23.2.1983, 2 RU 3/82, SozR 2200 § 539 Nr. 88; BSG, 1.2.1979, 2 RU 85/78, SozR 2200 § 539 Nr. 56; LSG Berlin-Brandenburg, 11.1.2024, L 21 U 180/21, juris Rn. 29.
- [55] Vgl. BSG, 29.8.2023, B 1 KR 15/22 R, juris Rn. 20; Diehm, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 2 Rn. 367.
- [56] Vgl. BSG, 20.3.2024, B 1 KR 37/22 R, juris Rn. 23.
- [57] Vgl. BSG, 29.8.2023, B 1 KR 15/22 R, juris Rn. 22 f.
- [58] BSG, 25.1.1979, 3 RK 83/78, SozR 2200 § 184 Nr. 11.
- [59] Vgl. BSG, 19.4.2016, B 1 KR 21/15 R, SozR 4-2500 § 109 Nr. 54, Rn. 12; BSG, 13.12.2016, B 1 KR 1/16 R, SozR 4-2500 § 31 Nr. 28, Rn.; BSG, 26.4.2022, B 1 KR 5/21 R, SozR 4-2500 § 39 Nr. 34, Rn. 21.
- [60] BSG, 20.3.2024, B 1 KR 37/22 R, juris Rn. 25.

- [61] BSG, 20.3.2024, B 1 KR 37/22 R, SozR 4-2500 § 24f Nr. 1, Rn. 25.
- [62] Vgl. insoweit BSG, 28.2.2007, B 3 KR 17/06 R, SozR 4-2500 § 39 Nr. 8 Rn. 21 m.w.N.; BSG, 19.4.2016, B 1 KR 21/15 R, SozR 4-2500 § 109 Nr. 54, Rn. 18.
- [63] Vgl. BSG, 20.3.2024, B 1 KR 37/22 R, SozR 4-2500 § 24f Nr. 1, Rn. 25; Ricken, SGB 2017, 291, 293; Hedermann, GesR 2014, S. 321, 325.
- [64] Schlegel, in Schulin, HS-UV, 1996, § 10 Rn. 29.
- [65] Vgl. auch BVerwG, 21.4.2023, 3 C 11.21, juris Rn. 40.
- [66] BSG, 20.3.2024, B 1 KR 37/22 R, SozR 4-2500 § 24f Nr. 1, Rn. 24.
- [67] Vgl. BSG, 20.3.2024, B 1 KR 37/22 R, juris Rn. 15 f.
- [68] Hochheim, in Hauck/Noftz, SGB I, § 29 Rn. 19.
- [69] Vgl. BSG, 30.9.1980, 2 RU 13/80, SozR 2200 § 539 Nr. 71; BSG, 1.2.1979, SozR 2200 § 539 Nr. 56, BSG, 31.10.1978, 2 RU 13/80, USK 78132; Schmitt, SGB VII, 4. Aufl. 2009, § 2 Rn. 124.
- [70] Hedermann, in LPK-SGB VII, 6. Aufl. 2024, § 2 Rn. 173.
- [71] Diehm, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 2 Rn. 371.
- [72] Ramsauer, Trauma und Berufskrankheit 2016, S. 444, 447.
- [73] Vgl. dazu BSG, 17.2.2010, B 1 KR 23/09 R, SozR 4-2500 § 40 Nr. 5.
- [74] Dazu Köhler, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 34 Rn. 37b.
- [75] LSG Thüringen, 25.01.2024, L 1 U 365/22, juris; Noftz, in Hauck/Noftz, SGB V, § 40 Rn. 16a.
- [76] BSG, 25.1.1979, 3 RK 83/78, SozR 2200 § 184 Nr. 11.
- [77] Vgl. Lilienfeld, in BeckOGK, SGB VII, § 2 Rn. 83.
- [78] BSG 29.2.1984, 2 RU 25/83, juris.
- [79] Urteil vom 30.4.2020, L 10 U 1168/17, juris Rn. 24 ff.
- [80] Urteil vom 11.1.2024, L 21 U 180/21, juris Rn. 33 ff.
- [81] Vgl. LSG Baden-Württemberg, 30.4.2020, L 10 U 1168/17, juris; Bieresborn, in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 3. Aufl. 2022, § 2 Rn. 493.
- [82] LSG Sachsen, 28.4.2021, L 6 U 18/19, juris Rn. 27; vgl. auch SG Aachen, 5.9.2013, S 1 U 81/13, juris; Lilienfeld, in BeckOGK-SGB, § 2 SGB VII, Rn. 82a; Becker, in Krasney/Becker/Heinz/Bieresborn, SGB VII, § 2, Rn. 717a.
- [83] Schlegel, in Schulin HS-UV § 18 Rn. 31, 32.
- [84] Vgl. Bieresborn, in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 3. Aufl. 2022, § 2 Rn. 488 m.w.N.
- [85] Ebenso Wietfeld, in BeckOK SozR, § 2 SGB VII, Rn. 193; vgl. auch Krasney NZS 2011, S. 601, 605 m.w.N.
- [86] Vgl. BSG, 23.6.2020, B 2 U 12/18 R, juris zu einem Gaststättenbesuch während der Reha.
- [87] Vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, 25.11.2008, L 15 U 181/08, UV-Recht Aktuell 2009, 424 = juris Rn. 20; bestätigt durch BSG, 27.4.2010, B 2 U 11/09 R, SozR 4-2700 § 2 Nr. 14; Ricke, in KassKomm, SGB VII, § 2 Rn. 152 f. m.w.N.
- [88] BSG, 27.4.2010, B 2 U 11/09 R, SozR 4-2700 § 2 Nr. 14; BSG, 23.2.1983, 2 RU 3/82, SozR 2200 § 539 Nr. 88; BSG, 1.2.1979, 2 RU 85/78, SozR 2200 § 539 Nr. 56; BSG, 27.6.1978, 2 RU 20/78, SozR 2200 § 539 Nr. 47; Mülheims/Rösler, SGB 2020, 274, 275; Diehm, in Hauck/Noftz, SGB VII, § 2 Rn. 372; Schwerdtfeger in: Lauterbach, Gesetzliche Unfallversicherung, SGB VII, § 2 Anm. 541.
- [89] BSG, 27.4.2010, B 2 U 11/09 R, SozR 4-2700 § 2 Nr. 14; LSG Baden-Württemberg, 30.4.2020, L 10 U 1168/17, juris Rn. 23; Bieresborn, in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 3. Aufl. 2022, § 2 SGB VII, Rn. 336.
- [90] BSG, 27.6.1978, 2 RU 30/78, SozR 2200 § 539 Nr. 48.
- [91] BSG, 29.1.1986, 9b RU 18/85, BSGE 59, 291.
- [92] Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, § 2 Rn. 29.15; SG Düsseldorf, 20.6.2017, S 6 U 545/14, juris Rn. 15.
- [93] LSG Baden-Württemberg, 23.3.2018, L 8 U 3286/17, juris Rn. 25.
- [94] BSG, 23.6.1982, 9b/8 RU 28/81, SozR 2200 § 539 Nr. 84.
- [95] Hessisches LSG, 2.9.2016, L 9 U 10/15, juris Rn. 41; Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, § 2 Rn. 29.16. m.w.N.; Neuerer, NZS 2024, S. 74 ff.
- [96] BSG, 17.6.2025, B 2 U 6/23 R, SGB 2025, S. 537, 538.
- [97] BSG, 29.10.1980, 2 RU 41/78, SozR 2200 § 539 Nr. 72.
- [98] LSG Hessen, 15.4.1986, L 3 U 968/82, SGB 1987, S. 78.

- [99] LG Köln, 11.8.2010, 20 O 527/09 unter Hinweis auf BSG, 30.6.1999, B 2 U 28/98 R, juris; BSG, 26.3.1986, 2 RU 32/85, juris.
- [100] BSG, 7.5.2019, B 2 U 34/17 R, SozR 4-2700 § 2 Nr. 50, Rn. 29; BSG, 27.4.2010, B 2 U 11/09 R, SozR 4-2700 § 2 Nr. 14, Rn. 17 ff; BSG, 27.11.1986, 2 RU 10/86, juris; BSG, 15.12.1981, 2 RU 79/80, juris; BSG, 24.6.1981, 2 RU 51/79, juris; BSG, 30.9.1980, 2 RU 13/80, SozR 2200 § 539 Nr. 71; BSG, 31.10.1978, 2 RU 70/78, USK 78132; BSG, 27.6.1978, 2 RU 20/78, BSGE 46, 283, 284.
- [101] Vgl. BSG, 27.6.1978, 2 RU 20/78, SozR 2200 § 539 Nr. 47, Rn. 19.
- [102] Schlegel, in Schulin, HS-UV, 1996, § 10 Rn. 37.
- [103] Vgl. BSG, 7.5.2019, B 2 U 34/17 R, SozR 4-2700 § 2 Nr. 50; BSG, 27.4.2010, B 2 U 11/09 R, SozR 4-2700 § 2 Nr. 14.
- [104] Vgl. BSG, 24.6.1981, 2 RU 51/79, juris.
- [105] Vgl. BSG, 31.10.1978, 2 RU 70/78, juris.
- [106] Vgl. BSG, 27.6.1978, 2 RU 20/78, BSGE 46, 283.
- [107] Vgl. BSG, 31.1.1980, 8a RU 92/78, NJW 1980, S. 1920.
- [108] Vgl. Lilienfeld, in BeckOGK SGB VII, §2 Rn.82 m.w.N.; Bieresborn in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 3. Aufl. 2022, § 2 Rn. 487, Ricke, BG 1980, S. 550 ff.

